

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง A Model of Empowerment on Schizophrenic Nursing in Urban Society

กาญจนา เหมะรัต (Kanchana Hemarat, , M.Ed, RN.)*

กาญจนา สุทธิเนียม (Kanchana Suttineam, Ph.D., R.N.)**

ชลพร กองคำ (Chonlaporn Kongkham, Ph.D., APN.)***

Abstract

This participatory action research is aimed to study a model of empowerment on schizophrenic nursing in urban society to study the effective of model composite about satisfaction for management, Quality of Life Questionnaire (QOL) and the daily function abilities of schizophrenic patients. The study subjects were in purposive area on Health Service Center 48, Bangkok. The subjects were divided into 3 groups. The first group was a nurse on Health Service center 48. The second group consisted of 12 health volunteers. The third group was 6 schizophrenic patients. The instruments used in the study were in-depth interview, observation, focus group, QOL and the daily function abilities of schizophrenic patient's questionnaire. All instruments were tested for content validity and reliability. (QOL = .872, DFA = .84). Data were collected and were analyzed to obtain frequency, mean, standard deviation and t-test.

The major finding was as follows:

1. A model of empowerment on schizophrenic nursing in urban society were composed of 3 configuration the first configuration were strength management with empowerment, the second were process of a model of empowerment and the third were staff : volunteer.

2. The effectiveness of model composed of

2.1 The total mean score of satisfaction for management in a model of empowerment on schizophrenic nursing in urban society were high.

2.2 The QOL of schizophrenic patients after participating in a model of empowerment on schizophrenic nursing in urban society was significantly higher than before, at .05 level.

2.3 The daily function abilities of schizophrenic patients after participating in a model of empowerment on schizophrenic nursing

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา E-mail: kanchana_hemarat@yahoo.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

in urban society was higher significantly at .05 levels.

Keyword: a model of empowerment, urban society, schizophrenia

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองในด้านบริหารจัดการ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองและพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 คน ได้จากเลือกแบบเจาะจง (Purposive Area) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกต การสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) แบบวัดคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัย (แบบวัดคุณภาพชีวิต = 0.872, แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท = 0.84) สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง จากการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินผลลัพธ์

2. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ดังนี้

2.1 ด้านการบริหาร จัด พบว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจในระดับมาก

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภท สังคมเมือง

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญ มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด ในสภาวะการณ์ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตนับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น สถานการณ์ของสังคมเมืองขนาดใหญ่โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครนั้น ปัญหาที่สำคัญและมีความยุ่งยากซับซ้อนด้านสาธารณสุขนั้นคงไม่พ้นปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่มีแนวโน้มของการขยายวงกว้างของปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากสถิติผู้มารับบริการในสถานบริการของกรมสุขภาพจิตเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในปี 2552-2554 จำนวน 170,456 ราย, 280,129 ราย และ 289,178 รายตามลำดับ (รายงาน สจ.รง.201-1 กองแผนงานกรมสุขภาพจิต) ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมเมือง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เทคโนโลยีต่างๆ มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัวและถ้ามีบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชย่อมส่งผลกระทบต่อระบบ โครงสร้างสัมพันธภาพและเป็นภาระของครอบครัว และ

ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจและปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และในระยะต่อไปนั้นครอบครัวเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลในที่สุด อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เทคโนโลยีต่างๆ มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัวและถ้ามีบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชย่อมส่งผลกระทบต่อระบบ โครงสร้าง สัมพันธภาพ และเป็นภาระของครอบครัว และถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจและปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยและในระยะต่อไปนั้นครอบครัวเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลในที่สุด

จากการศึกษาภาระโรคของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ที่ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับภาระโรค (Burden disease) ของปี 2542 โดยใช้ดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs: Disability-Adjusted Life Years) ผลการศึกษาพบว่า โรคจิตเภทจัดเป็นภาระโรค (Burden disease) ของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอันดับที่ 17 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่า โรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 12 เป็นโรคที่เป็นภาระระดับโลก (Global Burden of disease) (Okasha, 2003) และในปี ค.ศ. 2020 คาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 (National Institute of Mental Health, 2001) สอดคล้องกับสถิติการมารับบริการของผู้รับบริการพบว่า โรคทางจิตเวชที่มารับบริการทั้งใน

แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอับแรกคือจิตเภท ซึ่งจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีอัตราการป่วยซ้ำมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2554)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในสังคมเมืองอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาในรูปแบบเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตและสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครแล้ว เมื่อทำการวิเคราะห์ร่วมกันพบว่ายังมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างยั่งยืน คือ ขาดการยอมรับของคนในชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การขาดอาชีพของผู้ป่วยจิตเภท และการเป็นภาระแก่ครอบครัว

ซึ่งทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแต่จากการประเมินยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนจนถึงขั้นนำปัญหาที่ได้จากเครือข่ายมาวิเคราะห์และจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง โดยพยาบาลใช้หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาให้พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และพัฒนาตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระหว่าง

บุคคลและองค์กรที่อยู่ร่วมกัน และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Simon, 1983 อ้างถึงใน Gibson, 1991) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตและประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

2.1 ด้านบริหารจัดการ

- ความพึงพอใจของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

2.2 ด้านผลลัพธ์ของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง
- พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

กรอบขั้นตอนในการวิจัย

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเป็นต้นแบบในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในสังคมเมือง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 6 คน และคณะผู้วิจัย 9 คน กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้มาจากการที่ผู้วิจัยเข้าสู่ชุมชนเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนทำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการเตรียมคนในการดำเนินงาน ทำให้ทราบว่าผู้สนใจที่จะเข้าร่วมดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนที่ 1
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนที่ 2
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

1) ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง (พยาบาลศูนย์บริการศูนย์บริการ

สาธารณสุขที่ 48 อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท)

2) ประสิทธิภาพของการพัฒนาประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ, 2553) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (สุวิมล สมัถยะ, 2541)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) ระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่รับผิดชอบพื้นที่ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย โดยการดำเนินงานขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งเน้นสำคัญที่จะให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในขั้นเตรียมการนี้ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย (Build-up Rapport) 2) การสำรวจเพื่อศึกษาชุมชน (Surveying and Studying Community) 3) การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis) 2) การกำหนดแผนงานและการจัดการ (Planning Phase) 3) การปฏิบัติตามแผนกิจกรรม (Implementation Phase)

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการติดตามและประเมินผลกิจกรรม (Monitoring and Evaluation Phase) ระยะนี้จะมีการติดตามในชุมชนเป็นระยะๆ เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินการ โดยแกนนำที่เลี้ยงจะเป็นผู้รับผิดชอบในการลงไป

สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยคำถามที่ใช้จะมีการเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้ ซึ่งเป็นการบันทึกปรากฏการณ์และผลที่ได้รับจากการปฏิบัติการในแต่ละกิจกรรมและแต่ละขั้นตอนในการดำเนินการการสรุปบทเรียนการดำเนินกิจกรรม และการบันทึกช่วยให้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและสามารถที่จะเพิ่มเติมข้อมูลของชุมชนในส่วนที่ขาดหายไปได้ตลอดเวลา

การตรวจสอบข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ทำการตรวจสอบข้อมูลในการทำวิจัยต้องกระทำไปพร้อมๆ กับที่เก็บข้อมูล เป็นการตรวจสอบทันทีในสนาม หลังจากตรวจสอบข้อมูลในสนามแล้ว ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบข้อมูลได้อีกเป็นระยะๆ เช่น หลังจากได้เขียนบันทึกภาคสนามและอ่านบันทึกนั้นระหว่างวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสุดท้าย ก็อาจย้อนกลับมาตรวจสอบข้อมูลบางส่วนได้ (สุรางค์ จันทวานิช, 2535) และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) คือในคำถามเดียวกัน ถ้าต่างบุคคลต่างเวลาต่างสถานที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตรงกันหรือไม่ พร้อมกันนี้ยังต้องตรวจสอบข้อมูลจากตำราเอกสารประกอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบมีส่วนร่วมโดยมีการรายงานผลการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล จึงดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลาที่ทำการศึกษา โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการ

เก็บรวบรวมมาในแต่ละครั้งทำการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาหาเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ เพื่อให้ได้เป็นภาพรวมของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองตามสภาพความเป็นจริง การวิเคราะห์ตามแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงเปรียบเทียบ ได้แก่ t-test การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองจากการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 1) บุคคล หมายถึงทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีความมุ่งมั่น ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขรับทราบในศักยภาพของตนเองใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้การสนับสนุนในด้านต่างๆกับผู้ป่วยได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยการร่วมกันกำหนดและออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการที่ผู้ป่วยเป็นคนในพื้นที่ทำให้สามารถรู้ถึงจุดแข็งจุดอ่อน ตลอดจนทรัพยากรของชุมชนที่จะช่วยในการผลักดันให้สำเร็จและการมีจิตอาสาเสียสละโดยยึดหลักการทำงานร่วมกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เคารพซึ่งกันและกัน

2) เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมาจากการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ร่วมกันของคนในชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของตนเองได้สามารถทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3) การออกแบบกิจกรรมตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการผลิตสื่อการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป็นรูปธรรม เช่น สื่อเรื่องการแปร่งฟันที่ถูกวิธี และมีการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองในสถานการณ์จริง เช่น การฝึกไปตลาด ไปร้านสะดวกซื้อเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสถานการณ์จริง องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานร่วมกันที่ทำงานด้วยหัวใจหมายถึง ไม่มีเงิน ไม่มีการพิจารณาความดีความชอบเข้ามาเกี่ยวข้อง และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตลอดจนการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมีการจัดทำคู่มือโปรแกรมมาตรฐานเพื่อเป็นแนวทางในการใช้งาน และจัดอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในชุมชน ตลอดจนมีการสาธิตและ

ฝึกในแต่ละกิจกรรมและได้ให้ข้อเสนอแนะความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ และร่วมในการอบรมแกนนำเกี่ยวกับการใช้คู่มือกิจกรรม ซึ่งก่อนนำคู่มือลงใช้อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนวางแผนรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ตั้งแต่วิเคราะห์ผู้ป่วยรายบุคคลที่จะนำมาเข้าร่วมกลุ่ม ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นและวิธีการแก้ไขไว้ก่อนและสรุปภาพรวมของกิจกรรมได้ว่าจะเริ่มทำกิจกรรมที่มีความยุ่งยากน้อยไปกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและมีความเป็นไปได้ก่อนตามลำดับ แล้วจึงทดลองฝึกกันเองก่อน เพื่อทราบขั้นตอนและค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคและนำมาแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด ก่อนที่จะนำลงไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและคู่มือในการทำกิจกรรมซึ่งสามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามบริบทและสภาพปัญหาของชุมชนได้ตลอดเวลา องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย การประเมินศักยภาพของตนเองในการปรับรูปแบบกิจกรรม การประเมินปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและการประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

2.1 ด้านบริหารจัดการ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองของพยาบาลสบส. อสส. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
พยาบาลสบส. (N = 1)			
ด้านการสนับสนุนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	4.8	0	มากที่สุด
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อกิจกรรม	4.8	0	มากที่สุด
โดยรวม	4.8	0	มากที่สุด
อสส. (N = 12)			
ด้านการสนับสนุนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	4.12	6.71	มาก
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อกิจกรรม	4.28	3.27	มาก
โดยรวม	4.13	9.92	มาก
ผู้ป่วยจิตเภท (N = 6)			
ด้านการสนับสนุนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	4.37	1.86	มาก
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อกิจกรรม	4.10	1.76	มาก
โดยรวม	4.28	3.55	มาก
ผู้ดูแล (N = 6)			
ด้านการสนับสนุนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	4.17	6.71	มาก
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อกิจกรรม	4.30	2.67	มาก
โดยรวม	4.21	7.73	มาก

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองของพยาบาลสบส. อสส. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยรวมของพยาบาลสบส. มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ส่วน อสส.

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	53.167	6.882	10.980	.000
หลังทดลอง	65.333	8.802		

จากตาราง 2 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ก่อนทดลอง	70.167	9.131	7.570	.000
หลังทดลอง	83.333	13.167		
ด้านความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท				
ก่อนทดลอง	76.500	9.711	11.64	.000
หลังทดลอง	95.500	12.012		

จากตาราง 3 พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง โดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา ชุมชนในเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 48 ผู้วิจัยได้ศึกษาและอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง จากการศึกษา พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองที่ได้้นั้น มาจากการสมาชิกทุกคนในชุมชนต่างตระหนักถึงสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และมีความหวังร่วมกันว่าเมื่อการดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลงสิ่งที่ชุมชนจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ คือได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ได้มีการร่วมกันคิดร่วมกันทำ มีการเผยแพร่ความรู้สู่คนในชุมชนซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้คงอยู่ต่อไป และจากการร่วมมือร่วมใจ การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างนักวิจัยพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองสามารถพัฒนาจนได้รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และยังส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยว่าปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยคืออะไร ตลอดจนการคิดและออกแบบรูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ในชุมชนและให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างมีความสุข (นวลจันทร์ วงศ์เบ็ญสัจจ์, วรรณา หลอดเข็ม, 2555: สัมภาษณ์) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัฒนา บันเทิงสุข (2546) และสุนันทา แก้วสุข และคณะ (2548) ที่พบว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

นั้นเป็นกระบวนการกระตุ้นให้ชุมชนมีการกระทำต่อปัญหาเหล่านั้น เพื่อให้ชุมชนได้มีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และผลการดำเนินการในขั้นตอนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ชอบ เข้มกลัด และโกวิทย์ พวงงาม (2547) ที่กล่าวไว้ว่าความต้องการในการแก้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ที่อยู่กับปัญหาเกิดจากการร่วมมือกันระหว่างผู้ที่อยู่กับปัญหากับนักวิชาการจากภายนอกชุมชน เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของไชยรัตน์ ปรานี (2545) ที่พบว่า การฟื้นฟูศักยภาพของคนและชุมชน ต้องมีเป้าหมายอยู่ที่ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับ พัทธินทร เล็กสวัสดิ์ (2541) ที่กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมเพื่อการยอมรับการส่งเสริมและเพิ่มพูนความสามารถของประชาชนในการค้นพบความต้องการที่แท้จริงของตน แก้ไขปัญหาของตน และรู้จักหมุนเวียนใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการกำหนดหรือควบคุมในการดำเนินชีวิตของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ง่ายๆ ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองได้และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ (2552) ที่พบว่าการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนจะให้ประสบผลสำเร็จและต่อเนื่องขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยแกนนำอาสาสมัครและคนในชุมชน จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะมีกระบวนการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แลกเปลี่ยนและรับฟังความคิดของผู้อื่น เกิดความ

ภาคภูมิใจความมั่นใจในผลงานที่สำเร็จ สอดคล้องกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่กรมการศึกษานอกโรงเรียนกล่าวไว้ว่า ประชาชนผู้ด้อยโอกาสจะตื่นตัวและได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์ มีความเชื่อมั่นในการดำเนินกิจกรรม ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน (ชอบ เข้มกลัด และ โกวิท พวงงาม, 2547)

2. ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

2.1 ด้านบริหารจัดการ จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองอยู่ในระดับมากที่สุด และ อสส. ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ผู้วิจัยนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในชุมชนจะต้องอาศัยเวลา เพื่อให้ชุมชนปรับตัวเกิดการเรียนรู้ทีละน้อยๆ และต้องสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนจนสามารถนำไปปฏิบัติเป็นวิถีชีวิต จากการสัมภาษณ์แกนนำชุมชน (เสรี บุญเรือง, 2555: สัมภาษณ์) จากการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการจัดอบรมเกี่ยวกับคู่มือการจัดกิจกรรม มีการสาธิตในแต่ละกิจกรรมให้ หลังจากเราได้รับความรู้แล้วเราจะนัดประชุมกันโดยมีการทำความเข้าใจกันอีกครั้งและประยุกต์

กิจกรรมให้สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายๆ ประกอบกับการหาสื่อการสอนเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจน และเวลาที่เรามีปัญหาจะมีการติดต่อกับคุณนวลจันทร์ พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 ทันทีเพื่อให้ความกระจ่างกับพวกเราทำให้ทราบข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกันกับข้อมูลของสัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2549) ที่กล่าวว่า การที่มนุษย์อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ทำให้มนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้าได้ เพราะมนุษย์สามารถให้การศึกษาแก่กันและกัน (Socialization) การจัดแบ่งงานกันทำ (Division Labor) ทำให้สามารถทำงานใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือกลุ่มคนหรือองค์การสังคมเหล่านี้เป็นผู้สร้างและสืบสานวัฒนธรรมของกลุ่มและสอดคล้องกับพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ (2541) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมเพื่อการยอมรับการส่งเสริม และเพิ่มพูนความสามารถของประชาชน ในค้นพบความต้องการที่แท้จริงของตน แก้ปัญหาของตน และรู้จักหมุนเวียนใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการกำหนดหรือควบคุมในการดำเนินชีวิตของตนเอง หรืออาจจะกล่าวได้ง่ายๆ ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับนิคยา เงินประเสริฐศรี (2544) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่ใช้แนวทางของความร่วมมือ (Collaborative Approach) ระหว่างนักวิจัยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ทั้งนี้กระบวนการวิจัยจะต้องเป็นประชาธิปไตย ยุติธรรม มีอิสระ และส่งเสริม

คุณค่าของชีวิต และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้าร่วมสังเกตตรวจสอบสถานการณ์ต่างๆ สะท้อนความคิดเห็นและความต้องการของตน ทรัพยากรที่มีอยู่อุปสรรคและปัญหาที่ปรากฏอยู่ตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่

2.2 ด้านผลลัพธ์ของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองพบว่า คุณภาพชีวิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในภาพรวมและรายด้านสูงขึ้นจากก่อนเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนและได้เข้าร่วมกิจกรรมในการฝึกทักษะที่ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมล สมัตถะ (2541) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการที่ผู้ป่วยได้รับการฝึกแบบมีส่วนร่วมทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น สอนแปรงฟัน อาบน้ำ ทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปซื้อของ การใช้จ่ายเงิน โดยผู้ป่วยได้ลงฝึกในสถานการณ์จริงโดยมีแกนนำชุมชน อาสาสมัคร และผู้ดูแลเป็นที่เลี้ยงและให้กำลังใจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และจากการไปสัมภาษณ์

ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้นำประสบการณ์จากการฝึกนั้นไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นประโยชน์มากและจากการติดตามประเมินผลผู้ป่วยทั้ง 6 รายพบว่า ผู้ป่วย 4 รายสามารถประกอบอาชีพได้ โดยเป็น ร.ป.ภ. 1 ราย (ผู้ชาย) ขายของ 2 ราย (ผู้หญิง) รับจ้าง 1 ราย (ผู้ชาย) ส่วนอีก 2 รายสามารถดูแลตนเองได้ช่วยงานบ้านได้ เช่น ปอกมะพร้าว ซักผ้าจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจที่มีกิจกรรมนี้และอยากให้มีการลงไปเยี่ยมที่บ้านเป็นระยะอย่างนี้ตลอดไป เพราะทำให้รู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียว คนในชุมชนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย และผู้ป่วยยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ เช่น ไปร่วมกิจกรรมงานวัด ไปงานบวช ไปช่วยเสริมพื้ในงานกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ของชุมชน ฯลฯ โดยคนในชุมชนไม่รังเกียจผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่กล่าวถึงวิธีการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป และสอดคล้องกับ Ferrans & Powers (1992) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ สอดคล้องกับ Wai Tong Chien, et al. (2007) ที่พบว่ารูปแบบการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้เกิดการพัฒนาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจะลดลงส่งผลให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ธีรพร สติธรังกูร รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจมาตรฐานและระบบการพยาบาล สำนักการพยาบาล บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 48 อาสาสมัครสาธารณสุข 48 ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือด้วยดีมาตลอด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารและปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลักดันเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย
2. ใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยทำเป็นภาระกิจประจำ และขยายผลไปให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกันและไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง และให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากที่สุด เพื่อช่วยในการสร้างจิตสำนึกและเกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น

2. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีทั้งปัจจัยภายในชุมชน และปัจจัยภายนอกชุมชน ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง ควรขยายการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างลักษณะของรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองโดยของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งปัจจัยในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมืองโดยของแต่ละพื้นที่

รายการอ้างอิง

- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ. (2552). รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 10 (1).
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). แนวคิดหลักการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13 (2), 15-16.
- ชอบ เข้มกลัด และโกวิท พวงงาม. (2547). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สมารธรรม.
- ไชยรัตน์ ปราณี. (2545). *การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน*. ปริญญาโท กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2544). "การวิจัยเชิงปฏิบัติ

- การแบบมีส่วนร่วม.” วารสารสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์, 2 (7), 61-71.
- นวลจันทร์ วงศ์เบ็ญสัจจ์ และวรรณมา หลอดเข็ม. สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2555.
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. (2541). การสร้างพลัง และสุขภาพ. วารสารสุขภาพศึกษา, 21(78), 57-67.
- วัฒนา บรรเทียงสุข. (2546). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการ ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการ ใช้ สมุนไพรในชุมชนบ้านชาดดับเต่า จังหวัด ระยอง. วิทยานิพนธ์การศึกษาคุณูปบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษาศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2554). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. สารสนเทศ กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp>.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2549). สังคมวิทยา องค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา แก้วสุข และคณะ. (2548). การวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานผลิตภัณฑ์หัตถกรรมเครื่องจักสาน ผักตบชวา ตำบลคลองวัว อำเภอเมือง จังหวัด อ่างทอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ ชนบุรี.
- สุภาภรณ์ จันทวานิช. (2531). การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมนหา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาล . สอนสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การ ค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านถึงความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสรี บุญเรือง. สัมภาษณ์ 9 มิถุนายน 2555.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research nursing health*, 15: 29-38.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 354-361.
- Pinikahana, & at al. (2002). Quality of Life in Schizophrenia: A review of the Literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11:103-111.
- Wai Tong Chien, et al .(2007). A family Psycho-education Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 1003-1006.
- Okasha, A. (2003). Mental health services in the Arab world. Available: http://findarticles.com/p/articles/mi_m2501/is_4_25/ai_n6129825/

pg_6.

National Institute of Mental Health. (2001). *The burden of psychiatric conditions has been*

heavily underestimated. The Impact of Mental Illness on Society. Available: <http://www.nimh.nih.gov>.