

การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
ของผู้ป่วยจิตเภทชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

A STUDY OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON RELAPSE
PREVENTIVE BEHAVIORS IN MALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS
SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

ปริศนา เกลิมฤกษ์, พย.ม. (Prisana charaemlour, B.N.S.)*

โสธรยา สุภโรจน์, พย.ม. (Soraya suparochanee, M.N.S., R.N.)* *

Abstract

Objective: The purposes of this quasi-experimental research were to compare the relapse preventive behaviors in male schizophrenic patients before and after receiving the empowerment program, and to compare the relapse preventive behaviors in male schizophrenic patients who received the empowerment program and those who received routine care.

Methods: Sixty male schizophrenic patients receiving services in inpatient (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry) who met the inclusion criteria were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 30 subjects in each group. The experimental group received the empowerment program developed by the researcher. The control group received regular caring activities. Research instruments consisted of the empowerment program, relapse preventive

behaviors questionnaire and source of power questionnaire. These instruments were validated for content validity by 3 professional experts. The Chronbach's alpha coefficients reliability of the two latter instrument was .83 and .88, respectively. The t-test was used in data analysis.

Results: Major findings of this study were as follows:

1. The relapse preventive behaviors in male schizophrenic patients who received the empowerment program was significantly higher than that before, at the .05 level.
2. The relapse preventive behaviors of male schizophrenic patients who received the empowerment program was significantly higher than those who received regular caring, at the .05 level.

Keywords: Male schizophrenic patients, Empowerment program, Relapse preventive behaviors

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

E-mail: prissana_A@outlook.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทชาย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติของความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมและสังคม (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการที่จะทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทก็พบว่าร้อยละ 50 มีการกลับป่วยซ้ำ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้และจัดการกับอาการเตือน ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้เบี่ยงเบนในการดูแลตนเองที่ต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ทั้งยังขาดความรู้ในโรคที่ตนเองเป็นและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิด Miller (2000) ประกอบด้วย 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยการมุ่งเน้นเพิ่มแหล่งพลังอำนาจและเอาศักยภาพในตนเองมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยที่ย่างยาก ซับซ้อน มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 50 สถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารักษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาทั้งหมดใน พ.ศ. 2553 – 2555 เท่ากับ 121,727, 133,228 และ 132,554 ตามลำดับ และพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2,095, 2,110, และ 2,068 ราย โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 60.43 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2555) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารักษาและปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน คือ ไม่สามารถรู้ถึงอาการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะใช้ความรู้ความสามารถในตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สามารถควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขไม่เกิดการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับรู้และจัดการกับ

อาการเตือน ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้เบี่ยงเบนในการดูแลตนเองที่ต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ทั้งยังขาดความรู้ในโรคที่ตนเองเป็นและขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้สูญเสียพลังอำนาจส่งผลต่อความสามารถด้านต่าง ๆ ลดลงและส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาสถาบัน เมื่อมีอาการรุนแรงจนควบคุมตนเองไม่ได้ (อเนก สุรทินันท์, สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) จากการเจ็บป่วยทำให้แหล่งพลังอำนาจในตนเองถูกรบกวน ซึ่งแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิด Miller (2000) ประกอบด้วย 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยการมุ่งเน้นเพิ่มแหล่งพลังอำนาจและเอาศักยภาพในตนเองมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหาสถานการณ์จริง 2) สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจ 3) สนับสนุนและเอื้ออำนวย และ 4) สร้างเสริมพลังอำนาจพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทชายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยจิตเภทชายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ป่วยซ้ำ เข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามากกว่า 1 ครั้ง คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มจากคะแนนอาการทางจิต โดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คนโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 คน โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทดลอง ด้วยการจับคู่ผู้ป่วย (Matched – pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง หอผู้ป่วยเดียวกัน อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 30 คู่ พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 40.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 46.60 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษา 1-5 ครั้งร้อยละ 66.60 และกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 40.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 46.60 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษา 1-5 ครั้งร้อยละ 63.30

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรักษาและรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษา และการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจากแนวคิด

Miller (2000) ประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร 4) การสร้างเสริมพลังอำนาจความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหา กิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน จนครบทั้ง 4 ขั้นตอน แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขให้ความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์ (2549) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการรับรู้ อาการเตือน ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของเครื่องมือเท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของโสธยา สุภโรจน์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทชายในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยของแหล่งพลังอำนาจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 – 3.49 คะแนน) วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของเครื่องมือ เท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีการเตรียมการที่สำคัญดังนี้ คือ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานขอความร่วมมือจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมกราคม - มีนาคม 2557 โดยจัดกิจกรรมขึ้นที่แผนกผู้ป่วยใน ดังรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับกิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ การทำกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

กลุ่มทดลอง พบกับผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย ให้การพยาบาลโดยให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 15 คน 2 กลุ่ม ระยะห่าง 2 ครั้ง/ สัปดาห์รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร 4) การสร้างเสริมพลังอำนาจความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ และมีการกำกับการทดลองโดยประเมินแหล่งพลังอำนาจ (Post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรมขั้นตอนที่ 4 ทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทชายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับแบบสอบถาม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันคือ ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายในด้านการรับรู้การเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการใช้ยา ที่ถูกต้องระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (n = 60)

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		df	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านการรับรู้การเตือน	16.37	1.93	21.40	1.57	58	-11.06	.00
ด้านการดูแลตนเองด้าน							
เตรียมการเผชิญปัญหา	13.70	2.40	17.40	1.16	58	-7.61	.00
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	18.83	2.10	22.87	1.14	58	-9.24	.00
รวม	49.17	4.60	61.67	2.85	58	-12.66	.00

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย หลังได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การที่ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช

ที่มีลักษณะโรคเรื้อรังมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาดผู้ป่วยจิตเภทชายจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (Linstrom & Bingefors, 2000) ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเกิดจากการขาดแรงจูงใจ ความมั่นใจที่จะดูแลสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทชายมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้น จึงพบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) เป็นแนวคิดที่สามารถทำให้นักคนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่จะให้นักคนกระทำพฤติกรรมใด ๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งพลังอำนาจในตัวเอง จากการศึกษางานวิจัยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Miller (2000) พบว่า ผู้ป่วยมีการพร่องของแหล่งพลังอำนาจในตนเอง ทำให้อยู่ในสภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งแหล่งพลัง

อำนาจทั้ง 7 แหล่งได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ และการที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้นั้นจึงต้องมีกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอัตมโนทัศน์เชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมาเพื่อควบคุมสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้

การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติและวิธีการต่างๆ เกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การป่วยซ้ำ การทบทวนและให้ความรู้ ฝึกทักษะให้ความรู้ในการแก้ปัญหา การวางแผนของวิธีการในการนำกลับไปใช้เมื่อกลับบ้านโดยมุ่งเน้น 3 ด้านคือ ด้านการรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจที่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อปฏิบัติตัวในการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเกิดแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทชายมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจะทบทวนตนเองซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่ม

ศักยภาพความสามารถในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองสอดคล้องกับที่ สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆ น่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งในรายละเอียดเนื้อหาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการของโรค สาเหตุ การรักษา การป่วยซ้ำและการป้องกันตนเองด้านต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การส่งเสริมความรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้และมีการป้องกันตนเองที่ดีขึ้น เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ และจะวางแผนการปฏิบัติตัวโดยใช้องค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งความรู้และความสามารถจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ซึ่งจะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น

“ถ้ากินยาครบทุกมื้อ คงไม่ต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ผมมักหยุดยาเองเพราะเข้าใจว่าหายแล้ว”

“แต่ตัวเองไม่ได้เป็นอะไรแค่นอนไม่หลับ ก็ไปดื่มเหล้าทำให้นอนหลับเท่านั้น มีเสียงคนมาพูดข้างหูแต่ไม่เห็นตัว แต่ก็กินยานะ ถ้าไม่กินเหล้าผมก็ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล”

“บางครั้งเวลาเครียด คนมันชอบว่า ๆ ผมบ้า แต่ผมไม่โกรธหรอกเพราะผมไม่บ้านะใช้ไหมหมอ”

สรุปได้ว่าทัศนคติและความเชื่อทางบวกต่อการเจ็บป่วยจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพื่อที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้ และความเข้าใจรวมทั้งการรู้จักตนเองยอมรับความจริง ควบคุมและหาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพและความสามารถในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรายด้านพบว่าหลังการทดลอง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้านการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใส่ใจที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนทดลอง สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยสามารถบอกอาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยว่า “อาการเตือนเป็นยังไงและจะรู้ได้อย่างไรไม่เคยรู้มาก่อน แต่มักจะนอนไม่หลับ หงุดหงิด และอารมณ์เสียง่ายถ้าขาดยา” และหลังจากการฝึกปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยสามารถบอกอาการและจำแนกอาการเตือนและอาการทางจิตได้อย่างถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ “เราจะดูแลตนเองโดยไม่ต้องไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาลเช่นถ้านอนไม่หลับหลาย ๆ คืนต้องมาหาหมอเลยทันทีและต้องกินยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลาจะไม่หยุดเองโดยเด็ดขาดไม่ยอมมาอยู่โรงพยาบาลอีกถ้าเครียดต้องออกกำลังกาย ฟังเพลงหรือคุยให้ญาติฟังไม่เก็บไว้คนเดียว”

ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

จิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบต่อผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเองและจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ โดยการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีคามเชื่อมโยงประสานระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอร์โมน ทำให้จิตใจสงบสบายมีสมาธิ การศึกษาที่ผ่านมาเชื่อว่าบุคคลที่ได้ฝึกการผ่อนคลายจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลง สามารถลดอันตรายที่เกิดจากภาวะเครียดยาวนาน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาอาการทางจิตก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าค้นหาว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นก่อนหน้าที่จะมีอาการทางจิตสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “บางทีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ถ้าเราไม่รู้จักดูแลตนเองให้ดีอาการมากขึ้นก็ต้องมาอยู่โรงพยาบาลอีก” “เวลาโกรธหรือโมโหอะไรก็ต้องไม่ทำลายข้าวของเพราะเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้อง”

ด้านการใส่ใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอาการทางจิตเป็นเวลานาน ส่งผลต่อการแสดงออกของบุคลิกภาพของผู้ป่วย (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้ากว่าปกติ มีอาการสั่นของมือที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อาการดังกล่าวส่งผลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ปกติ จากการที่ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถบอกอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะการจัดยารวมทั้งบอกถึงอาการข้างเคียงของยา ดังคำพูดว่า “อาการข้างเคียงที่เกิด

จากการรับประทานยา คือ ปากคอแห้ง ง่วงนอน บางครั้งมือสั่น ใจสั่น ขาอ่อนแรง แต่ผมก็ทานยาต่อเนื่องไม่เคยทียาเลยครับ แล้วจะใช้วิธีการจิบน้ำไม่ดื่มน้ำมากเกินไปซัก”

2. ผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การที่ผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายว่า การใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้จากประสบการณ์และการฝึกทักษะช่วยผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สิทธิอิสระและมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่ความสามารถที่เพิ่มขึ้น (O'Connor, 1991) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ และการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยและไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับ การวางแผนและจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยได้ การพยาบาลตามปกติเป็นการปฏิบัติ

การพยาบาลแบบ “Task Oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวรไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสธยา สุภโรจน์ (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนโดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหรือวิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย โดยนำความรู้และทฤษฎีการพยาบาลรวมทั้งทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การบำบัดทางจิตในลักษณะรายกลุ่มโดยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ให้แก่ผู้ป่วย 4 ขั้นตอนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทชายมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการป้องกัน

ตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล และเป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของการปฏิบัติการขั้นสูงของพยาบาลจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะให้ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักรู้ในตนเอง มีความรู้เรื่องโรค เข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชได้ มีทักษะในการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่ม มีทักษะการให้คำปรึกษารวมทั้งจะต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง

2. ก่อนนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ ควรมีการอบรมแก่นักวิชาการทางการพยาบาล ในด้านการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด และขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและนำไปใช้ได้ถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามผลของการป่วยซ้ำของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง 1 เดือนหรือ 3 เดือน หรือมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการประเมินผลของการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. ควรมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความคงทนของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารังต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง*. รายงานการวิจัย. พิเชฐ อุดมรัตน์. (2542). ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44, 171-179.
- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ. (2547). *ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย*. สงขลา: ลิ้มบราเดอร์การพิมพ์.

- วัฒนารณณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2549). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*, กรุงเทพฯ: วี.จี.พรินติ้ง.
- โสธยา สุกโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2555). *สถิติผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา*. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธา การพิมพ์.
- อเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ หัตถนิรันดร์กุล และ นุสพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). *ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 1-9.
- Johnstone, E. C., & Geddes, J. (1994). How high is relapse rate in schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 89 (supply 382), 6-10.
- Linstrom, E., & Bingefors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmaco-economics*, 18, 105-124.
- Judith, M. F. (2000). *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Meijel, V. B., Gaag V. D. M., Kahn, S. R., et al. (2003). Relapse prevention in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 117-125.
- Bling, S., & Suen, M. (1998). *A Model of empowerment for Hong Kong chinese cancer patient and the role of self help group in the empowering process*. Dissertation, doctoral degree in Nursing, Hong Kong Polytechnic University.