Effect on Empowerment of Families and Community on Caring Chronic Mental Illness in Kae Dam Sub–District Municipal Community MahaSarakahm Province.

Suphapon Supothi, BN.S., Isara Anurith BN.S., and Oratai Faengchanda BN.S.
Kae Dam Hospital Mahasarakham Province.

Abstract

The objectives of this research were to study and comparison of knowledge on self-care, quality of life before and after participated in the empowerment group on caring chronic mental illness in Kae Dam Sub-District Municipal Community MahaSarakahm Province. By using Orem's Theoretical Framework on self-care and the concept of empowerment by Gibson.

The sample groups in the study were 40 patients, concluded mental illness 13 persons,caregivers 15 persons and leader group / village health volunteers (VHVs) 12 persons. By using 4 steps of group process that consist of 8 activities. The period of activities was two days per week and 2 hours per day for 4 weeks and follow up for assessment 2 times after operation for 2 months.

The instrument used in this research study consist of knowledge testing form, deep-interview form, questionnaire on quality of life and the satisfaction assessment thatapplied from Praphapon Panchoom. The data collection on study was operated between May to October 2009. The data was analyzed with computer program. The statistic used in this study were Mean, Percentage. The comparison on knowledge data, quality of life before and after study by using statistic Wlicoxon signed-ranks test.

The research finding of the knowledge score comparison before and after self-care on patients group, caregivers group, community leaders as the whole are increasing on an average. The different on comparison of average knowledge scoreabout self-care find that the knowledge before and after are different but, with statistic significant ($p<0.05$). For the quality of life on sample groups as a whole before and after have higher average score at the medium level (82.48%) and the comparison on the differentiation of average has different with no statistic significant. ($p>0.05$)

This research show that the empowerment by using group process has higher perception of changing, self-care, and quality of life by supporting among patients families and community to access the services system quickly and to generate the network of mental health and psychiatric service in the community.

Keywords : Empowerment, Chronic Mental Illness.

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและชุมชน ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

สุภาพร สุโพธิ์, พย.บ., อิศรา อนุฤทธิ์, พย.บ., และ อรทัย แฝงจันดา, พย.บ.
โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ากลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 40 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 คน กลุ่มผู้ดูแล 15 คน และกลุ่มผู้นำ / อสม. 12 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลา สัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามประเมินผล 2 ครั้ง หลังจากดำเนินการ 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และการประเมินความพึงพอใจ โดยดัดแปลงจาก ประภัสพร พันธ์จุม ดำเนินการเก็บข้อมูลการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการศึกษาคือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลความรู้ คุณภาพชีวิต ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแลและผู้นำชุมชนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ก่อนและหลังมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง (82.48%) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

การศึกษาวนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดรับรู้การเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูลในผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้เข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็ว เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

คำสำคัญ : เสริมสร้างพลังอำนาจ, โรคจิตเรื้อรัง

บทนำ

ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง คือ ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่ยอมทำงาน และไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม[1,2] และการกลับเป็นซ้ำนั้นยิ่งเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใด ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะเสื่อมลงมาเท่านั้น[3] นอกจากนี้การป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเวชเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเกิดความรู้สึกไร้ค่า มีปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ขาดการสนับสนุนค้ำจุนจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้ป่วยซ้ำอีก[4] พบว่าการสูญเสียพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังเพิกเฉยต่อบทบาท ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และพี่น้อง จำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย[5]

โรงพยาบาลแกดำ รองรับผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอก ในปี 2551 มีจำนวน 298 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังมีอาการทางจิตกำเริบจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาจำนวน 8 คน และพบว่าครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และขาดการสนับสนุนจากคนในชุมชน ครอบครัว และชุมชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังอย่างแท้จริง ครอบครัวและชุมชนจะเป็นกำลังสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เน้นการสร้างพลังให้กับครอบครัวและชุมชนโดยมุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความเข้มแข็งและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยภาคประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจหาแนวทางในการแก้ไขและระดมทรัพยากร ส่วนภาควิชาชีพเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน เขตเทศบาลตำบลแกดำ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ากลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ากลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 คน กลุ่มผู้ดูแล 15 คน และกลุ่มผู้นำ/อสม. 12 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดตามประเมินผล 2 ครั้ง หลังดำเนินการ 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และการประเมินความพึงพอใจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2552 สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และสถิติ Wilcox on signed-ranks test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ผู้ศึกษาสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับแกนนำหมู่บ้าน และอาสาสมัคร ได้แก่ ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 12 คน ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังจำนวน 13 คน และผู้ดูแลจำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2552 โดยใช้วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการเก็บดังนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที โดยผู้ศึกษามีการวางแผนนัดหมายในการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ร่วมศึกษาสะดวกเป็นหลัก โดยแยกเป็นกลุ่มดังนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว

2) การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม.

3) กระบวนการกลุ่ม (Group process)

เป็นเทคนิคการเก็บข้อมูลที่มีลักษณะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวางระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ศึกษา การถกประเด็นการสนทนาจะมีความเป็นอิสระในแสดงความคิดเห็นตลอดจนโต้แย้งปัญหา สำหรับข้อสนทนาซึ่งผู้ศึกษาจะร่วมกำหนดการสนทนากลุ่มโดยสอดแทรกประเด็นความรู้[6] ในการอยู่ร่วมกันของครอบครัว ชุมชน ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม[7] โดยมีการสร้างกรอบคำถามแนวทางการสนทนากลุ่มไว้ เพื่อให้การสนทนากลุ่มนั้นได้ตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดของกิ๊บสัน[8,9]

การสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตเกี่ยวกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น ลักษณะการดำรงชีวิต การทำงาน การอยู่ร่วมกัน การเข้าร่วมและดำเนินโครงการต่างๆ ในชุมชน และสังเกตเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยขณะพูดคุย สีหน้า ท่าทาง การแต่งกาย และการทำกิจกรรม เช่น การช่วยเหลือตัวเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การทำงาน ส่วนการสังเกตเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เป็นการสังเกตจากการดูแลช่วยเหลือร่วมกันของครอบครัวและคนในชุมชน

การประเมินผล เป็นระยะของการเห็นผลลัพธ์ที่ดีและยังทำอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ผู้ศึกษาได้ติดตามผล 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการติดตามการมีส่วนร่วมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้นำชุมชน โดยการสังเกต และสัมภาษณ์

ครั้งที่ 2 การประเมินคุณภาพชีวิต และประเมินความพึงพอใจการมีส่วนร่วม การดูแลตนเองและการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกตและการสนทนาของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นการพิจารณาว่าข้อมูลที่แท้จริงและสอดคล้องตามปรากฏการณ์จริงหรือไม่ ซึ่งพิจารณาจากการเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการและใช้การเก็บข้อมูลหลายวิธี คือ การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กระบวนการกลุ่ม การบันทึกข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจากการใช้แบบสอบถาม ผู้ศึกษามีการสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในปรากฏการณ์ที่ศึกษา มีการเก็บข้อมูลจนได้ข้อค้นพบและครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ความตรงของข้อมูล (Fittingness) ต้องได้รับการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่ศึกษา และจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งจะช่วยให้การศึกษามีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และในระหว่างการดำเนินการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบข้อมูลที่ผู้ศึกษาวิเคราะห์แล้วและนำกลับมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาและตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

ความสามารถในการตรวจสอบ (Audibility) เป็นการแสดงขั้นตอนต่างๆ และความชัดเจนของวิธีการศึกษาตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย โดยผู้ศึกษาอธิบายวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด มีการบันทึกข้อมูลต่างๆ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบได้ และผลการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้อธิบายถึงบริบททางสังคมสัมพันธภาพ ลักษณะทางกายภาพไว้อย่างชัดเจน และมีการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ในการพิจารณาข้อมูลเพื่อการตรวจสอบยืนยันผลการวิจัยที่ได้[10]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ซึ่งประกอบด้วย

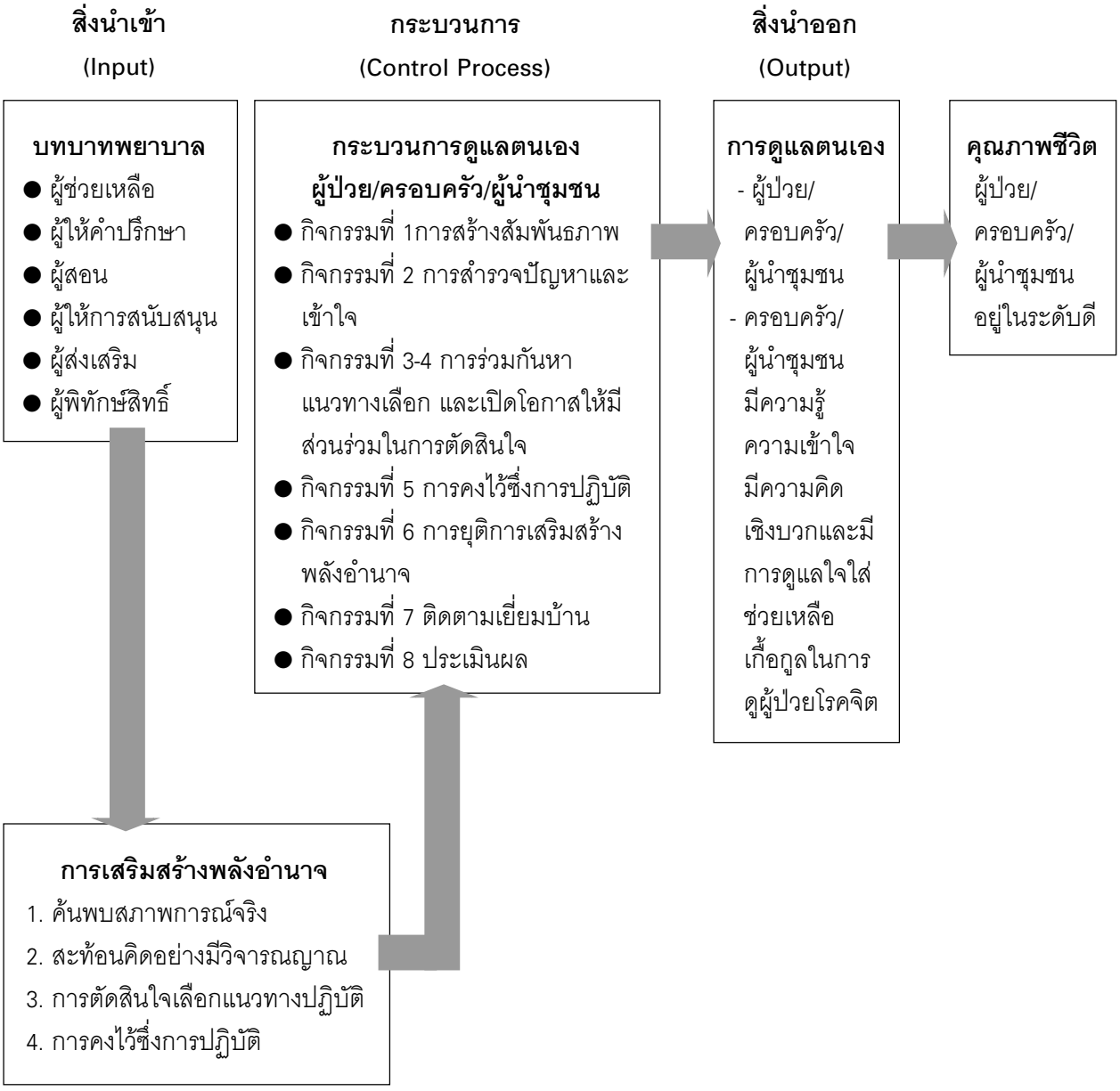
1) ข้อมูลทั่วไป และการประเมินความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณา ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed - Ranks Test

3) เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed - Ranks Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาความหมายที่ซ่อนอยู่ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างประกอบ จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

กรอบแนวคิดและขั้นตอนการศึกษา



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการเริมสร้างพลังอำนาจ[8,9]

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 40 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 13 คน กลุ่มผู้ดูแลจำนวน 15 คน และกลุ่มผู้นำชุมชนจำนวน 12 คน ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัยและหลังดำเนินการวิจัย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จำนวนกิจกรรม 8 ครั้ง

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วย และผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี กลุ่มผู้ดูและผู้นำชุมชนต่ำสุด 38 ปี และสูงสุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.3 ลักษณะอาชีพส่วนใหญ่กลุ่มผู้ดูแลและผู้นำชุมชน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.50 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนกลุ่มผู้ดูแลและผู้นำส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาท กลุ่มผู้ป่วยมีรายได้จากสวัสดิการพัฒนาและสังคมมนุษย์ โดยผ่านเทศบาลตำบลแกดำ ทุกคนๆ ละ 500 บาท (ตารางที่ 1)

ภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย วิธีการรักษา พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 58 ปี เฉลี่ย 17 ปี สาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจากการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 53.34 รองลงมาความขัดแย้งความผิดหวังในครอบครัวและชีวิตตนเอง คิดเป็นร้อยละ 46.66 วิธีการรักษาส่วนใหญ่รับประทานยาจากโรงพยาบาลแกดำ คิดเป็นร้อยละ 86.88 รองลงมาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 13.12 เนื่องจากโรงพยาบาลแกดำไม่มียาบางตัวที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรส บุคคลที่สำคัญชีวิต บุคคลที่ดูแลด้านสุขภาพ และบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มผู้นำชุมชนส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 89.20 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 69.20 บุคคลที่สำคัญในชีวิต บุคคลที่ดูแลด้านสุขภาพ และบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ ของกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 53.80, 46.20 รองลงมาเป็นญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 38.40 น้อยที่สุดคือสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 15.40

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแล n = 15	ร้อยละ	ผู้นำ/อสม. n = 12	ร้อยละ	ผู้ป่วย n = 13	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	1	20.00	8	66.70	9	69.20
หญิง	14	80.00	4	33.30	4	30.80
2. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	15	100.00	4	33.30	7	53.80
มัธยมศึกษา	-	-	3	25.00	6	41.20
อนุปริญญา / ปวส.	-	-	5	41.70	-	-
3. อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	15	100.00	12	100.00	5	38.50
ไม่ประกอบอาชีพ	-	-	-	-	8	61.50

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแล n = 15	ร้อยละ	ผู้นำ/อสม. n = 12	ร้อยละ	ผู้ป่วย n = 13	ร้อยละ
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน						
500 - 1,000 บาท	2	13.30	-	-	13	100.00
1,000 - 2,000 บาท	3	20.00	5	41.70	-	-
2,000 - 5,000 บาท	10	66.70	7	58.30	-	-
5,000 - 10,000 บาท	-	-	-	-	-	-
5. อายุ						
30 - 40 ปี	2	13.30	-	-	5	38.50
40 - 50 ปี	6	40.00	6	50.00	4	30.80
50 - 60 ปี	6	40.00	6	50.00	3	23.00
60 ปีขึ้นไป	1	6.70	-	-	1	7.70
6. สถานภาพ						
โสด	-	-	-	-	9	69.20
คู่	13	86.70	11	91.70	2	15.40
หม้าย / หย่า / แยก	2	13.30	1	8.30	2	15.40
7. บุคคลสำคัญในชีวิต						
สามี / ภรรยา / บุตร	-	-	-	-	2	15.40
บิดา / มารดา	-	-	-	-	7	53.80
ญาติ / พี่น้อง	-	-	-	-	4	30.80
8. บุคคลที่ดูแลด้านสุขภาพ						
สามี / ภรรยา / บุตร	-	-	-	-	2	15.40
บิดา / มารดา	-	-	-	-	6	46.20
ญาติ / พี่น้อง	-	-	-	-	5	38.40
9. บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ						
สามี / ภรรยา / บุตร	-	-	-	-	2	15.40
บิดา / มารดา	-	-	-	-	6	46.20
ญาติ / พี่น้อง	-	-	-	-	5	38.40
10. ภาวะสุขภาพ						
11. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
1- 10 ปี	-	-	-	-	4	30.80
10 - 20 ปี	-	-	-	-	5	38.50
20 - 60 ปี	-	-	-	-	3	23.10
60 ปีขึ้นไป	-	-	-	-	1	7.60

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความรู้	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. กลุ่มผู้ป่วย	19.85	2.46	22.50	2.23	0.00
2. กลุ่มผู้ดูแล	16.06	1.57	19.50	1.35	0.02
3. กลุ่มผู้นำ / อสม.	16.15	1.87	20.10	1.48	0.04
รวม	17.35	1.69	20.70	1.68	0.03

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมสูงขึ้น หลังการเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.03)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. กลุ่มผู้ป่วย	72.52	1.89	73.86	1.67	0.83
2. กลุ่มผู้ดูแล	84.75	1.53	86.89	1.25	0.01
3. กลุ่มผู้นำ / อสม.	84.54	1.68	86.71	1.49	0.67

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมสูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มแต่พบว่า กลุ่มผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้นำคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.07	0.78	10.14	0.65	0.18
2. ด้านจิตใจ	70.85	1.72	71.16	1.48	0.03
3. ด้านสุขภาพกาย	24.52	0.76	24.87	0.75	1.13
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	70.14	1.55	72.53	1.76	0.02

คุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มผู้ป่วยโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านแต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) คือด้านด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม แสดงให้เห็นว่ากระบวนกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทำให้สภาพจิตใจและสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นไปในทิศทางบวกมากขึ้น

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.97	1.67	12.52	1.41	0.02
2. ด้านจิตใจ	72.56	1.98	75.14	1.53	0.01
3. ด้านสุขภาพกาย	25.89	0.94	25.97	0.70	0.95
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	70.73	1.68	74.28	1.67	1.66

คุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มผู้ดูแลโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านแต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) คือด้านด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านจิตใจ แสดงให้เห็นว่ากระบวนกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทำให้สภาพจิตใจและความสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนเป็นไปในทิศทางบวกมากขึ้น

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้นำ/อสม.ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.96	1.13	10.98	0.92	0.03
2. ด้านจิตใจ	70.58	1.75	73.45	1.64	1.10
3. ด้านสุขภาพกาย	24.11	0.94	25.42	0.78	0.87
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	70.23	1.53	74.51	1.41	0.04

คุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มผู้นำชุมชนโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านแต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) คือด้านด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม แสดงให้เห็นว่ากระบวนกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และเกิดความรู้สึกเห็นอก เห็นใจ เข้าใจ ผู้ป่วยทำให้มีทัศนคติในทางบวกและส่งผลให้สภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนน่าอยู่ มีสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนเป็นไปในทิศทางบวกมากขึ้น

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความพึงพอใจ	ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม		หลังเข้าร่วมกลุ่ม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. กลุ่มผู้ป่วย	18.25	2.42	20.56	2.27	0.02
2. กลุ่มผู้ดูแล	20.25	1.54	22.78	1.31	0.01
3. กลุ่มผู้นำ / อสม.	21.58	1.45	23.55	1.25	0.00
รวม	20.02	1.80	22.30	1.61	0.03

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.03) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้นำชุมชน มีส่วนร่วม เกิดความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ร่วมกัน

วิจารณ์

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลา สัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามประเมินผล 2 ครั้ง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ มีผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองสูงขึ้นทุกกลุ่มตัวอย่าง และมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนรายด้านทุกกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกันตามสภาพการรับรู้และการดำเนินชีวิตจากปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน โดยพบว่า

1) คุณภาพชีวิตผู้นำชุมชนพบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นเนื่องจากได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นใจพร้อมที่จะเข้าให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือ

2) ผลรวมความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.03)

3) ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.03) เพราะมีกระบวนการสนับสนุนให้ความรู้ให้คำปรึกษา ร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกระยะของการเข้าร่วมกิจกรรม

4) คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นจาก 80.60 เป็น 82.48 (ระดับปานกลาง) เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวและผู้นำชุมชนถึงแม้ว่าจะอยู่ระดับปานกลาง แต่จากการสังเกตและแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้น

5) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยพบว่าด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น เนื่องจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่ เข้าใจและเกิดการยอมรับในชุมชนมากขึ้น

6) คุณภาพชีวิตผู้ดูแลด้านสัมพันธภาพและด้านจิตใจสูงขึ้น เนื่องจากเกิดกระบวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ รับรู้ปัญหาและยอมรับ เกิดพลังอำนาจในการจัดการตนเองและเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

7) คุณภาพชีวิตผู้นำชุมชนพบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นเนื่องจากได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นใจพร้อมที่จะเข้าให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือ

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. สร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2. เกิดจิตอาสาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและมีกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

3. มีการพัฒนาและขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทุกตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน รวม 9 เครือข่ายในอำเภอแกดำ

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดรับรู้การเปลี่ยนแปลง การดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูล ในผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ให้เข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็ว เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนจะต้อง สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน)และมีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้การสนับสนุนอย่างจริงจังและจริงใจ นอกจากนี้ต้องมีกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุริยา รัตนปริญญา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายประกาย ตปนียากร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์สมพงษ์ จันทร์โอวาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ และ ดร.จิราพร วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผศ.ดร.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้นำชุมชน ที่ให้ความร่วมมือช่วยให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา แสวงเจริญ. **การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล**. ภาควิชาการพยาบาล จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
2. กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. **แนวคิดจากการประชุมสตรีโลกที่ปักกิ่ง กลยุทะในการพัฒนาสุขภาพสตรี** : การเสริมพลังอำนาจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2539; 14(1), 9-18.
3. ชูศรี วงศ์รัตนะ. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิต การพิมพ์, 2544.
4. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. **การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 3(2), 2540; 193-201.
5. ดารณี จามจุรี. **พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง**. วารสารกองการพยาบาล, 2545; 29(2), 55-63.
6. _____. **รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์, 2540.
7. นิตย์ ทัศนิยม. **การส่งเสริมสุขภาพ : มิติการสร้างพลังอำนาจ**. วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545; 25(2,3), 103-114.
8. นิตย์ ทัศนิยม. [ม.ป.ป.]. **การส่งเสริมสุขภาพ : มิติการสร้างพลังอำนาจ**. เอกสารประกอบการบรรยายโครงการวิชาการสัญจร ของสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือเขตขอนแก่น. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา).
9. นิตยา เพ็ญศิรินภา. **เทคนิคการสร้างพลังส่งเสริมสุขภาพ**. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2544; 24(2), 42-54.
10. บุปผาชาติ ขุนอินทร์. **ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและประคับประคองสำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
11. พิไลรัตน์ ทองอุไร. ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 2542; 19(2), 38-47.
12. รวมพร คงกำเนิด. **การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ**. **การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล**. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2543; 119-123.
13. วรรณชนก จันทชุม. **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2545.
14. สรินทร เชี่ยวโสธร. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. วารสารพยาบาลทหารบก, 2546; 4(1), 94-100.
15. สายฝน เอกวรางกูร. **การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
16. สุคนธ์ ไข่แก้ว. **การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน**. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2545; 20(2), 71-76.
17. อวยพร ตัณมุขยกุล. พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพการพยาบาล. **พยาบาลสาร**, 2540; 24(1), 1-9.
18. อุรา สุวรรณรักษ์. **การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
19. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, 1991; 16(3), 354-361.

20. _____. The process of empowerment in mothers of chronically ill children.. **Journal of Advanced Nursing**, 1995; 21(6), 1201-1210.
21. Gilbert, T. Nursing : Empowerment and the problem of power. **Journal of Advanced Nursing**, 1995; 21(5), 865-871.
22. Hawks, J.H. Empowerment in nursing education : Concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. **Journal of Advanced Nursing**, 1992; 17(5), 608-618.
23. _____. Organizational culture and faculty use of empowering teaching behaviors in selected schools of nursing. **Nursing Outlook**, 1999; 47(2), 67-73.
24. Jones, P.S., & Meleis, A.I. Health is empowerment. **Advances in Nursing Science**, 1993; 15(3), 1-14.
25. Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. Power and empowerment in nursing : Three theoretical approaches. **Journal of Advanced Nursing**, 2000; 31(1), 235-241.
26. Mackintosh, N. Self-empowerment in health promotion : A realistic target? **British Journal of Nursing**, 1995; 4(21), 1273-1278.