

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางบุษกมล ศุภอักษร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Mrs. Bussakhon Suphaaksorn

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2010
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางบุษกมล ศุภอักษร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

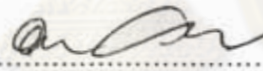
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

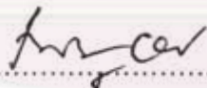
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิจัยสุขภาพกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุษกุล ศุภอักษร : ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 175 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกลุ่ม 7 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่อนคลาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย การบริหารเงินและเวลา การสื่อสาร และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียด 2) แบบวัดทักษะชีวิต และ 3) แบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 และ 0.81 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา..... 2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277812636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS/ FUNCTIONING/ COMMUNITY/ STRESS MANAGEMENT PROGRAM

BUSSAKHON SUPHAAKSORN: THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY.

ADVISOR: ASSISTANT PROFESSOR PENPAKTR UTHIS, Ph.D, 175 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the functioning of schizophrenic patients in community before and after received the stress management program, and 2) to compare the functioning of schizophrenic patients in community who received stress management program and those who received regular caring activities. Forty of schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Ratchaburi Central Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the stress management program composed of 7 group activities to improve relevant skills including relaxation, medication and symptoms management, physical strength, budget and time management, communication, and dealing with stigma. The control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) the stress management program, 2) The Life Skills Profile, and 3) The Perceived Stress Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments was 0.93 and 0.81, respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The functioning of schizophrenic patients in community who received the stress management program was significantly better than that before, at p 0.05 level.
2. The functioning of schizophrenic patients in community who received the stress management program was significantiy better than those who received regular caring

Field of Study :...Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature Bussakhon Su
 Academic Year : ..2010..... Advisor's Signature Penpaktr Uthis

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหะพยายามทำการศึกษาย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม พี่ๆน้องๆ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ รวมทั้งจิตแพทย์ พี่ๆพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและ ศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุคลากร คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	24
การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	35
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด.....	42
โปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การดำเนินการทดลอง.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	98

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	127
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	129
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	135
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	165
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	170
ภาคผนวก ช ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	175



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด.....	73
2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	77
3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียด.....	80
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับ การศึกษา.....	91
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ต่อเดือนจำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	92
6	คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	94
7	คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	95
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	96
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	97
10	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test.....	173
11	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test.....	174

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบมากที่สุด โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2007) และอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก และพบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock and Sadock, 2000) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลก พบว่าประเทศอังกฤษมีผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึง 7.5 ต่อประชากร 1,000 ราย ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วย 7 ต่อประชากร 1,000 ราย สำหรับในแถบทวีปเอเชีย เช่น ศรีลังกา พบผู้ป่วย 5.5 ต่อประชากร 1,000 ราย และในอินเดีย พบผู้ป่วย 2.2 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ทั้งนี้โรคจิตเภทก็เป็นปัญหาสำหรับประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าประเทศไทยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย และ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท หรือ อัตราการพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ มีค่าประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี โดยพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552) นอกจากนี้ข้อมูลรายงานประจำปี 2552 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยทางจิตซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จะเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.37 (กรมสุขภาพจิต, 2552)

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาลของประเทศ (Ran et al., 2010) โดยมีอัตราส่วนของการเกิดโรค ความรุนแรง และ ก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพหรือความพิการทางด้านจิตสังคม ได้มากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (Lenior et al., 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามมา (Buchanan and Carpenter, 2005) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการทางจิตกำเริบเป็นระยะๆ โดยเป็นอาการที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริง เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน (Andreasen, 1985) ซึ่งอาการเหล่านี้จะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และรบกวนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย (Brekke et al., 2005) แม้หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน โดยสาเหตุ

สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอุปสรรคในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนคือ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมที่ต่ำ (Lee et al., 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งจะมีปัญหาสำคัญคือ การด้อยประสิทธิภาพในเรื่องการแก้ปัญหาทางด้านสังคม การทำงาน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Kim and Ham., 1997) สอดคล้องกับพิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่าไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย และเมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ก็จะมีอาการพร่องในการทำหน้าที่ที่สำคัญๆ เช่น การทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือดูแลอนามัยตนเอง เป็นต้น โดยความสามารถในการทำหน้าที่เหล่านี้จะต่ำกว่าก่อนที่จะป่วยเป็นอย่างมาก จนทำให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ ด้านการเรียนหรือด้านอาชีพต่ำกว่าที่คาดไว้ หรือรบกวนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

เนื่องจากโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ดังที่กล่าวไปแล้ว ทำให้องค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคนี้อยู่ในสาเหตุหนึ่งในสิบอันดับของโรคที่เกี่ยวข้องกับความพิการซึ่งก่อให้เกิดภาระโรค (burden of disease) (WHO, 2001) สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน การที่มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวนมากดังข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้น ทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นภาระโรคของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการรายงานของคณะกรรมการโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศ (2550) ซึ่งได้ทำการศึกษาภาระโรคทั้งประเทศ ใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 พบว่า โรคที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตมีความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เพิ่มขึ้น ซึ่ง DALYs นี้คำนวณจากจำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of life Lost : YLLs) และจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Live with Disability : YLDs) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายโรค พบว่าภาระของโรคจิตเภทในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 0.6 แสน DALYs ใน พ.ศ. 2542 เป็น 1.1 แสน DALYs ใน พ.ศ. 2547 ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดอันดับให้โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งใน 20 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งบ่งบอกถึงการทำหน้าที่ (Functioning) ที่เสียไป (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของทุลภา นุปผาสังข์ (2545) ซึ่ง พบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการทางจิตสงบและสามารถจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ แต่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ ยังคงมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การทำงาน และ ความสัมพันธ์กับสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนยังมีปัญหาในเรื่องความพร้อมของการทำหน้าที่ แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะ

ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม อาทิเช่น การศึกษาของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชน (Community Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภท และผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยา พ่อแม่ ผู้ปกครอง และ การทำงาน โดยมีเพียง น้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถทำงานได้สม่ำเสมอ ที่เหลือส่วนใหญ่จะไม่สามารถอยู่ทำงานได้เต็มวัน นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีเปอร์เซ็นต์เพียงเล็กน้อยที่แต่งงาน และการแต่งงานมักจบลงด้วยการหย่าร้าง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความยากลำบากในการสนทนา การแสดงความต้องการ และความรู้สึกของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ran et al. (2010) ที่ทำการศึกษาดิตตามระยะยาว 10 ปี เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านกรงานของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ระหว่างปี 1994-2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการไม่ทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 1994 เป็นร้อยละ 23 ในปี 2004 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Perioliotisa, Granholm, and Patterson (2004) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งพบว่าร้อยละ 78.4 ของผู้ป่วย จิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Vellgan et al. (2000) ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Keefe et al. (2004) และ Kurtz et al. (2008) โดยพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมีความบกพร่องทางด้านกรรู้คิด (cognitive function) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง ได้แก่ การบริหารการเงิน ทักษะการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Chia et al., 2010) ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้ล้วนสนับสนุนว่าความพร่องในการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Rosen, HadziPavlovic, and Parker (1989) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทว่า หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการกระทำกิจกรรมหรือการจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว อันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตของตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อทางสังคม 4) ด้านการสื่อสาร และ 5) ด้านความรับผิดชอบ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการทำหน้าที่แต่ละด้าน ดังนี้

1) บกพร่องในด้านการดูแลตนเอง (Self care) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ อารมณ์ และ การรับรู้ ที่เสื่อมถอย และ ยิ่งหากไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดความเสื่อมถอยขึ้นอย่างถาวรได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการ

ดูแลตนเองด้านต่างๆ รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน (Sadock and Sadock, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องในประเทศไทย เช่น การศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ การจัดการกับอาการต่างๆ เช่น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแต่งกายไม่เหมาะสม และ ผู้ป่วยบางรายไม่อาบน้ำ รื้อเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่ สวมเสื้อผ้าเก่าๆ ขาดๆ หรือเดินออกจากบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้า นอกจากนี้ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ญาติที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องอดทนต่อพฤติกรรมที่ขัดต่อสุขลักษณะ เช่น การกินของในถังขยะ สอดคล้องกับการศึกษาของสถิต วงศ์ประภคิต (2542) พบว่าผู้ที่เป็นโรค จิตเภทส่วนใหญ่จะมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัว

2) บกพร่องในด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Nonturbulence) จนเป็นเหตุให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูด และ การกระทำ ดังจะเห็นได้จาก ผลการศึกษาของ ทุลภา นุปผาสังข์ (2545) พบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบสามารถจำหน่ายกลับสู่ชุมชนได้แล้ว ผู้ป่วยจะยังมีอาการแสดงต่างๆ ขณะอยู่บ้าน เช่น ร้อยละ 55 มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย และ ร้อยละ 30 มีอาการก้าวร้าว และ ไม่เป็นมิตร ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้น้อย เมื่อรู้สึกโกรธไม่พอใจคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด จะขว้างปาสิ่งของ และการตะ โทณด่าว่าเพื่อนบ้าน และคนในครอบครัว

3) บกพร่องในด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact) โดยมักจะจะมีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ ปัญหาการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น โดยผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่มีอาการทางลบ มักจะแสดงความเฉื่อยชา ซึมลง และ แยกตัวอยู่ตามลำพัง โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทุลภา นุปผาสังข์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะใช้เวลานั่งอยู่เฉยๆ การทำกิจกรรมจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เปิดวิทยุและพูดคุยดังส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน ทำให้เพื่อนบ้านรู้สึกรำคาญจากการถูกรบกวน อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทียม และคณะ (2550) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักใช้เวลาไปกับการนอนมากที่สุด ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือ หลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง สำหรับในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีอาการทางบวก อาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็นับว่าเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว และ ประสาทหลอน ซึ่งอาจมีอาการหวาดระแวงและการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง จนทำให้ไม่มีเพื่อนบ้าน หรือ แม้แต่สมาชิกในครอบครัว กล้าเข้าไปพูดคุยด้วย (จินดารัตน์ พิมพ์ดี, 2542)

4) บทพร่องในด้านการสื่อสาร (Communication) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดเด่นชัด โดยแสดงออกด้วยการพูดจาสับสน ไม่เป็นเรื่องราว หรือบางครั้งพูดจาไม่เป็นความจริง สอดคล้องกับการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมักพูดโต้ตอบพิมพ์อยู่เพียงคนเดียว

5) บทพร่องในด้านความรับผิดชอบ (Responsibility) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิดปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง และ ขาดแรงจูงใจในชีวิต จึงมักเกิดความพร่องด้านความรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ทั้งความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และ ผู้อื่น (Sadock and Sadock, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของภารดี การเร็ว (2541) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะขาดความใส่ใจในเรื่องการรับประทานยา แอบทิ้งยา ซ่อนยา หรือลืมนำรับประทานยา จนส่งผลให้ต้องกลับไปปรับการรักษาซ้ำ

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความพร่องในการทำหน้าที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เพื่อลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Alan et al., 2007) และป้องกันการป่วยซ้ำ (Gispens-de Wied, 2000) ซึ่งในการแก้ไขปัญหาคือความพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดปัญหาดังกล่าว โดย ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ พบว่า ความเครียด (Stress) คือ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาการทำหน้าที่ (Vrdoljak, Ivezic and Jukic, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น หลีกหนี ถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตัว (Vasile et al., 2008) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และ อาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนไปรบกวนต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gispens-de Wied (2000) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดอย่างรุนแรงจะทำให้ยังมีอาการกำเริบถี่มากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง และ การทำบทบาทสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีสิ่งเร้า (stressors) หลายประการซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันจนนำไปสู่การเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Vrdoljak et al., 2008) ทั้งสิ่งเร้าแบบเรื้อรังและแบบเฉียบพลัน อาทิ สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งผลข้างเคียงของยาทางจิต หรือ การถูกบังคับให้รับประทานยา ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา จนเกิดความเครียดตามมา (จรรย์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) นอกจากนี้พบว่าอาการทางจิตก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย

จิตเภทมีความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระต่อตนเอง และผู้อื่น (Wiedl et al., 1991) ส่วนการรับรู้ตราบาปก็พบว่าเป็นแรงกดดันสำคัญซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียดและทุกข์ใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกสังคมมองในทางลบจนรู้สึกด้อยค่า และรู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติ (Cook et al., 2007; Rusch et al., 2009) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี ยังเป็นสิ่งที่กระตุ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเครียดมากยิ่งขึ้น จากการที่ขาดเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Betensky et al., 2008) และประการสุดท้ายพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องการเงินของตนเอง ได้ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด (Nuechterlein, 1994)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียด และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Vrdoljak et al., 2008) ดังจะเห็นได้จากมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา ก้าวร้าว ไม่สนใจสังคม ทำร้ายตนเอง และการแยกตัวจากสังคม (Vasile et al., 2008) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลง จนถึงระดับที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vrdoljak et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำหน้าที่ได้ดีขึ้นเมื่อสามารถนำทักษะการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพมาใช้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีมีการนำการจัดการกระทำในลักษณะนี้มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนเกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ และป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การบำบัดด้วยยาทางจิต แต่ยังคงขาดการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเผชิญปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเกิดความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ (Functioning) (Ran et al., 2010) ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และ ด้านความรับผิดชอบ (Rosen, HadziPavlovic, and Parker, 1989) โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยมีความเครียดและไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Norman et al., 2002; Vrdoljak et al., 2008)

ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยการนำแนวคิดการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ของ Norman et al. (2002) ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 3 ประการคือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ดี 3) การปรับด้านการรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม มาพัฒนาเป็น โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับจากของเดิมซึ่งประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่มจำนวน 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเผชิญความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย การนอนหลับ และการออกกำลังกาย 5) การบริโภคและความเครียด 6) การจัดการการเงิน 7) การจัดการด้านเวลา 8) การแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ และ 12) ทบทวนกิจกรรมที่ดำเนินผ่านมา และการวางแผนติดตาม มาเป็นการบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 7 กิจกรรม เนื่องจากได้รวมกิจกรรมซึ่งมี

ลักษณะที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 กับ 5 กิจกรรมที่ 6 กับ 7 กิจกรรมที่ 8 กับ 9 และ กิจกรรมที่ 10 กับ 11 ส่วนกิจกรรมที่ 12 จะแทรกไว้ใน การดำเนินการของทุกกิจกรรม ทั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและความเป็นไปได้ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย

โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้หลักในการบำบัดทั้ง 3 ประการข้างต้น มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม อีกทั้งเนื้อหาส่วนใหญ่ในแต่ละกิจกรรมเน้น ที่การส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดจากสาเหตุสำคัญๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้แก่ การใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการเรื่องการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ การรับรู้ตราบาป ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมแก่ผู้ป่วย ทำให้สมาชิกกลุ่มได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ถือเป็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Maram, 1978) ใช้เวลาดำเนินการ 7 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น จนส่งผลต่อการเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย เนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเกิดความตึงเครียดได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งชี้แจงจุดประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้านที่มอบหมาย และการฝึกปฏิบัติ ฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งวิธีการผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์และด้านจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสบอยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทุษร้าย เป็นการสร้างความตระหนักเรื่องการรับประทุษร้ายนั้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค

สาเหตุ อาการ และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด คือ การขาดความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกต และฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา โดยให้เขียนลงในใบงาน แล้วอ่านรายงานให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง ฝึกการรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช การจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยา การปฏิบัติตามแผนการได้รับยา ฝึกการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาลดลง และมีการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น (จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548)

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต เป็นการฝึกทักษะ เรื่องการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดอันเนื่องจากการดูแลตนเอง และส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Norman et al., 2002) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (Cooke et al., 2007) ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยใช้การแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดลดลง และ ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย โดยการให้ข้อมูลและให้ความรู้ใน 4 เรื่อง คือ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความทนทานต่อผลของความเครียดมากขึ้น ทำให้มีพลังงานที่จะเผชิญกับสิ่งที่เป็นอยู่ เพราะเมื่อเครียดจะใช้พลังงานมากขึ้น 2) การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย มีประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจ 3) การพักผ่อน การนอนหลับ และ 4) สุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการเตรียมตัวรับมือกับความเครียดที่

เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2541) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000)

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา โดยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินด้วยการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน และกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เช่น การซื้อของชนิดเดียวกันแต่ถูกกว่า สำหรับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลานั้น ดำเนินการโดยระบุความท้าทายของการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล และกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่จะดำเนินการในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม จัดทำตารางเวลา และการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะทั้งสองเรื่องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความยุ่งยากในการบริหารการเงินและเวลา ทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการรับผิดชอบดีขึ้น (Lieberman, 2001)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ เนื่องจากการสื่อสารจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเครียดอย่างได้ผล เพราะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Chien et al., 2003)

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยบอกถึงการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกของการรับรู้ตราบาป และการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น โดยผู้วิจัยช่วยเสริมถึงการจัดการกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยการเล่าเรื่องอุปมาอุปไมย แล้วให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เล่าให้ฟังว่าได้ข้อคิดอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม และภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจแก่ผู้พบเห็น เช่น การดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดสุุด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งสามารถป้องกันการถูกตีตรา และช่วยลดทัศนคติทางลบได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับทางสังคม และมีการรับรู้ตราบาปลดลง สามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Rusch et al., 2009)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Norman et al. (2002) โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จนมีการรับรู้ความเครียดลดลง และส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design) ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด
 - ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความในการวิจัย

การทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ที่มีการกระทำการกิจกรรมหรือการจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ดังนี้

1. ด้านการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองด้านต่างๆ ได้แก่ การแต่งกาย เช่น การสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดเรียบร้อย หวีผม มีการรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายมีการอาบน้ำชำระร่างกาย เพื่อไม่ให้มีกลิ่นที่น่ารังเกียจทั้งกลิ่นเสื้อผ้า ลมหายใจ หรือกลิ่นตัว เป็นต้น การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ สามารถจัดเตรียมอาหารสำหรับตนเองได้ มีความสามารถในการทำงาน เช่น งานบ้านหรืองานทั่วไป

สามารถจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น ไม่บ้วนน้ำลายเลอะเทอะ ไม่ใช่ห้องน้ำแล้วทำสกปรก ไม่รับประทานอาหารมูมมาม เป็นต้น

2. ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น ไม่แสดงความโกรธหรือแสดงคำพูดที่หยาบคาย มีความขังคิด ไม่หวั่นไหวต่อการพุดจาถูกจากผู้อื่น มีความรับผิดชอบ อยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัวได้ ไม่ไปวุ่นวายก้าวกายผู้อื่น ไม่ทำลายข้าวของ ไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และ ไม่ใช้สารเสพติด เป็นต้น

3. ด้านการติดต่อทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงความอบอุ่นอ่อนโยนต่อผู้อื่น ไม่แยกตัวออกจากสังคม ไม่เฉื่อยชา เฉยเมยหรือนั่งอยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไรเลย ให้ความสนใจกับกิจกรรมต่างๆ เช่น งานอดิเรก กีฬา มีการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม เช่น วัด กลุ่มกิจกรรมที่น่าสนใจ นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัด มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เป็นต้น

4. ด้านการสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้คำพูดและกริยาที่เหมาะสมในขณะที่สนทนากับผู้อื่น เช่น มีการสบตาขณะพูดคุย ไม่มีความยากลำบากในการเริ่มต้นการสนทนากับผู้อื่น ไม่เข้าไปก้าวกายหรือทำให้เกิดความวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา มีท่าทางปกติ แสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อม ไม่พูดถึงสิ่งแปลกๆ หรือมีความคิดแปลกๆ เป็นต้น

5. ด้านความรับผิดชอบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งด้วยความเต็มใจโดยไม่ต้องเตือน ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ไม่ทำทรัพย์สินส่วนตัวสูญหายและไม่หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน เป็นต้น

ซึ่งประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน โดยใช้แบบประเมินทักษะชีวิต (The Life Skills Profile) ของ Rosen et al. (1989) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อรรวรรณ วรรณชาติ (2550)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ มีอายุ 20–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเป็นผู้ป่วยซึ่งมีการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ที่มีอาการคงที่ (พิจารณาจากการไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายใน

ระยะเวลา 3 เดือน และได้รับการประเมินด้วย BPRS พบว่ามีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน) และมารับบริการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีอย่างต่อเนื่อง

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชน เคราะห์โรงพยาบาลราชบุรีร่วมกับพยาบาลวิชาชีพของแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลราชบุรี จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในชุมชน ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเป็นรายกลุ่ม โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์จากการศึกษาของ Norman et al. (2002) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลักในการบำบัด 3 ประการคือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกหายใจ 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ดี และ 3) การปรับด้านการรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับสาเหตุสำคัญๆ ซึ่งทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การใช้ยา อาการทางจิต トラาปา การมีปฏิสัมพันธ์ และการจัดการเรื่องการเงิน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ใช้เวลาดำเนินการ ครั้งละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมหลักดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย หมายถึง การดำเนินการของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้โดยทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งชี้แจงจุดประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้าน และการฝึกปฏิบัติ ฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ เพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียดให้น้อยลง ทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และแจ่มใสขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการสร้างความตระหนักเรื่องการรับประทานยานั้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค สาเหตุ อาการ และความสำคัญของการรักษาด้วยยา การฝึกรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทาง

จิตเวช การจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยา แผนการได้รับยา การจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกทักษะ เรื่องการสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต รวมทั้ง สร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย ในการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นการเตรียมตัวรับกับความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถปรับตัวรับกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ข้อมูลและให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับ และสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความทนทานต่อผลของความเครียดมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน โดยให้ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน และกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เช่น การซื้อของชนิดเดียวกัน แต่ถูกกว่า การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลา ระบุความท้าทายของการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล กำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม และมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ และฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ เนื่องจากการสื่อสารจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเครียดอย่างได้ผล เพราะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และความ

ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยบอกถึงการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกของการรับรู้ตราบาป และการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น โดยผู้วิจัยช่วยเสริมถึงการจัดการกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยการเล่าเรื่องอุปมาอุปไมย แล้วให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เล่าให้ฟังว่าได้ข้อคิดอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม และภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจแก่ผู้พบเห็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับทางสังคม และมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อทางสังคมดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา
2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากตำราเอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4 การดำเนินของโรค
 - 1.5 การพยากรณ์โรค
 - 1.6 การรักษา
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
 - 2.1.1 ความหมาย
 - 2.1.2 หลักการ และแนวคิด
 - 2.2 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.3 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด
 - 4.1 ความหมายของเครียด
 - 4.2 แนวทางการวางแผนจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ
 - 4.3 การเผชิญความเครียดและความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. โปรแกรมการจัดการกับความเครียด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งใช้การจำแนกโรคโดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพเรืองตระกูล, 2546)

มานโซ หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น อาการช่วงกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ สาเหตุ ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 กรรมพันธุ์การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมญาติ ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 10-16

คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และมีการศึกษาเพื่อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเกิดโรคร้อยละยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรครนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.2 ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรครนี้มากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ (พิเชษฐ์อุดมรัตน์ และสรยุทธวาทิกานนท์, 2552)

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับการโรคร การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรครจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรครจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และความเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรครจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.4 ความกดดันในชีวิตความกดดันในชีวิตเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรครจิตเภทหรือทำให้อาการของโรครกำเริบ (สมภพเรืองตระกูล, 2546)

1.2.5 มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรครจิตเภท อาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พุคน้อย ไม่ไว้ใจคน ช่วงระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่าย เวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา (Sadock and Sadock, 2000)

1.2.6 สังคมและวัฒนธรรม มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคม และศีลธรรม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรครที่นับเฉพาะบางวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย (Angell and Test, 2002)

1.3 การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยว่าบุคคลใด ป่วยเป็นโรคอะไร ทางจิตเวชนั้น เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก บางครั้งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ สำหรับโรคจิตเภทแล้ว เกณฑ์การวินิจฉัยโรคได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และครอบคลุมอาการต่างๆ ของโรคนี้ได้ทั้งหมด (มานิชย์หล่อตระกูลและปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2552) มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 โรคจิตจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร อาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณี delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า และแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีข้อบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

1.3.2 โรคอารมณ์แปรปรวน ในภาวะเมเนียหรือซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตซึ่งแยกจากโรคจิตเภท สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือไม่ การเปลี่ยนแปลงที่เป็น neurovegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้างนอกจากนี้ ประวัติของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

1.3.3 Delusional disorder ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว ไม่มีอาการหูแว่วเป็นเรื่องราวชัดเจน และโดยทั่วๆ ไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

1.3.4 Personality disorder บางชนิด โดยเฉพาะใน cluster A จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม คล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบ

1.4 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้วแต่ไม่เกินอายุ 40 ปีแรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Torrey, 2006) คือ

1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ

การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยกลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ อาจออก ระวังนิด ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ย นานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะ ไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแล ระวัง ๆ

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การ วินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงลืม (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้า ร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

1.5 การพยากรณ์โรค

โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือมีตั้งแต่การฟื้นตัว กลับมาอย่างสมบูรณ์ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรคและภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถ รักษาให้ดีขึ้นได้ (ชวัชชัย ลิพพานาจ, 2552) ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการ รักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2552)

1.6 การรักษา

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชย์, 2548) ดังต่อไปนี้

1.6.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบเป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมี อาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุม อาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่าง ต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรม การเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัด บริเวณหรือพิจารณาใช้ยาควบคุมอาการร่วมด้วย

1.6.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด

2) การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกลักษณะเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้อายุยืนยาวได้ระยะยาวความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นศูนย์กลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน

1.6.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อถึงผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคมการพูด ยาวๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน และทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อถึงผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547) โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

1) การพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิม ชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ก็อาจมีปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนาน ๆ กิจกรรมที่จัดให้ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของ

กล่าวมื่อ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลจะต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2) การให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วยพยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงผู้ป่วยได้ยิน

3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ อาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะด้านสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2.1.1 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2552) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นการนำองค์ความรู้ในทฤษฎีพัฒนาการทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลและบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้หลุดจากภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องตามสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุด

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหมายถึงการพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎีทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

2.1.2 หลักการ และแนวคิด

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) พยาบาลต้องมีความผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ภายใต้อาการ แวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเองเพื่อการดำรงสติมีสมาธิเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ใต้อารมณ์ ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการพยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

- 1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ ส่งเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ
- 3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

6.1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

6.2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

6.3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและในชุมชน

6.4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

6.5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนหลัง ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6.6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาล

จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด ใช้กระบวนการจัดการความเครียดอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพที่ดี

2.2 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และคณะ, 2552) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตริวาทิ, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีธีรัถย์, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2545) ซึ่งปัญหาที่พบประกอบด้วย

2.1.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

1) ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ เอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมข่มหัวเราะคนเดียว พูดบ่นคนเดียว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนและออกเดินตลอด (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547)

2) ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาไม่ยอมสนใจ ไม่ช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

3) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดซึ่งการสูบบุหรี่จะให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan & Sadock, 1998) และจากการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 45.1

2.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาต่อหรือปรับลดขนาดยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา เจริญชัย, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

2.1.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคจิต (สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

2.1.4 ปัญหาการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ Dickerson et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น และเมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิ เกียจคร้าน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

2.1.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ที่บ้านมักไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ (วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2549; สติติ วงศ์สุรประภิต, 2542)

2.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (Principles of Community-Based Mental Health Care)

WHO (2001) กล่าวว่า การดูแลในชุมชน จะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาลตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรซึ่งอาจมีชุกช่อนอยู่ในชุมชนและยังไม่ได้มีบทบาทอย่างชัดเจนเพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้น ได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็น

พันธมิตร (alliances) ด้านการดูแลทางสุขภาพซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยไม่ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะครอบครัวเหล่านี้มักจะได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านจิตใจและเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยตามมา ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนมาร่วมเป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ ถือเป็นวิธีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวและสังคม วิธีการนี้มีการใช้อย่างแพร่หลายในบางประเทศในแถบยุโรป ในบางรัฐของประเทศอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา และ จีน นอกจากนี้บางประเทศในแถบละตินอเมริกา อาฟริกา เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ แปซิฟิกตะวันตก ได้มีการใช้นวัตกรรมแบบต่างๆ เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามแนวคิดนี้(WHO 1997b) นอกจากนี้การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆ ที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และ การผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิโดยมีรายละเอียดของแต่ละวิธี ดังนี้

2.3.1 การวินิจฉัย และ การบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention)

การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาแต่ละอย่างจะมีความเฉพาะกับการเจ็บป่วยในแต่ละโรค ดังนั้น การวินิจฉัยจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดรักษาซึ่งในปัจจุบันแนวทางการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตมีความเที่ยงสูงขึ้น โดยการวินิจฉัยอาจใช้นิยามตามที่กำหนดในแนวทางการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานสากล (เช่น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของ DSM-IV หรือ ICD10 เป็นต้น) หรือ การวินิจฉัยตามประเภทและระดับของการไร้ความสามารถที่แต่ละบุคคลเป็นอยู่ หรือ ใช้การวินิจฉัยทั้งสองอย่างร่วมกัน

การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรกเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยในการควบคุมอาการ และ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมา อีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วยดังตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรกๆ ต่อไปนี้

1) ในโรคจิตเภท พบว่าระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาอาการทางจิตจะมีความสำคัญมาก เนื่องจากการรักษาที่ล่าช้าจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ไม่ดี (McGorry, 2000; Thara et al., 1994)

2) การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และมีอาการข้างเคียงจากการใช้แอลกอฮอล์ลดลง ด้วย(Wilk et al., 1997)

การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุสมผล ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิต และการบำบัดทางจิตสังคม

2.3.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางฝ่ายกายถึงแม้ว่าในบางครั้งจะมีการผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นบางครั้งในช่วงที่มีอาการกำเริบ ดังนั้น การดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตจึงควรใช้หลักการดูแลแบบโรคเรื้อรัง มากกว่าการดูแลแบบโรคเฉียบพลันหรือโรคติดเชื้อ จึงต้องคำนึงการเข้าถึงบริการ การมีบุคลากรที่พอกับความต้องการ และ ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวนอกจากนี้ เนื่องจากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้น การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญรูปแบบการดูแลในปัจจุบันจึงควรมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้วิธีการที่มีการนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่

1) การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยแบบเดียวกันหรือมีปัญหาคล้ายกัน

2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว

3) ให้ทีมบำบัดทีมเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวรายเดิมอย่างต่อเนื่อง

4) ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

5) กระจายการบริการสู่ชุมชน (decentralization of services)

6) ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

2.3.3 การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services)

เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่

กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ในผู้ที่มีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีพและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดั้งเดิม ส่วนผู้ที่มีการฟื้นตัวเพียงบางส่วนก็มีความต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้กลับสู่สังคมเปิดได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนผู้ป่วยบางราย (โดยเฉพาะผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนา) ซึ่งมีการดูแลตนเองได้น้อย ก็ควรได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation programmes) เช่นกัน ซึ่งบริการดังกล่าวเหล่านี้ควรครอบคลุม การบำบัดรักษาด้วยยาการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ การจัดการเรื่องที่พัก การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย และ การสนับสนุนทางเศรษฐกิจสังคมในลักษณะต่างๆ ทั้งนี้บุคลากรวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ อาทิ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และ อาสาสมัคร ควรเป็นทีมการดูแลที่ร่วมมือกันในการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งควรเป็นทีมงานที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary teams) ในลักษณะนี้ถือว่ามีความจำเป็นมากในการบริหารจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่สลับซับซ้อน และ แตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

2.3.4 การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในโปรแกรมการดูแลด้านสุขภาพจิต และมองว่าครอบครัวคือสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยบทบาทใหม่ของครอบครัวในปัจจุบันจะขยายจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (day-to-day care) ไปเป็นผู้ดูแลปกป้องและพิทักษ์ประโยชน์ (advocacy) ให้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวของตน ทั้งนี้การปกป้องและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จะมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและ จิตเวชในบางประเทศอีกทั้งส่งผลให้เกิดการปรับปรุงการให้บริการ และการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน ในบางประเทศ โดยพบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการในความผิดปกติต่างๆ อาทิ จิตเภท ภาวะปัญญาอ่อน ความซึมเศร้า การติดสารเสพติด และ ความผิดปกติด้านพฤติกรรมในเด็กนอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลอย่างไรก็ตามผลการศึกษาจากหลายประเทศแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่าง การแสดงอารมณ์ “expressed emotion” ของญาติ กับอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางอารมณ์

ในครอบครัวน่าจะนำไปสู่การมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลงได้ (Lefl & Gamble, 1995; Dixon et al., 2000)

แม้ว่าการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำลงได้ แต่ต้องเป็นวิธีการดำเนินการที่ทำความเข้าใจกับการให้การรักษอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่วิธีการที่ใช้ทดแทนการบำบัดรักษาด้วยยา โดยพบว่าการบำบัดเสริมด้วยครอบครัวบำบัดที่นอกเหนือจากการบำบัดด้วยยาทางจิต ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาอย่างเดียว โดยเฉพาะต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรคจิตเภท การศึกษาแบบ Meta-analysis โดย the Cochrane Collaboration พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงประมาณครึ่งหนึ่งในทุกหนึ่งและทุกสองปี (Pharaoh et al., 2000) แต่ผลดังกล่าวอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปในประเทศที่กำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบว่าครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษาของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยหมอแผนโบราณ/หมอพื้นบ้าน หรือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันอีกทั้งเครือข่ายครอบครัวไม่ว่าจะเป็นในระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติจะเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต

2.3.5 การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน ดังนั้น สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างกลมกลืนมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ด้วยการใช้วิธีต่างๆ เช่น เผยแพร่และให้ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาโดยอาจให้ข้อมูลผ่านทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือ การขอความร่วมมือกับหมอพื้นบ้านการที่ชุมชนได้เข้าใจสภาพปัญหาและข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเหล่านี้ ย่อมทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตจากในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลในชุมชนช่วยให้ตราบาปและการรังเกียจผู้ป่วยทางจิตของคนในชุมชนมีลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หมอพื้นบ้าน (traditional healers) เป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในประเทศแถบแอฟริกา และ เอเชีย พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการกับหมอพื้นบ้านเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความทุกข์จากปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต (Saeed et al., 2000) ดังนั้น การทำงานร่วมกับทรัพยากรบุคคลในชุมชนกลุ่มนี้จึงถือว่าเป็นนวัตกรรมของการบริการด้านสุขภาพจิตที่ทำท้าววิธีหนึ่ง โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมแก่หมอพื้นบ้าน และสนับสนุนให้บุคคลเหล่านี้ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ที่ส่งต่อผู้มีปัญหาเพื่อไปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและ พยายามหาวิธีที่ยั่งยืนการปฏิบัติที่ไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วย เช่น การลงโทษ (อาทิ ฆ่ียนตีเพื่อขับไล่ผีหรือสิ่งชั่วร้ายที่สิงอยู่ในตัวผู้ป่วย) หรือ การปล่อยให้ผู้ป่วยวิโหว่อกออยากด้วยเหตุนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต เช่น พยาบาลจิตเวช จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับทักษะต่างๆ ที่หมอพื้นบ้านใช้สำหรับการช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านจิตใจ ทั้งนี้เพื่อหาวิธีการปรับเปลี่ยนให้เข้าไปในทิศทางที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วย

องค์กรภาคเอกชน (Nongovernmental organizations) นับว่าเป็นทรัพยากรในชุมชนที่สำคัญอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางจิต มาตั้งแต่ในอดีต ดังจะเห็นได้จาก ในปี ค.ศ. 1906 Clifford Beers ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวช และเป็นคนแรกที่ก่อตั้งองค์กรเอกชนซึ่งประสบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต จึงถือว่าเป็นบุคคลผู้เบิกทางในการก่อตั้งสมาคมสุขภาพจิต โลก (the World Federation for Mental Health)

แม้ว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาชุมชนอาจจะไม่ได้แสดงความรังเกียจต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจน แต่ความเชื่อในเวทมนต์คาถาสังคคีสิทธิ์เหนือธรรมชาติ โชคชะตา ความปรารถนา/ความประสงค์ของพระเจ้า ฯลฯ เป็นต้น อาจรบกวนต่อการแสวงหาการช่วยเหลือและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนั้น ในการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพจิต จึงควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ด้วย

2.3.6 การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) หลักการสำคัญอีกประการในการจัดโครงสร้างการดูแลด้านสุขภาพจิตคือการผสมผสานบริการดูแลด้านนี้เข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้บทบาทหลักของบริการในระดับปฐมภูมิที่มีต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมของประเทศใดๆ จะเป็นไปตามแนวทางที่ถูกระบุไว้ในสนธิสัญญา อัลมาอะด้า (the Alma-Ata Declaration) โดยการดูแลในระดับพื้นฐานนี้จะทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้มีปัญหาทางจิตที่ต้องการการดูแลเฉพาะออกจากประชาชนทั่วไป

เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แต่ความผิดปกติดังกล่าวอาจยังไม่

สามารถตรวจพบได้ในระดับนี้ (Üstün & Sartorius, 1995) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติเหล่านี้ ดังนั้น การฝึกอบรมให้บุคลากรในระดับนี้มีความรู้ความสามารถในการค้นหาและให้การบำบัดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่พบบ่อยๆ จึงเป็นมาตรการที่สำคัญ โดยการอบรมนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการติดต่อประสานงานกับทีมบริการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านนี้ ทั้งนี้ความเชี่ยวชาญ ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตนี้ จะมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความมากน้อยของบริการที่ให้แก่ผู้ใช้บริการในระดับนี้ หรืออีกนัยหนึ่งคือต้องให้เกิดความสมดุลระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน โดยผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรได้รับการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแพทย์ที่รับผิดชอบการดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งการให้บริการโดยหน่วยบริการในระดับปฐมภูมินี้ นับว่ามีความจำเป็นมากสำหรับประเทศที่ยังไม่มีการให้บริการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งนี้พบว่าบุคลากรในระดับปฐมภูมิของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลลง

2.3.7 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรม สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับ การป้องกันในสามระดับ คือ การป้องกันระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Leavell & Clark, 1965)

1) การป้องกัน (Prevention) ซึ่ง เทียบเคียงได้กับการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ประกอบด้วยมาตรการซึ่งเหมาะสมที่มีความเฉพาะกับเชื้อโรคหรือกลุ่มของเชื้อโรค (หรือสาเหตุของความผิดปกติทางจิต นั่นเอง) เพื่อที่จะสกัดกั้นเชื้อโรคหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้น ก่อนที่จะเข้าไปรุกรานบุคคล หรือ เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพนั่นเอง

2) การบำบัดรักษา (Treatment) หรือ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึงมาตรการที่จะจัดการกับเชื้อโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะผิดปกติที่อาจเกิดหลังจากการเป็นโรค (sequelae) รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และ การเสียชีวิต

3) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือ การดูแลในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้แกผู้ป่วยซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจหรือผู้ที่ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือ เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึงต้องเป็นการจัดกระทำกับทั้งสองระดับ คือ ระดับบุคคล และการจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

3. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำว่า หน้าที่ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง กิจที่จะต้องทำด้วยความรับผิดชอบ

Thara et al. (1988 อ้างถึงใน Saraswat et al., 2006) ได้อธิบายไว้ว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2) ความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Rosen et al. (1989) กล่าวว่า การทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการกระทำกิจกรรมหรือการจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตของตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองด้านต่างๆ ได้แก่ การแต่งกายเช่นการสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดเรียบร้อย หวีผม มีการรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายมีการอาบน้ำชำระร่างกายเพื่อไม่ให้มีกลิ่นที่น่ารังเกียจทั้งกลิ่นเสื้อผ้าลมหายใจหรือกลิ่นตัว เป็นต้น การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอสามารถจัดเตรียมอาหารสำหรับตนเองได้มีความสามารถในการทำงานเช่นงานบ้านหรืองานทั่วไปสามารถจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคมเช่นไม่บ้วนน้ำลายเลอะเทอะไม่ใช่ห้องน้ำแล้วทำสกปรกไม่รับประทานอาหารมูมามามเป็นต้น

2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมหมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมเช่น ไม่แสดงความโกรธหรือแสดงคำพูดที่หยาบคาย มีความขังคืด ไม่ห้วนโหวก่อนการพูดจาถูกจากผู้อื่น มีความรับผิดชอบ อยู่ร่วมกับสมาชิก

อื่นในครอบครัวได้ ไม่ไปวุ่นวายก้าวก่ายผู้อื่น ไม่ทำลายข้าวของ ไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และ ไม่ใช้สารเสพติด เป็นต้น

3) ด้านการติดต่อทางสังคมหมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงความอบอุ่นอ่อนโยนต่อผู้อื่น ไม่แยกตัวออกจากสังคมไม่เฉื่อยชาเฉยเมยหรือนั่งอยู่เฉยๆโดยไม่ทำอะไรเลยให้ความสนใจกับกิจกรรมต่างๆเช่นงานอดิเรกกีฬามีการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคมเช่นวัดกลุ่มกิจกรรมที่น่าสนใจ นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัดมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเป็นต้น

4) ด้านการสื่อสารหมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้คำพูดและกริยาที่เหมาะสม ในขณะที่สนทนากับผู้อื่น เช่น มีการสบตาขณะพูดคุย ไม่มีความยากลำบากในการเริ่มต้นการสนทนากับผู้อื่นไม่เข้าไปก้าวก่ายหรือทำให้เกิดความวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา มีท่าทางปกติ แสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อมไม่พูดถึงสิ่งแปลกๆหรือมีความคิดแปลกๆเป็นต้น

5) ด้านความรับผิดชอบหมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งด้วยความเต็มใจโดยไม่ต้องเตือนให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพไม่ทำทรัพย์สินส่วนตัวสูญหายและไม่หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน เป็นต้น

Ware and Gandek for the IQOLA Project Group (1998) อธิบายความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้ควรเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ไม่ใช่เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ไม่มีเงินหรือไม่มียานพาหนะ โดยรวมแล้วคุณภาพของกิจกรรมเหล่านี้ พิจารณาจากการพึ่งตนเองได้ตามความเหมาะสม ประสิทธิภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นที่ต้องบอกถึงความสามารถของบุคคลในด้านความคิดริเริ่ม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว โดยไม่ต้องมีการกำกับหรือให้คำอธิบาย การประเมินควรประเมินภาพรวมของระดับความสามารถที่จำกัดของผู้ป่วยนั้น ไม่ใช่แค่จำนวนกิจกรรมที่ถูกจำกัด

2) การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตปกติและในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ คำนึงถึงคนอื่น ตระหนักถึงความรู้สึกของคนอื่น และวุฒิภาวะทางสังคม

หน้าที่ทางสังคมในที่ทำงาน อาจรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ เช่น หัวหน้าหรือการเป็นส่วนหนึ่งของทีม การสูญเสียความสามารถทางสังคม อาจแสดงจาก ประวัติการทะเลาะวิวาท ไล่คนอื่นออกนอกบ้าน การกลัวคนแปลกหน้า หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้ตัวอย่างแสดงความสูญเสียหน้าที่ทางสังคมเป็นเรื่องที่มีประโยชน์อย่างมาก การประเมินควรประเมินทั้งจำนวนของหน้าที่ทางสังคมที่เสียไปและภาพรวมทั้งหมดที่เสียไปด้วย

3) การทำหน้าที่ให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีสมาธิที่ดีร่วมกับ ความพากเพียรพยายาม และความสามารถในการทำงานอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งจำเป็นในการจะทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความบกพร่องของสมาธิ ควรพยายามและการมีขั้นตอนในการทำงานนี้ สังเกตได้จากความพยายามทำงานในอดีตหรือในสถานการณ์ที่คล้ายการทำงาน

4) ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ในการเผชิญในแต่ละสถานการณ์ บุคคลอาจแยกตัวจากสถานการณ์หรือแสดงอาการของโรคทางจิตเวช นั่นคือ เขาไม่สามารถปรับตัว และมีความลำบากในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน คงความสัมพันธ์ทางสังคม และทำงานให้สำเร็จ ความเครียดที่พบบ่อยในที่ทำงาน รวมถึงการพิจารณา การตัดสินใจ การทำหน้าที่ให้สำเร็จตามตารางเวลา และปฏิสัมพันธ์กับเจ้านาย และผู้ร่วมงาน ผู้ประเมินควรมีการบอกถึงตัวอย่างของสถานการณ์ของความเครียดที่ผู้ป่วยประสบ และผลกระทบจากการสูญเสียความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้น ๆ

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อาการเจ็บป่วย และเพศ มีรายละเอียดดังนี้

อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชน (Community Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทผลการศึกษาพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยาพ่อแม่ ผู้ปกครองและ การทำงาน โดยมีเพียง น้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถทำงานได้สม่ำเสมอ ที่เหลือส่วนใหญ่จะไม่สามารถอยู่ที่ทำงานได้เต็มวัน

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เพียงเล็กน้อยที่แต่งงานและการแต่งงานมักจบลงด้วยการหย่าร้าง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความยากลำบากในการสนทนาการแสดงความต้องการและความรู้สึกของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al., (2004) ซึ่งทำการศึกษาคณะลักษณะส่วนบุคคล และอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นปัจจัยทำนายการทำบทยาทหน้าทีทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลา อาการด้านลบยังคงมีผลต่อสถานการณ์ในชีวิตระดับสูง และเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมนอกจากนี้ยังพบอีกว่าระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานก็มีผลต่อการทำหน้าที่ที่แย่งลงเช่นกัน (Ran et al., 2010)

มีการศึกษาพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเช่น Ran et al. (2010) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในเขตชนบทของประเทศจีน มีการทำหน้าที่ต่ำลง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ด้านการทำงานที่ต่ำกว่าเพศหญิง และมีความบกพร่องทางด้านบทยาทหน้าทีทางสังคมมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Usall et al. (2002) ซึ่งทำการศึกษาอิทธิพลของเพศต่อผลลัพธ์การทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศหญิงจะแสดงบทยาทหน้าที ทักษะทางสังคมได้ดีกว่าเพศชาย

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้มีอาการเจ็บป่วยทางจิตจะถูกลดบทยาทหน้าที และความสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าบุคคลทั่วไป อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อการทำบทยาทหน้าทีทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการสำรวจทหารผ่านศึกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบจากการถูกปฏิเสธให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือข่าย การไม่ได้การยอมรับเท่าที่ควร ทำให้เกิดการแยกตัว และอยู่ในสังคมอย่างหลบๆ ซ่อนๆ ส่งผลต่อการทำบทยาทหน้าทีตามมา (Segal and Holschuh as cited in Angell and Test, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Angell and Test (2002) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยละสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อการทำบทยาทหน้าทีทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นตัวทำนายความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งสิ่งแวดล้อมดังกล่าวได้แก่ สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่างๆ ที่ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน การถูกปฏิเสธจากเพื่อนบ้านนอกจากนี้ยังพบอีกว่าการทำบทยาทหน้าทีทางสังคมบกพร่องนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วยซึ่งการทำบทยาทหน้าทีทางสังคมจะยิ่ง

ต่ำลงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และจากการศึกษาของ Browne and Courtney (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัยอยู่อย่างอิสระกับครอบครัว จะมีการทำหน้าที่ และการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า การที่ต้องถูกจำกัดขอบเขตมากเกินไป

3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การมีเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และยังเป็นส่วนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยามเกิดปัญหา เป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่คืออย่างหนึ่ง และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะสมดุล (Clinton et al., 1998; วุฒิ ช้างมิ่ง และคณะ , 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Angell and Test (2002) พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท จากการถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือข่าย การไม่ได้การยอมรับเท่าที่ควร มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวจากสังคม อยู่อย่างหลบๆ ซ่อนๆ ซึ่งส่งผลต่อการทำบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา

4) การเผชิญกับความเครียด(Coping skills) ในผู้ป่วยจิตเภทความเครียดได้รับการอธิบายในแง่ของผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิต และการแสดงออกทางอารมณ์ในหลายๆการศึกษา พบว่าผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำถี่ขึ้นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นตัวทำนายว่ามีความไวต่อการกำเริบการลดความเครียดโดยการจัดการกระทำ, การฝึกทักษะทางสังคม, การให้ความรู้ได้รับการพิสูจน์ว่ามีผลดีในการจัดการกับโรคจิตเภท (Nuechterlein et al., 1992) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเข้ามาในชีวิตเช่น การหย่าร้าง การสูญเสียบิดา มารดา หรือบุคคลอันเป็นที่รัก จากการพลัดพรากปัญหาการแต่งงานการตั้งครรถ์เข้ามาพร้อมกับปัญหาโรคเรื้อรังทั้งร่างกายและด้านจิตใจเบื้อหน้ายการรักษ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเมื่อตนเองต้องเผชิญกับปัญหา จะมีวิธีการเลือกเผชิญปัญหานั้นอย่างไร รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Barry,2002)

5) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันทางสังคม เนื่องจากทำให้บุคคลรับรู้ความต้องการของ

ตนเอง ความต้องการของผู้อื่น หากการสื่อสารไม่เหมาะสม ย่อมนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกในทางบวกกับตนเอง พร้อมทั้งจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางด้านสังคมดีขึ้นด้วย (Chien et al., 2003)

6) การรับรู้ตราบาป จากการศึกษาของ Rusch et al. (2009) พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการรับรู้ตราบาปมีผลทำให้การทำหน้าที่ทางด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทลดลง โดยการรับรู้ตราบาปเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการลดบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉายเนตรสุวรรณ (2545) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยอย่างมาก โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบคร้วไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ มีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ขาดทักษะทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ภาวะการเจ็บป่วยทางจิต อายุ เพศ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งแวดล้อม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการรับรู้ตราบาป เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

3.3 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การทำหน้าที่ส่งผลกระทบต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก อัตราการกลับเป็นซ้ำจะสูงขึ้นเมื่อขาดการทำหน้าที่อย่างจริงจังและการขาดการทำหน้าที่ที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคที่สำคัญ ดังนั้นการประเมินการทำหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญในการทำนายหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพราะความสามารถในการทำหน้าที่เป็นบทบาทที่สำคัญในชีวิตประจำวันและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการทำหน้าที่ต่ำพบว่าพยากรณ์โรคไม่ดี (Sung-Man Baet et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆ มากมายยกตัวอย่าง เช่น

1) The Schizophrenia Outcomes Functioning Interview (SOFI) สร้างโดย ๒leinman (2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถามทั้งหมด 122 ข้อ

ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที แบ่งออกเป็น 2 ชุด เป็นชุดสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย (SOFI-P) และชุดคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้ดูแล (SOFI-I) โดยเนื้อหาจะแบ่งเป็น 4 ประการคือ 1) สถานะการครองชีพ (เช่น ความคงทน โครงสร้างการจัดการ และความเป็นอิสระ) 2) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การจัดการด้านการเงินการเดินทางยาการรักษาในบ้าน/การดูแลเด็ก การดูแลตนเองการซื้อของอาหาร/การทำกับข้าวการวางแผน/กิจกรรมในเวลาว่าง) 3) ผลของการทำกิจกรรม (เช่น การทำงานการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากบุคคลอื่นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการรักษา การศึกษา การบ้าน/การดูแลเด็ก) 4) การทำหน้าที่ด้านสังคม (เช่น กิจกรรมทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม) มีค่าความตรงและความเที่ยงสูงเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

2) The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders (Munroe-Blum et al., 1996) เป็นดัชนีชี้วัดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าความเชื่อมั่นสูง ($r = 0.96$) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาใหม่ที่ใช้ประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่เกี่ยวข้องป่วยทางจิตอื่นๆ เพื่อใช้ในคลินิกและการวิจัยสามารถฝึกและง่ายต่อการใช้ประเมินได้ในมุมกว้างและครอบคลุมการทำหน้าที่ด้านสังคมประกอบด้วยการประเมินความบกพร่องในหน้าที่หลักและการทำหน้าที่ส่วนย่อยมีความสอดคล้องภายในที่ดี (0.80) มีค่าความเชื่อมั่นที่สูง ($r=0.96$) มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ตอนละ 9 ข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมลักษณะภายนอกที่มองเห็นการแสดงออกทางสังคมการใช้ชีวิตการทำหน้าที่ด้านการงานสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชนการใช้เวลาว่าง การดูแลสุขภาพและการสื่อสารตอนที่ 1 ใช้วัดระดับความบกพร่องทางหน้าที่ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ตอนที่ 2 จำนวนพื้นที่ที่บกพร่องในการทำหน้าที่ (คะแนน 0-3 คะแนน) ตอนที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการทำหน้าที่ (คะแนน 0-1 คะแนน) ใช้วัดได้ทั้งส่วนบุคคลและระดับกลุ่ม

3) The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswatt เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมและง่ายในการดำเนินการในคลินิกเป็นแบบวัดที่มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิต มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการคือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 6 ข้อ), ความเหมาะสมทางสังคม (คำถาม 4 ข้อ) และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่ง

แบ่งเป็น 5 ระดับ 1= ไม่บกพร่อง 2= บกพร่องเล็กน้อย 3= บกพร่องปานกลาง 4= บกพร่องมาก 5= บกพร่องมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และความตรงสูง ($r=0.70$)

4) The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำงานที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Rosen et al., 1989; Norman et al., 2002) ประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ซึ่งได้แบ่งการทำงานที่ออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านการติดต่อสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านความรับผิดชอบ ข้อลักษณะคำถามเป็นเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้ ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติ น้อย 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติ ปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติ มาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้าน ได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77 ตามลำดับ และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ เครื่องมือ The Life Skills Profile (LSP) ของ Rosen et al. (1989) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถวัดการทำงานที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และ มีการออกแบบที่เฉพาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเน้นการประเมินการทำงานที่ด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและการปรับตัวในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (ความสะอาด การรับประทานอาหาร การใช้ยา) การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (การมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย หรือพฤติกรรมก้าวร้าว) การติดต่อทางสังคม (กิจกรรมทางสังคม การมีเพื่อน) การสื่อสาร (ความสามารถในการสื่อสาร ความสอดคล้องของคำพูด) และ ความรับผิดชอบ (ความร่วมมือกับผู้อื่น และการปฏิบัติตามแผนการดูแลของบุคลากรสุขภาพ) อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นภายใน และค่าความตรงในการวัดที่สูง (Rosen et al., 1989) ทั้งนี้เครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ วรรณชาติ (2550)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) ได้อธิบายความเครียดในรูปแบบที่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถในการปรับตัว โดยรู้สึกรู้ว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลาย

โดยกระบวนการตัดสินใจว่าตนมีภาวะเครียดหรือไม่นั้น ต้องผ่านกระบวนการรู้คิดหรือการประเมินด้วยสติปัญญา โดยการที่จะเผชิญความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมเพื่อสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

4.2 แนวทางการวางแผนจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาตามแนวคิดการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ของ Norman et al. (2002) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 3 ประการคือ

1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ รวมถึงให้ความรู้ในเรื่องผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจนอกจากนี้ยังฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย เพื่อจะได้นำวิธีการผ่อนคลายที่แนะนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกายการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการบริโภคอาหารที่ดี หลีกเลี่ยงอาหาร และเครื่องดื่มที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

3) การปรับด้านการรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรมในเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่นการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากการรับประทานยาการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากอาการทางจิต การบริหารจัดการการเงินการบริหารเวลาการฝึกทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากการรับรู้ตราใบ

จากแนวทางการวางแผนจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการจัดการกับความเครียดได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นตามมา

4.3 การเผชิญความเครียดและความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.3.1 ความหมายการเผชิญความเครียดมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญเครียด หมายถึงความพยายามทางสติปัญญา (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการหรือแก้ไขปัญหา

หรือส่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานั้นถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นกลับคืนเป็นปกติได้

Miller (1993) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด คือการจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรม ที่พยายามระงับบรรเทาหรือขจัดภาวะหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น เพื่อให้ปัญหาเหล่านั้นคลี่คลายลงเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

4.3.2 กระบวนการเผชิญความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or stressor) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or stressor) เป็นสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคามทำให้เกิดความต้องการไม่เป็นดังที่คาดหวัง บุคคลจะพยายามใช้ความสามารถในการชนะสิ่งที่มาคุกคามเพื่อควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล สถานการณ์ หรือสิ่งเร้าแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1.1) สิ่งเร้าที่รุนแรง หมายถึง สถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย การได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

1.2) ผลของสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ เช่น การสูญเสีย การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เช่น การเปลี่ยนงาน การแต่งงาน หรือการหย่าร้าง เป็นต้น

1.3) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความกดดันของบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

2) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การประเมินสถานการณ์นี้เป็นการประเมินทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ โดยการประเมินสถานการณ์ นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองบ้าง และจะเผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยกลวิธีใด ซึ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

2.1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ บุคคลจะใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ในการประเมินนั้นว่าสิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายอยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 แบบ คือ

2.1.1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าตนเองไม่ได้รับผลจากเหตุการณ์นั้น หรือไม่สูญเสียจากเหตุการณ์นั้น

2.1.2) ได้รับประโยชน์ (Benign/positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าจะได้รับผลดีหรือประโยชน์จากสิ่งที่จะต้องเผชิญ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วจะไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

2.1.3) สถานการณ์นั้น ๆ เป็นความตึงเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือความสูญเสีย (Harm or loss) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นกับตนเองหรือเกิดผลในทางลบ เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หดความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสำคัญในคุณค่าของตนเอง 2) การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา และ 3) การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์อาจเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ มีลักษณะคล้ายกับการคุกคาม ต่างกันคือ การประเมินว่าการท้าทายนั้นจะมีจุดมุ่งหมายในทางที่ดี มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา ในขณะที่การคุกคามนั้น จะเน้นบนอันตรายที่เกิดขึ้น และมีท่าทีในทางกลัว โกรธ วิตกกังวล

2.2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เมื่ออยู่ในอันตรายไม่ว่าบุคคลจะประเมินว่าเป็นการคุกคามหรือท้าทาย บุคคลนั้นต้องกระทำบางสิ่ง เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นให้ผ่านพ้นไป และจะต้องประเมินว่าจะใช้กลวิธีใดได้บ้าง เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีที่สุด โดยบุคคลนั้นจะใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์มาประเมินทรัพยากรและทางเลือกของตนเองซึ่งเป็นการนำความสามารถ ความช่วยเหลือ รวมถึงเงินหรือทรัพย์สินที่มีอยู่มาพิจารณาว่าจะมีประโยชน์ต่อการเผชิญสถานการณ์นั้น ได้อย่างไร นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์นั้นมีผลต่อกลวิธี ในการเผชิญความเครียด คือ หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว บุคคลนั้นจะใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่าบุคคลที่ประเมินสถานการณ์นั้น สามารถแก้ไขได้และบุคคลที่ประเมินสถานการณ์ว่าสามารถแก้ไขได้ หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมแล้วจะสามารถแก้ไขได้ บุคคลนั้นจะเผชิญความเครียดด้วยวิธีมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามากกว่า

2.3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีหลงเหลืออยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งได้

ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่ และเขาควรเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ในที่สุด

3) ความสามารถในการเผชิญความเครียด หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำทาบบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

3.1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรงให้เข้าไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ เรารู้ที่จะเข้าใจปัญหาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา จะเป็นการมุ่งปรับแก้ทั้งความคิดและพฤติกรรมของตน หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาเผชิญกับสิ่งที่ปัญหาตามความจริง และกระทำโดยเลือกวิธีที่ดีที่สุด การเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเองและสิ่งเร้าที่มากระทบเพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง แต่จะใช้กับสถานการณ์ที่ประเมินแล้วว่าพอที่จะสามารถแก้ไขได้

3.2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง คือ มุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้ เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือลดความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อยๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิดและกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างรู้สำนึกสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้

ดังนั้นความสามารถในการเผชิญความเครียดนั้น เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายาม ทั้งความคิด และพฤติกรรม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีการผสมผสานทั้งแบบที่มุ่งจัดการแก้ปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบนี้ อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้น ๆ เผชิญอยู่ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่จะให้ผลดีที่สุด คือ การใช้กลวิธีทั้งสองแบบดังกล่าวให้ช่วยเสริมซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมการจัดการความเครียด

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียด (Stressmanagement Program) ของ Norman et al.(2002) ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 3 ประการ คือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ดี 3) การปรับด้านการรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม โดยเป็นลักษณะการบำบัดรายกลุ่มจำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 12 กิจกรรม คือ 1) การเผชิญความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกายการนอนหลับ และการออกกำลังกาย 5) การบริโภคและเครียด 6) การจัดการการเงิน 7) การจัดการด้านเวลา 8) การแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ 12) ทบทวนวางแผนติดตาม จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดขึ้น โดยประยุกต์ให้ตรงตามสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีและมีการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม จนทำให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยได้รวมกิจกรรมซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ได้แก่กิจกรรมที่ 4 กับ 5 กิจกรรมที่ 6 กับ 7 กิจกรรมที่ 8 กับ 9 และ กิจกรรมที่ 10 กับ 11 ส่วนกิจกรรมที่ 12 จะแทรกไว้ในการดำเนินการของทุกกิจกรรม มีรายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรมที่ปรับปรุงและใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการ ฝึกการผ่อนคลาย โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจพร้อมทั้งชี้แจงจุดประสงค์ของ โปรแกรมประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเวลาในการพบกันการบ้านและการฝึกปฏิบัติฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจ ซึ่งวิธีการผ่อนคลายด้านร่างกายอารมณ์และด้านจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่น้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายสงบ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งใดต่อไปก็จะแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การสร้างความตระหนักเรื่องการรับประทานยานั้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคสาเหตุ อาการ และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่พบว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด คือ การขาดความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาฝึกสังเกต และฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา โดยให้เขียนลงในใบงาน แล้วอ่านรายงานให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง ฝึกการรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวชการจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยาการปฏิบัติตามแผนการได้รับยาฝึกการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาลดลง และมีการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต โดยการฝึกทักษะ เรื่องการสังเกต และการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดอันเนื่องจากการดูแลตนเอง และส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้นและการสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคสาเหตุอาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี)ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยใช้การแก้ไขปัญหาส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการรับผิดชอบต่อตนเองดี

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย โดยการให้ข้อมูลและให้ความรู้เรื่อง1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความทนทานต่อผลของความเครียดมากขึ้นทำให้มีพลังงานที่จะเผชิญกับสิ่งที่ป็นอยู่เพราะเมื่อเครียดจะใช้พลังงานมากขึ้น2) การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันอาการเจ็บป่วย มีประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจ3)การพักผ่อน การนอนหลับและ4) สุขอนามัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นการเตรียมตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

ปรับตัวรับกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ, 2541) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินและการบริหารเวลาโดยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินด้วยการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่ายจัดลำดับความสำคัญของการใช้เงินและกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเช่นการซื้อของชนิดเดียวกันแต่ถูกกว่าสำหรับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลานั้นดำเนินการโดยระบุความท้าทายของการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคลและกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่จะดำเนินการในแต่ละวันและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะทั้งสองเรื่องนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเครียดอย่างได้ผลเนื่องจากการสื่อสารจะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความต้องการของตนเองและ ความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาปด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจแก่ผู้พบเห็นการดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดดูดีและ การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลงส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อทางสังคมดีขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ปริทรรศ ศิลปะกิจและคณะ (2541) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดในที่ทำงานของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสถานประกอบการขององค์กรเอกชนในเขตจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 90 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 42 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 48 คนผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมจัดการความเครียดมีค่า EMGbiofeedbackและคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

โปรแกรมจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบอัตราความคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงได้ถึง 4 เท่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ จากการวัดความเครียดและอัตราความคิดอยากฆ่าตัวตายที่ประเมินได้ในครั้งแรกและครั้งที่สองแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะทั่วไปและคะแนนความเครียด

รวินันท์ นุชศิลป์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของพนักงานในสถานประกอบการขนาดกลาง โดยการประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานหญิงสถานประกอบการขนาดกลาง ประเภทกิจการผลิตภัณฑอาหารในจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนกลุ่มควบคุม 35คน โดยเลือกแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการความเครียดสูง กว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน ทักษะการจัดการความเครียด และระดับ ความเครียดภายหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างจากก่อนทดลอง

อรวรรณ รอนราญ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและอาการปวดศีรษะในผู้มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียดกลุ่มตัวอย่างคือผู้มีอาการปวดศีรษะที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเวลา 2 วัน ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ แบบบันทึกความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ และแบบบันทึกระยะเวลาของการปวดศีรษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเครียดและอาการปวดศีรษะ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าความเครียดและระดับของอาการปวดศีรษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

ระยะเวลาของอาการปวดศีรษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัชรัตน์ พันธุ์แพ (2544) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินภาวะเครียด การจัดการความเครียด และความต้องการคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของพี่เลี้ยงเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเอกชนในจังหวัดลำปาง 135 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า พี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีความไวต่อความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง มีสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีอาการของความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่เลี้ยงเด็กมีการจัดการความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและลดอารมณ์พร้อมกัน ส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ โดยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง มากที่สุด และการจัดการกับความเครียดแก้ไข้ปัญหา โดยการปรึกษาเพื่อนที่ไว้ใจมากที่สุด จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าพี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะฝึกเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจ และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อที่จะใช้ในการลดความเครียดของตนเอง นอกจากนี้ทำให้เห็นว่าในการฝึกผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นถ้าจะฝึกเป็นกลุ่มแต่ละคนก็จะต้องการวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยตนเองที่แตกต่างกัน

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Norman (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดและฟื้นฟูโดยใช้วิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและอาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงลอนดอนจำนวน 130 คนตามเกณฑ์คัดเข้าคือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่(ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน)มีอายุระหว่าง 17-50 ปีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มคือกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดจำนวน 64 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มกิจกรรมทางสังคมจำนวน 66 คนศึกษาเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียด อาการทางจิตทักษะชีวิตในการทำหน้าที่และการปรับตัวในชุมชนและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า) ภายหลังการสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะการติดตามผล 1 ปีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดและกลุ่มกิจกรรมทางสังคมมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวกและอาการทางจิตด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01ตามลำดับและมีการรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ในระยะติดตามผล 1 ปีผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาหลังการบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ran et al. (2010) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ด้านการงานที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภทในชนบทจีนเป็นการศึกษาในระยะยาวใช้เวลา 10 ปี (1994-2004) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของประเทศจีนจำนวน 510 คน ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานการทำหน้าที่ด้านการงานของผู้ป่วยจิตเภทหลังจาก 10 ปี พบว่าอัตราการไม่ทำงานเพิ่มจาก 12% ในปี 1994 เป็น 23% ในปี 2004 และ 48.6% มีการทำงานแบบเต็มเวลา หรือมีความสามารถในการทำงาน ในปี 1994 แต่มีเพียง 27.3% ในปี 2004 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำงานแบบเต็มเวลา หรือมีความสามารถในการทำงาน ในปี 2004 สถิติความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จากการวิเคราะห์พบว่าการทำหน้าที่ด้านการงานที่ไม่ดีในปี 2004 มีความสัมพันธ์กับ 12 ปัจจัย คือ 1) เพศชาย 2) วัยสูงอายุ 3) อายุที่มากขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรก 4) ระดับการศึกษาสูง 5) ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน 6) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต่ำ 7) ขาดผู้ดูแล 8) สถานะทางการงานที่ต่ำ 9) ที่อยู่อาศัยที่ทรุดโทรม หรือมีบ้านไม่แน่นอน 10) ค่าคะแนน Socail Disability Screening Schedule ที่สูง 11) มีอาการทางจิต 12) ไม่เคยได้รับยาทางจิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการศึกษาของ

Norman et al. (2002)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการ

เผชิญความเครียดด้วยวิธีการ ฝึกการผ่อนคลายโดยการสร้าง

สัมพันธภาพ การให้ความรู้ และฝึกการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการ

รับประทานยา โดยฝึกรายงานปัญหาความกังวลใจ เกี่ยวกับการ

ได้รับยาทางจิตเวช

ครั้งที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต โดยการฝึก

ทักษะ เรื่องการสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต

ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย โดยให้ความรู้เรื่อง

การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอน

หลับ และ สุขอนามัยส่วนบุคคลและสร้างความตระหนักเรื่องการ

เจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ โรคสาเหตุอาการและ

การรักษา

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินและการบริหารเวลา

โดยให้ระบุนปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชี

รายรับรายจ่ายจัดลำดับความสำคัญของการใช้และการฝึกทักษะ

การแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลา

ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้

ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป โดยการฝึกผู้ป่วยให้

ตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิด

ความประทับใจแก่ผู้พบเห็นและยุติการทำกลุ่ม

การทำหน้าที่ของ

ผู้ป่วยจิตเภท

1. ด้านการดูแล

ตนเอง

2. ด้านการควบคุม

อารมณ์

3. ด้านการติดต่อ

สังคม

4. ด้านการสื่อสาร

5. ด้านความรับผิดชอบ

ต่อตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย X = การใช้โปรแกรมการจัดการกับความเครียด

O₁ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

O₂ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

O₃ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
5. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

Exclusion Criteria

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากการศึกษา ของ Godbey and Courage (1994) เรื่อง Stress-management program: Intervention in nursing student performance anxiety มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.19 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.88 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 18 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched – pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่

- 1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย (Bozikas et al., 2006)

2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก จะยังมีการทำหน้าที่ได้น้อยลง (Norman et al., 2002)

3) คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังข้างต้น จำนวน 20 คู่ แล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ โดยใช้วิธีการจับฉลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการจัดการความเครียด พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยคณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกสัชกร และ นักสังคม-สงเคราะห์

นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Cohen, 1983)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดทักษะชีวิต (Rosen et al., 1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Rosen et al., 1989; Norman et al., 2002)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบของ Norman et al. (2002) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี เรื่องความเครียด และการจัดการกับความเครียด สาเหตุการเกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ รูปแบบของการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) รวมทั้งศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 สร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจัดการกับความเครียดอย่างเป็นระบบจากการศึกษาของ Norman et al. (2002) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยจะเน้นให้เกิดการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยแนวทางหลัก 3 ประการ คือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลาย 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ดี เพื่อให้บุคคลมีความทนทานต่อความเครียดมากขึ้น และสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น และ 3) การปรับด้านกรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม เพื่อใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาขึ้นนี้จะมีเป้าหมายเพื่อจัดกระทำกับองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 8-10 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม และใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้
2. บอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้น ต่อร่างกาย และจิตใจได้
3. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้
4. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
5. เลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจความเครียดด้วยตนเอง และถามถึงประสบการณ์การจัดการความเครียดที่ผ่านมา

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้นักคลามีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้นักคลามีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแล

ตนเอง และลดความเครียดให้น้อยลงได้ โดยการฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เช่น การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 แบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 1/2 ตำราตรวจสอบของความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 1/1 มารู้จักความเครียดกันเถอะ
4. ใบความรู้ที่ 1/2 การผ่อนคลายความเครียด
5. เครื่องเล่นแผ่นเสียง พร้อมแผ่นซีดีสำหรับฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลาย
6. คู่มือเรื่องการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยกล่าวแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “วันนี้เป็นวันอะไรคะ” “รับประทานอาหารกลางวันกับอะไรคะ” เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียด
5. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อใช้เป็นหัวข้อในการสนทนาต่อไป
6. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจตามใบความรู้ที่ 1/1
7. ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 1/1
8. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การจัดการความเครียดที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 1/2
9. ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การจัดการความเครียดของผู้ป่วยที่ผ่านมา
10. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกหลังได้ฝึกการผ่อนคลายทั้งกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ

11. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม

12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องการรับประทานยา และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้
3. บอกถึงปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช และวิธีการจัดการกับปัญหานั้นได้

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างความรู้ความตระหนักเรื่องการรับประทานยานั้น ต้องให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค สาเหตุ อาการ และความสำคัญของการรักษาด้วยยา ซึ่งปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดอันหนึ่งคือเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้อาการของโรค ดังนั้นการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา โดยการรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช การจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยา แผนการได้รับยา การจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการ

ข้างเคียงจากยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Cooke et al., 2007)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 มาตรฐานโรคจิตเภทกันเถอะ
2. ใบงานที่ 2/2 ปัญหาความกังวลใจและความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตจิต
3. ใบงานที่ 2/3 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตและการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค
4. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 2/2 การจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
6. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภทตามใบงานที่ 2/1 จากนั้นให้ผู้ป่วยนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
4. ผู้วิจัย สรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
5. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1
6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกเล่าปัญหาความกังวลใจและความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตตามใบงานที่ 2/2
7. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
8. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้ผู้ป่วยทำใบงาน 2/3 และให้ผู้ป่วยนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
10. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตตามใบความรู้ที่ 2/2
11. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงของยากับวิธีการจัดการเบื้องต้นตามใบงานที่ 2/4
12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปวยฝึกสังเกต รายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น และวิธีจัดการกับอาการทางจิตได้
3. เพื่อให้ผู้ปวยสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ปวยสามารถ

1. บอกอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
2. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
3. บอกวิธีการจัดการกับอาการทางจิตได้

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

อาการทางจิตเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ปวยจิตเภทเกิดความเครียด ฉะนั้นผู้ปวยจิตเภท จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาการทางจิต เช่น อาการเตือนที่พบได้บ่อย โดยการพัฒนาทักษะเรื่องการสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ปวยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากปัญหาอาการทางจิต เพื่อส่งผลให้มีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
2. ใบงานที่ 3/2 วิธีการจัดการกับอาการทางจิต
3. ใบความรู้ที่ 3/1 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
4. ใบความรู้ที่ 3/2 เรามีวิธีการจัดการกับอาการทางจิตอย่างไร
5. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการสังเกตอาการเดือนของตนเองตามใบงานที่ 3/1 และนำเสนอสิ่งที่ได้ทำลงในใบงานดังกล่าว
4. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการเดือนที่พบได้บ่อยตามใบความรู้ที่ 3/1
6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ตนเองเคยมีวิธีการป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเภทอาการทางจิต และวิธีจัดการเมื่อสังเกตว่าตนเองเริ่มมีอาการกำเริบตามใบงานที่ 3/2 และนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานดังกล่าว
7. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเราเราจะป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร และวิธีจัดการเมื่อสังเกตว่าตนเองเริ่มมีอาการกำเริบตามใบความรู้ที่ 3/2
9. ให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการดูแลสุขภาพให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงวิธีการดูแลสุขภาพให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียดได้
2. วางแผนการเสริมสร้างสุขภาพในด้านต่างๆได้

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและให้ความรู้เรื่องการเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความทนทานต่อผลของความเครียดมากขึ้น ทำให้มีพลังงานที่เพียงพอกับสิ่งที่ทำอยู่ เพราะเมื่อเครียดจะใช้พลังงานมากขึ้น 2) การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย มีประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจ 3) การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และ 4) สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ซึ่งเป็นการเตรียมตัวรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้น หรือช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gispen-de Wied, 2000)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 สำรองการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 แผนการเสริมสร้างสุขภาพ
3. ใบความรู้ที่ 4/1 วิธีการดูแลสุขภาพให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด
4. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจชีวิตดูแลสุขภาพของตนเองตามใบงานที่ 4/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
5. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียดตามใบความรู้ที่ 4/1
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
7. ให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
8. มอบหมายงานให้ผู้ป่วยกลับไปวางแผนการเสริมสร้างสุขภาพตามใบงานที่ 4/2
9. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกหรือมีแนวทางในการวางแผนเรื่องการเงิน และการบริหารเวลาได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงความสำคัญและประโยชน์ของการจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารเวลาได้
2. บอกถึงแนวทางการวางแผนในเรื่องการเงิน และการบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอีกเรื่องหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องเงินและเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน โดยให้ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงิน และพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน และกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลา การจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล กำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเรื่องเงินและเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Lieberman, 2001)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ใบบันทึกค่าใช้จ่าย
2. ใบงานที่ 5/2 ตารางกิจกรรมประจำวันของฉัน
3. ใบความรู้ที่ 5/1 การบริหารเงิน และการบริหารเวลาที่มีประสิทธิภาพ
4. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
4. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า (ใช้เวลา 5 นาที)
5. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริหารเงินที่มีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 5/1
6. ให้ผู้ป่วยเล่าว่าภายใน 1 วัน ทำกิจกรรมใดบ้างตามใบงานที่ 5/2 ให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
7. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
8. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริหารเวลาที่มีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 5/1
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
11. มอบการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปทำตามใบงานที่ 5/2 จำนวน 2 วัน
12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 6

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ เป็นกระบวนการที่ทำที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข (Chien et al., 2003)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 สถานการณ์จำลอง “การสื่อสารทางลบ”
2. ใบงานที่ 6/2 สถานการณ์จำลอง “การสื่อสารทางบวก”
3. ใบความรู้ที่ 6/1 เทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
4. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ปวยได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ปวยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องเทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 6/1
5. ผู้วิจัยขออาสาสมัคร แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ตามใบงานที่ 6/1 และใบงานที่ 6/2 และร่วมแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
7. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 7

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ปวยเข้าใจถึงการรับรู้ตราบาป
2. เพื่อให้ผู้ปวยสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยในการจัดการกับการรับรู้ตราบาป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปได้
2. บอกวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง การให้กำลังใจ การฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจแก่ผู้พบเห็น การดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดดูดี และการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Rusch et al., 2009)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7/1 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 7/1 วิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาป
3. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
4. ภาพวาดประกอบการเล่าเรื่องถึงน้ำสองใบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ ไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 7/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่ 7/1
5. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ชักถาม
7. ผู้วิจัยเล่าเรื่องถึงน้ำสองใบให้ผู้ป่วยฟัง หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 7/2
8. ให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
9. มอบหมายงานให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้
10. ยุติการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แผนกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน และ 2) คู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยหาค่าความตรงของเนื้อหา ด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 จากนั้น ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใบความรู้ที่ 1/1 เนื้อหาค่อนข้างมากและเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 7 ใบงานที่ 7/2 เรื่องเล่า “ถึงน้ำสองใบ” ผู้ป่วยอาจจะเข้าใจยากในสิ่งที่ต้องการสื่อให้ผู้ป่วยทราบ ผู้วิจัยปรับแก้โดยแสดงภาพประกอบการเล่าเรื่อง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน โดยดำเนินการจนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการ

ปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มเติม โดยมีการใช้ภาพประกอบการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองเข้ามาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่ง ปราณี มิ่งขวัญ (2542) พัฒนาขึ้น โดยแปลและรวบรวมจากเครื่องมือของ Cohen (1983) เพื่อใช้วัดการรับรู้ความเครียดซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนข้อ 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 เป็นคำถามทางลบ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ

ไม่เคย	หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
เกือบไม่เคย	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคย	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
เกือบไม่เคย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บ่อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
บ่อยมาก	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 14 – 70 คะแนน แปลผลคะแนน โดยแบ่งการรับรู้ความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 14 - 32 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 33 - 51 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 52 - 70 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัย ได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการรับรู้ความเครียดในระดับต่ำ (14 – 32 คะแนน) และหากภายหลังจากประเมินการรับรู้ความเครียดแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีระดับคะแนนมากกว่า 32 คะแนน ผู้วิจัยจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการจัดการความเครียด (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้ความเครียดของกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทุกคน มีคะแนนที่ได้จากการประเมินการรับรู้ความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีการรับรู้ความเครียดอยู่ที่ระดับต่ำ (14 - 32 คะแนน) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambledon et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบวัดการรับรู้ความเครียด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.86 ดังนั้น แบบวัดการ

รับรู้ความเครียดที่ผู้วิจัยปรับปรุงและนำมาใช้ในการวิจัยเรื่องนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา และ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 4 ปรับข้อความจาก “ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านจัดการกับสิ่งที่น่ารำคาญใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้สำเร็จบ่อยแค่ไหน” เป็น “ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่ท่านจัดการกับสิ่งที่น่ารำคาญใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้สำเร็จ”

ข้อ 11 ปรับข้อความจาก “ท่านรู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของท่าน” เป็น “ท่านรู้สึกโกรธเพราะท่านไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงของ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราบุรี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (n=20)

คนที่	คะแนนแบบวัดการรับรู้ความเครียด	แปลผล
1	24	ระดับต่ำ
2	26	ระดับต่ำ
3	28	ระดับต่ำ
4	30	ระดับต่ำ
5	22	ระดับต่ำ
6	28	ระดับต่ำ
7	28	ระดับต่ำ
8	23	ระดับต่ำ
9	29	ระดับต่ำ
10	24	ระดับต่ำ
11	31	ระดับต่ำ
12	27	ระดับต่ำ
13	24	ระดับต่ำ
14	30	ระดับต่ำ
15	25	ระดับต่ำ
16	28	ระดับต่ำ
17	27	ระดับต่ำ
18	29	ระดับต่ำ
19	31	ระดับต่ำ
20	26	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (14 - 32 คะแนน) ทั้ง 20 คน นั่นคือ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนการรับรู้ความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีการรับรู้ความเครียดในระดับต่ำ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.2 แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) ซึ่งแปลและรวบรวมโดยอรรณวรรณชาติ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 39 ข้อ ประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งวัดการทำหน้าที่ 5 ด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านการติดต่อสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านความรับผิดชอบ 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้

ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ	ได้ 1 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย	ได้ 2 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติมาก	ได้ 4 คะแนน

แบบวัดทักษะชีวิต ประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 39 -156 คะแนน แปลผลคะแนน โดยนำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน (norm) ถ้าคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 120 หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ในชุมชนสูง และถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าค่ามาตรฐานหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ในชุมชนต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความ

ถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ในข้อคำถามทุกข้อ ปรับข้อความจาก “บุคคลนี้” เป็น “ผู้ป่วย”

ข้อที่ 1 ปรับคำว่า “ริเริ่ม” เป็น “เริ่มต้น”

ข้อที่ 7 ปรับข้อความจาก “บุคคลนี้มีการสบตากับผู้อื่นเมื่อขณะสนทนาหรือไม่” เป็น “ผู้ป่วยสบตากับผู้อื่นขณะสนทนาหรือไม่”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่อง (Reliability) เท่ากับ 0.93

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และฝึกทักษะในเรื่องการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้าง โปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถในการ

ใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก แล้วขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวน

ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002) และคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	คะแนนการทำหน้าที่	จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล	เพศ	คะแนนการทำหน้าที่	จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล
1	ชาย	137	0	ชาย	133	0
2	หญิง	112	1	หญิง	114	1
3	หญิง	112	0	หญิง	114	0
4	ชาย	127	1	ชาย	123	1
5	หญิง	105	2	หญิง	111	2
6	หญิง	126	0	หญิง	122	0
7	ชาย	111	1	ชาย	114	1
8	หญิง	120	1	หญิง	123	1
9	ชาย	123	10	ชาย	119	9
10	หญิง	124	3	หญิง	122	4
11	ชาย	119	0	ชาย	121	0
12	ชาย	133	2	ชาย	130	2
13	ชาย	115	3	ชาย	120	3
14	หญิง	126	10	หญิง	121	9
15	ชาย	116	10	ชาย	121	8
16	หญิง	131	2	หญิง	125	2
17	ชาย	113	1	ชาย	110	1
18	หญิง	105	0	หญิง	108	0
19	ชาย	104	1	ชาย	107	1
20	ชาย	119	1	ชาย	115	1
	รวม	$\bar{X}=118.90$		รวม	$\bar{X}=118.65$	

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายกลุ่มละ 11 คน เพศหญิงกลุ่มละ 9 คน เท่ากัน อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 11 คน สูงกว่ามาตรฐาน (ตั้งแต่ 120 ขึ้นไป) จำนวน 9 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 9 คน สูงกว่ามาตรฐาน (ตั้งแต่ 120 ขึ้นไป) จำนวน 11 คน สำหรับจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่เคยรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 คน มีการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง จำนวน 10 คน มีการรักษาในโรงพยาบาล 3-4 ครั้ง จำนวน 2 คน และมีการรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งขึ้นไป จำนวน 3 คน

จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ดังนี้

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 7 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความเครียดทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการจัดการความเครียดจะขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบวัดการรับรู้ความเครียด

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

5) ผู้วิจัยประสานหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นำผู้ป่วยมาดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

3) ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปอีก 5 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดการรับรู้ความเครียด และผู้ดูแลหลักตอบแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1 - 4 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับความเครียดตาม วัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการจัดการความเครียด ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน
ประชาชนเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ เรื่องความเครียดและการเผชิญ ความเครียดด้วยวิธีการ ผีการผ่อนคลาย	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	26 มีนาคม 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	26 มีนาคม 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่ เกิดจากการรับประทานยา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	27 มีนาคม 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	27 มีนาคม 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการ ทางจิต	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	2 เมษายน 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	2 เมษายน 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงด้าน ร่างกาย	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	3 เมษายน 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	3 เมษายน 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	9 เมษายน 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	9 เมษายน 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	10 เมษายน 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	10 เมษายน 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบป	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	13 เมษายน 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	13 เมษายน 54	เวลา 13.00-15.00 น.

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุป ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยประเมินจากสีหน้าท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และกล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองต่อพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง มีผู้ป่วยเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ

จากการที่ให้ผู้ป่วยร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับคนในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนาท่าทางและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมว่า กิจกรรมนี้ช่วยให้มีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือกับพยาบาลและเพื่อนผู้ป่วยในการทำกิจกรรมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องความเครียด เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย และปานกลาง มีเพียง 2 คนที่เครียดอยู่ในระดับมากนอกจากนี้ยังได้ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาเรื่องผลข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคจิต เช่น ปากคอแห้ง ง่วงนอน ปัญหาเรื่องอาการทางจิตที่คอยรบกวน เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ปัญหาเรื่องการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ไม่ได้ทำงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่กล้าพูดคุย หรือบอกคนอื่นในสิ่งที่ตนต้องการ เนื่องจากอาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว เป็นต้น ส่วนวิธีการจัดการความเครียดส่วนใหญ่ใช้วิธีที่เหมาะสมถูกต้อง

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องความเครียด ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดได้อย่างถูกต้องในหัวข้อต่างๆ เช่น สาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

สาเหตุของความเครียด: “ความเครียดเกิดจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย เงินไม่พอใช้
ยังเป็นปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ก็ยิ่งเครียดมาก”

อาการและผลกระทบของความเครียด: “ผลของความเครียดต่อร่างกายทำให้ปวด
หัว ท้องผูก นอนไม่หลับ บางทีก็ทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย”

ช่วงที่ 3 การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย เมื่อดำเนินการมาถึง
ขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และยินดีปฏิบัติ
ตามที่พยาบาลให้คำแนะนำไปใช้ โดยสมาชิกบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้
ในชีวิตประจำวันวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการฝึกการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึง
แนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ และผู้ป่วยสามารถบอกถึงประโยชน์ที่
ตนเองได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หลังฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายด้วยหายใจแล้วรู้สึกโล่งๆ สบายใจ
ขึ้น”

สำหรับกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ป่วยชื่นชอบ คือ การผ่อนคลาย
คลายกล้ามเนื้อ เพราะรู้สึกว่าการผ่อนคลายได้รับการผ่อนคลาย ความเครียดลดลง

ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลาย
คลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึก
ปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หนูทำทุกวันเวลาอยู่บ้าน ยังก่อนเครียดๆ ทำให้หนูสบายใจขึ้น จนแม่ถามว่าทำ
อะไร หนูบอกว่าฝึกผ่อนคลายความเครียด แม่บอกว่าดีๆ ทำให้หนูทะเลาะกับแม่น้อยลง”

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

ช่วงที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่
ให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินความรู้เดิมเรื่องโรคจิตเภทนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถตอบ
ได้ถูกต้อง เช่น

“โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น”

“โรคจิตเภทเกิดจากพันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ และพิษจากสิ่งแวดล้อม”

“อาการของโรคจิตเภท คือ หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย หรือ คิดว่าตนเองเป็น
บุคคลสำคัญ”

“การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และจิตบำบัด”

ระหว่างการสนทนา กลุ่มผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และซักถามปัญหาต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“โรคจิตเภท มีทางรักษาให้หายขาด หรือไม่”

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงสาเหตุอาการ และ การรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

ช่วงที่ 2 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการให้ผู้ป่วยร่วมกันสำรวจปัญหาความเครียด และความกังวลที่เกิดจากการรับประทานยาโรจิตนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยา เช่น อาการง่วงนอน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ กลัวเกิดอุบัติเหตุเพราะต้องขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ปากคอแห้ง มือสั่น เป็นต้น หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกได้อย่างถูกต้องเป็นบางข้อ แต่บางข้อผู้ป่วยมีอาการแต่ยังไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา คือ ปากคอแห้ง ง่วงนอน บางครั้งมือสั่น ใจสั่น ขาอ่อนแรง”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องในการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยสามารถจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนของตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการทางจิตของตนได้ถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“อาการเตือนเริ่มแรกที่ทำให้รู้ว่าจะมีอาการกำเริบ หนูจะนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสียบ้าง บางครั้งแม่พุดเล่นกับหนูก็จะทะเลาะกับแม่”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกการป้องกัน อาการทางกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“เราจะป้องกันอาการทางกำเริบของ โรคได้โดยการรับประทานยารักษาโรคจิต อย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลายความเครียด”

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางในการดูแล ตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองในเรื่อง การ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และ สุขอนามัย ส่วนบุคคล ได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ผมกินที่มีประโยชน์ และกินให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน เลี่ยงของมันๆ เพราะตอนนี้น้ำหนัก พืชยังแพง พยายามกินผักและผลไม้หลายๆ ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่”

“ผมชอบออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน เช่น ปั่นไปใส่บาตรพระตอนเช้าทุกวัน”

“หนูพยายามนอนหลับให้ได้ 6-8 ชั่วโมง วันไหนนอนไม่หลับก็เปิดธรรมชาติฟัง ถ้านอนไม่หลับจริงๆ ก็จะกินยานอนหลับ”

“ผมอาบน้ำ แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น เสื้อผ้าต้องซักเปลี่ยนทุกวัน”

ทั้งนี้จากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงาน และการนำเสนอต่อสมาชิกกลุ่ม แสดงให้เห็น ว่า ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และ สุขอนามัยส่วนบุคคล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำ ความรู้ไปใช้ให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้เป็นการบ้านตามใบงาน เรื่อง แผนการเสริมสร้าง สุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลตนเองการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอน หลับให้เพียงพอ และ สุขอนามัยส่วนบุคคล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิด พฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“หนูมีปัญหาเรื่องเงินไม่พอใช้ เพราะแฟนหนูทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว หนูไม่ได้ทำงาน หนูแก้ปัญหาโดยใช้จ่ายอย่างประหยัด และหางานทำ”

“หนูให้คนอื่นยืมเงินแล้วไม่ได้คืน แล้วหนูก็ไม่กล้าทวง หนูแก้ปัญหาโดยเก็บเงินไว้กับตัวน้อยๆ ที่เหลือเอาไปฝากธนาคารไว้”

“ผมสนใจเรื่องนาฬิกาชีวิตที่คุณหมอเล่า ผมขอเอกสาร ไปอ่าน เพื่อจะได้เอาไปใช้จัดการเวลาให้เหมาะสมกับตนเองได้ไหมครับ”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถการจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก” และ “การสื่อสารทางลบ” พบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเป็นสิ่งดี มีประโยชน์ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“บางทีเรื่องเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราพูดกันไม่ดีก็กลายเป็นเรื่องทะเลาะกันใหญ่หลวงแต่บางทีเรื่องใหญ่หลวง ถ้าเราพูดกันดีๆก็ไม่มีปัญหา สำคัญที่เราต้องพูดจากันดีๆ”

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่าง เช่น รู้จักการกล่าวคำขอบคุณ หรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยกันคิดขึ้นมาได้

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นได้

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป โดยให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ตราบาป และวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีการรับรู้ตราบาปเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“แฟนหนูชอบพูดบ่อยๆว่าหนูบ้า สติไม่ดี พอหนูโกรธ เขาก็บอกว่าเขาพูดเล่น แต่ หนูรู้สึกไม่ดี ไม่อยากให้เขาพูดกับหนูแบบนี้กับหนู”

ผู้ป่วยรายหนึ่งร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเสนอว่าควรจะต้องพูดกับแฟนดีๆ ให้รู้เรื่องว่าเราไม่ชอบ โดยบอกว่า “แฟนในเมื่อมันมีอยู่แล้ว ถ้าไปสะกิดมันบ่อยๆ มันก็ทำให้เลือดออกอยู่นั่นละ แฟนมันก็ไม่ตลกสะกิดหยาบๆที่ ขอร้องว่าอย่าพูดเล่นแบบนี้อีกเลย”

ทั้งนี้จากผลลัพธ์ในใบงานที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจาก เรื่อง “ถึงน้ำสองใบ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยผู้ป่วยบอกว่า คนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางไม่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลือดูแลงานในครอบครัว สังคม

2.3 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท และประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดครั้งที่ 7 เสร็จสิ้นแล้ว ได้ตรวจสอบค่าคะแนนการรับรู้ความเครียดในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งให้กำหนดระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ช่วงผ่านเกณฑ์ และจากการประเมินที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนของแบบวัดการรับรู้ความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (14 - 32 คะแนน) ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ดังแสดงใน ตารางที่ 3

3.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินแบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.2.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยทำการประเมินแบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.3.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	11	55.0	11	55.0	22	55.0
หญิง	9	45.0	9	45.0	18	45.0
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	3	15.0	1	5.0	4	10.0
30-39 ปี	7	35.0	9	45.0	16	40.0
40-49 ปี	6	30.0	8	40.0	14	35.0
50-59 ปี	4	20.0	2	10.0	6	15.0
สถานภาพสมรส						
โสด	13	65.0	15	75.0	28	70.0
คู่	4	20.0	2	10.0	6	15.0
หย่าร้าง	2	10.0	3	15.0	5	12.5
หม้าย	1	5.0	0	0.0	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50.0	10	50.0	20	50.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.0	4	20.0	9	22.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	5	25.0	8	20.0
ปริญญาตรี	2	10.0	1	5.0	3	7.5

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มี	7	35.0	14	70.0	21	52.5
รับจ้าง	5	25.0	3	15.0	8	20.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.0	0	0.0	1	2.5
ค้าขาย	3	15.0	1	5.0	4	10.0
อื่น ๆ	3	15.0	1	5.0	4	10.0
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	0	0	0	0	0	0
0-500 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
501-1,000 บาท	1	5.0	4	20.0	5	12.5
1,001-1,500 บาท	2	10.0	2	10.0	4	10.0
1,501-2,000 บาท	1	5.0	6	30.0	7	17.5
มากกว่า 2,000 บาท	11	55.0	3	15.0	14	35.0
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	5	25.0	5	25.0	10	25.0
1-2 ครั้ง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
3-4 ครั้ง	2	10.0	2	10.0	4	10.0
5 ครั้งขึ้นไป	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1-2 ปี	3	15.0	1	0.5	4	10.0
มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	17	85.0	19	95.0	36	90.0
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา/มารดา	11	55	16	80	27	67.5
สามี/ภรรยา	4	20	2	10	6	15
พี่น้อง	5	25	2	10	7	17.5

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35 และ 70 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,501-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 สำหรับประวัติเรื่องจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 85 และ 95 ตามลำดับ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 และ 80 ตามลำดับ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินการทำงานที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	133	สูงกว่ามาตรฐาน	134	สูงกว่ามาตรฐาน
2	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน
3	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน
4	123	สูงกว่ามาตรฐาน	123	สูงกว่ามาตรฐาน
5	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	115	ต่ำกว่ามาตรฐาน
6	122	สูงกว่ามาตรฐาน	127	สูงกว่ามาตรฐาน
7	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน	109	ต่ำกว่ามาตรฐาน
8	123	สูงกว่ามาตรฐาน	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน
9	119	สูงกว่ามาตรฐาน	120	สูงกว่ามาตรฐาน
10	122	สูงกว่ามาตรฐาน	118	ต่ำกว่ามาตรฐาน
11	121	สูงกว่ามาตรฐาน	120	สูงกว่ามาตรฐาน
12	130	สูงกว่ามาตรฐาน	124	สูงกว่ามาตรฐาน
13	120	ต่ำกว่ามาตรฐาน	113	ต่ำกว่ามาตรฐาน
14	121	สูงกว่ามาตรฐาน	125	สูงกว่ามาตรฐาน
15	121	ต่ำกว่ามาตรฐาน	116	ต่ำกว่ามาตรฐาน
16	125	สูงกว่ามาตรฐาน	116	สูงกว่ามาตรฐาน
17	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	108	ต่ำกว่ามาตรฐาน
18	108	ต่ำกว่ามาตรฐาน	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน
19	107	ต่ำกว่ามาตรฐาน	109	ต่ำกว่ามาตรฐาน
20	115	ต่ำกว่ามาตรฐาน	115	ต่ำกว่ามาตรฐาน

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุม มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 9 คน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน จำนวน 12 คน ซึ่งเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากภาวะของโรคของผู้ป่วยเอง เช่น เกิดอาการกำเริบ หรือเกิดจากมีเหตุการณ์ที่กระทบ หรือรบกวนในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาเรื่องการเงิน เป็นต้น

ตารางที่ 7 คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินการทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	137	สูงกว่ามาตรฐาน	139	สูงกว่ามาตรฐาน
2	112	ต่ำกว่ามาตรฐาน	145	สูงกว่ามาตรฐาน
3	112	ต่ำกว่ามาตรฐาน	133	สูงกว่ามาตรฐาน
4	127	สูงกว่ามาตรฐาน	149	สูงกว่ามาตรฐาน
5	105	ต่ำกว่ามาตรฐาน	146	สูงกว่ามาตรฐาน
6	126	สูงกว่ามาตรฐาน	149	สูงกว่ามาตรฐาน
7	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	139	สูงกว่ามาตรฐาน
8	120	สูงกว่ามาตรฐาน	153	สูงกว่ามาตรฐาน
9	123	สูงกว่ามาตรฐาน	137	สูงกว่ามาตรฐาน
10	124	สูงกว่ามาตรฐาน	147	สูงกว่ามาตรฐาน
11	119	ต่ำกว่ามาตรฐาน	146	สูงกว่ามาตรฐาน
12	133	สูงกว่ามาตรฐาน	147	สูงกว่ามาตรฐาน
13	115	ต่ำกว่ามาตรฐาน	141	สูงกว่ามาตรฐาน
14	126	สูงกว่ามาตรฐาน	128	สูงกว่ามาตรฐาน
15	116	ต่ำกว่ามาตรฐาน	128	สูงกว่ามาตรฐาน
16	131	สูงกว่ามาตรฐาน	129	สูงกว่ามาตรฐาน
17	113	ต่ำกว่ามาตรฐาน	139	สูงกว่ามาตรฐาน
18	105	ต่ำกว่ามาตรฐาน	145	สูงกว่ามาตรฐาน
19	104	ต่ำกว่ามาตรฐาน	133	สูงกว่ามาตรฐาน
20	119	ต่ำกว่ามาตรฐาน	149	สูงกว่ามาตรฐาน

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 11 คน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนทั้ง 20 คน มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่สูงกว่ามาตรฐาน (ตั้งแต่ 120 ขึ้นไป) ทั้งนี้เนื่องจากในชุมชนยังไม่เคยมีการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทอย่างนี้มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลแล้วกลับบ้านเท่านั้น

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	118.90	9.48	ต่ำ	19	-8.27	0.00
หลังการทดลอง	141.10	7.70	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	118.65	6.93	ต่ำ	19	1.45	0.16
หลังการทดลอง	117.05	6.86	ต่ำ			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.27$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ในทางตรงข้ามพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนี้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	118.90	9.48	ต่ำ	38	0.095	0.93
กลุ่มควบคุม	118.65	6.93	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	141.10	7.70	สูง	38	10.42	0.00
กลุ่มควบคุม	117.05	6.86	ต่ำ			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t=10.42$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ของ Godbey and Courage (1994) เรื่อง Stress-management program : Intervention in nursing student performance anxiety มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.19 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.88 % ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 18 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Cohen, 1983)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 3.2 แบบวัดทักษะชีวิต (Rosen et al., 1989)

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบของ Norman (2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรม 1- 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป และยุติการทำกลุ่ม

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.80 จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) ของ Cohen (1983) ซึ่งแปลและรวบรวมโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อความจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภทใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัดความรู้สึกรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนตามโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ เท่ากับ 0.81

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

3.2 แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) ซึ่งแปลและรวบรวมโดยอรรณวรรณชาติ (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Rosen et al., 1989; Norman et al., 2002) ประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งวัดการทำหน้าที่ 5 ด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเอง (10 ข้อ) ด้านการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม (12 ข้อ) ด้านการติดต่อสังคม (6 ข้อ) ด้านการสื่อสาร (6 ข้อ) และด้านความรับผิดชอบ (5 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำจึงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความ

ถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และฝึกทักษะในเรื่องการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะในการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์

กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับความเครียดในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที จนครบ 7 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดครั้งที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินเพื่อตรวจสอบระดับการรับรู้ความเครียดในกลุ่มทดลองทุกคน ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนการรับรู้ความเครียดในระดับต่ำ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการศึกษา

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือวัดอาการทางจิต (BPRS) และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (LSP)

3.2 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.27$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.42$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35 และ 70 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือนมากกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,501-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 และประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 85 และ 95 ตามลำดับ และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 และ 80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริจิต สุทรจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์ (2552) ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.4 เท่า

นอกจากนี้จากการวิจัยยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับมาโนชญ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเป็นแล้วมักเรื้อรัง ไม่หายขาด ซึ่งสืบเนื่องมาจากระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี จนถึง 10 ปี เมื่อนับรวมกันแล้วจึงพบว่าเป็นกลุ่มอายุเดียวกับดังกล่าวข้างต้น

สำหรับอาชีพจะพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะไม่มีอาชีพ หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของเทียม ศรีคำจักร และคณะ (2550) เรื่องแบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้มีภาวะจิตเภทในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนมากใช้เวลาไปกับการนอน และการอยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.27$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องความเครียดและผลของความเครียดต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากความรู้ที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ยังได้รับการฝึกทักษะในการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispen-de Wied, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vrdoljak et al., (2008) ที่ศึกษาในเรื่องการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตอาการทางจิต การสื่อสาร การรับรู้ตราบาป และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ปริทรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2541) ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Gispen-de Wied, 2000)

นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Norman et al., 2002) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเข้ากลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในการทำกลุ่ม รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการรับรู้ความเครียดลดลง และ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น (Lieberman., 2001)

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.42$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็น โปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002) และคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมของโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 7 ในโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาขึ้น จะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ที่ดีดีขึ้น ดังนี้

ในกิจกรรมที่ 1 ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องความเครียดและเกิดทักษะการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) สังเกตได้จากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยสดชื่นขึ้น และจากคำพูดของผู้ป่วย “หลังฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผ่อนคลาย

ด้วยหัวใจแล้วรู้สึกโล่งๆ สบายใจขึ้น” และ “หนูทำทุกวันเวลาอยู่บ้าน ยิ่งตอนเครียดๆ ทำให้หนู สบายใจขึ้น จนแม่ถามว่าทำอะไร หนูบอกว่าฝึกผ่อนคลายความเครียด แม่บอกว่าดีๆ ทำให้หนู ทะเลาะกับแม่น้อยลง” ส่วนในกิจกรรมที่ 2, 3, 5, 6 และ 7 เป็นกิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วย สามารถจัดการและเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ได้แก่

- ปัญหาจากการรับประทานยา ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยสามารถจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการบอกเล่าเรื่องปัญหาความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตของตนเอง ดังคำพูดว่า “อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา คือ ปากคอแห้ง ง่วงนอน บางครั้งมือสั่น ใจสั่น ขาอ่อนแรง”

- ปัญหาจากอาการทางจิตนั้น สังเกตจากผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยว่า “อาการเตือนเริ่มแรกที่ทำให้รู้ว่าจะมีอาการกำเริบ หนูจะนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสียบ้าง บางครั้งแม่พูดเล่นกับหนูก็จะทะเลาะกับแม่” และหลังจากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกการป้องกันอาการทางกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ “เราจะป้องกันอาการทางกำเริบของโรคได้โดยการรับประทานยารักษา โรคจิตอย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลายความเครียด”

- ปัญหาการบริหารเงินและเวลา สังเกตได้จากการให้การบ้านผู้ป่วยกลับไปทำแล้วนำมาส่งในเรื่องของการวางแผนการใช้จ่ายในแต่ละวัน และการวางแผนทำกิจกรรมในแต่ละวัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถเขียนแผนการใช้จ่ายเงิน และเวลาได้ และบอกว่าจะทำตามแผนที่ตนเองเขียนด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ความสนใจฟังผู้วิจัยบรรยายในเรื่องของการใช้เวลาภายใน 24 ชั่วโมง (นาฬิกาชีวิต) โดยบอกว่ามีประโยชน์มาก ผู้ป่วยต้องการเอกสารเพิ่มเติมในเรื่องนี้ โดยขอให้ผู้วิจัยนำมาเพิ่มให้ในการพบกันครั้งต่อไป

- ปัญหาการขาดทักษะในการสื่อสาร จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลอง เรื่อง “การสื่อสารทางบวก” และ “การสื่อสารทางลบ” พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอาสาสมัครมาแสดงบทบาทสมมติให้เพื่อนสมาชิกดู สีหน้าทุกคนยิ้มแย้มแจ่มใส สนุกสนานกับการแสดงของเพื่อน ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเป็นสิ่งดี มีประโยชน์สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้ “บางทีเรื่องเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราพูดกันไม่ดีก็กลายเป็นเรื่องทะเลาะกันใหญ่หลวงแต่บางทีเรื่องใหญ่หลวง ถ้าเราพูดกันดีๆ ก็ไม่มีปัญหา สำคัญที่เราต้องพูดจากันดีๆ” นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจาก

การสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่าง เช่น รู้จักการกล่าวคำขอบคุณ หรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยกันคิดขึ้นมาได้

- ปัญหาจากการเผชิญกับการรับรู้ตราใบ จากการใช้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ตราใบ และวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราใบนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีการรับรู้ตราใบเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยว่า “แฟนหนูชอบพูดบ่อยๆว่าหนูบ้า สติไม่ดี พอหนู โกรธ เขาก็บอกว่าเขาพูดเล่น แต่หนูรู้สึกไม่ดี ไม่อยากให้เขาพูดกับหนูแบบนี้กับหนู” เพื่อนผู้ป่วยรายหนึ่งร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเสนอว่าควรจะต้องพูดกับแฟนดีๆให้รู้เรื่องว่าเราไม่ชอบ โดยบอกว่า “แปลในเมื่อมันมีอยู่แล้ว ถ้าไปสะกดมันบ่อยๆ มันก็ทำให้เลือดออกอยู่นั่นละ แปลมันก็ไม่ตลกสะกิดหายชะเที ขอร้องว่าอย่าพูดเล่นแบบนี้อีกเลย” นอกจากนี้ในใบงานที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจาก เรื่อง “ถั่งน้ำสองใบ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยผู้ป่วยบอกว่า “คนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางไม่ดี” ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลือดูแลงานในครอบครัว สังคม

ฉะนั้น การพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดเหล่านี้ และเกิดทักษะในการจัดการหรือเผชิญกับสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดดังกล่าวได้ดีขึ้น นำไปสู่การเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น เช่น มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เรื่องการรับประทานยา (Cooke et al., 2007) และ การจัดการกับอาการทางจิต (จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548; Norman et al., 2002) นอกจากนี้ยังนำไปสู่การทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ที่ดีขึ้นด้วย ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบ (Lieberman, 2001) และ ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคม (Chien et al., 2003; Rusch et al., 2009) สำหรับกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนในเรื่องการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายที่ควรรับประทาน และอาหารประเภทที่ควรหลีกเลี่ยง รวมทั้งสุรายาเสพติดทั้งหลายที่ทำลายสุขภาพก็ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายเป็นการเน้นให้ใช้พลังงานในตอนกลางวัน เพื่อช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้นในตอนกลางคืน การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายพักผ่อนได้เต็มที่ และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งจากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย

กาย การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และ สุขอนามัยส่วนบุคคล ได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยว่า

“ผมกินที่มีประโยชน์ และกินให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน เลี้ยงของมันๆ เพราะตอนนี้ น้ำมันพืชยิ่งแพง พยายามกินผักและผลไม้หลายๆ ไม่ค้มเหล้า สูบบุหรี่”

“ผมชอบออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน เช่น ปั่น ไปใส่บาตรพระตอนเช้าทุกวัน”

“หนูพยายามนอนหลับให้ได้ 6-8 ชั่วโมง วันไหนนอนไม่หลับก็เปิดธรรมะฟัง ถ้านอนไม่หลับจริงๆ จึงจะกินยานอนหลับ”

“ผมอาบน้ำแปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เข้ายีน เสื้อผ้าต้องซักเปลี่ยนทุกวัน”

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นล้วนมีประโยชน์ต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (ปริทรรศ สิลปะกิจ และคณะ, 2541; Gispen-de Wied, 2000) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Miles., Heinrichs., and Ammari (2010) ที่ได้ศึกษาถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และการมีสุขภาพที่ดี จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีก็ย่อมจะช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่างๆดีขึ้นได้เช่นกัน

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคม ได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลต่อการเพิ่มทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และ สังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาคำชี้แจงโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการจัดการความเครียดซึ่งใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดทักษะในการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติในระหว่างการทำกิจวัตรในชีวิตจริงในชุมชน

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องการจัดการความเครียด และการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเฉพาะ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคม

2.3 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมบทบาทของปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในแต่ละพื้นที่ และวัฒนธรรม เพื่อให้ นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละโรค

3. จากประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเครียด ซึ่งพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลก่อนที่จะเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมาเข้ากลุ่มกับผู้วิจัย หากยังไม่มี ความไว้วางใจ ดังนั้น การพบกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชเพียงครั้งเดียวก่อน การดำเนินการตามโปรแกรม อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจได้ ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะวิธีการแก้ไขเพื่อสร้างให้ผู้ป่วยรายบุคคลเกิดความไว้วางใจ ด้วยการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพ ก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย ประมาณ 2 ครั้ง

4. ควรมีการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็น การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกจากชุมชน และสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา เจริญชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2552). สารสุขภาพ : ภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 2, ฉบับที่ 5, (2-6 กุมภาพันธ์ 2552).
- จรรย์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ จินดามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ. (2542). รายงานการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2536). บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลศาสตร์จุฬา.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. ในเอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน : 58-59 (29-30 กรกฎาคม). โรงพยาบาลสวนกุหลาบ, สุราษฎร์ธานี.
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจริญ ธานีรัตน์. (2548). ภัยจากความเครียด. วารสารพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, (ต.ค.-ธ.ค. 2548) หน้า 103-115. มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ทวี ตั้งเสรี. (2541). การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ทัยรัตน์ พันธุ์แพ. (2544). การประเมินภาวะเครียด การจัดการกับความเครียด และความต้องการคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของพี่เลี้ยงเด็กสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลกา บุญผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียม ศรีคำจักษ์, และ คณะ. (2550). แบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้มีภาวะจิตเภทในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรรณิษฐ์ กองสุข, และ คณะ. (2546). ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: ปัยยนต์ พับลิชชิ่ง.
- ธวัชชัย ลีพนาจ. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดิไซร์.

- ปราชนีย์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). **สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2545-2546 กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.**
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2548). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ปราณี รามสูต. (2547). **รู้ทันความเครียด. ลานปัญญา. ปีที่ 5, ฉบับที่ 1 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2547), หน้า 5-14. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. กรุงเทพฯ.**
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ. (2541). **โปรแกรมการจัดการความเครียดในที่ทำงาน. รายงานผลการวิจัย. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และการจัดสวัสดิการสังคม. กรุงเทพฯ.**
- เปรมฤดี คำรักษ์. (2545). **การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.**
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.**
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวิรัชย์, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). **ตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1) : 1-9.**
- ภารดี การเร็ว. (2541). **ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- กুমมาภิชชาติ แสงเขียว. (2542). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). **การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี.** ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์
เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยอดสร้อย วิเวการณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวินันท์ นุชศิลป์. (2552). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการประยุกต์การรับรู้
สมรรถนะตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียดของพนักงานใน
สถานประกอบการขนาดกลาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2553). **เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาและบทบาทภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วยุณี ช้างมิ่ง, ยาใจ สิทธิสงคราม, อธิรัตน์ วัฒนไพลิน, และเชิรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2546).
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการ
ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารสภาการพยาบาล, 18(3), 86-99.**
- วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). **โรคจิตเภท : ระบาดวิทยาและการรักษา.**
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 54 (ฉบับภาคผนวก1) : หน้า 21-37.

- สมคิด ตรีราภิ. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การพยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤติยา แสงเจริญ, ปราณิพร บุญเรือง, สมจิต แคนสีแก้ว, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถิต วงศ์ประภิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัจจา ทาโต. (2548). บทความวิชาการ : การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2548), หน้า 1-11.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธีรา สุริยวงศ์. (2551). มารู้เท่าทันโรคเครียดกันเถอะ. วารสารรามคำแหง. ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (เม.ย. - มิ.ย. 2551), หน้า 105-112. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. (2548). การศึกษารายาในผู้ป่วยจิตเภท. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4, หน้า 67-90. กรุงเทพมหานคร.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). ความวิตกกังวล. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- โสภณัท นุชนารถ. (2547). กลัวทำไมความเครียด. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย. ปีที่ 10 (2544), หน้า 137-152. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. กรุงเทพฯ
- อมรฤทธิ์ คชกุล. (2550). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดของนักเรียน นายร้อยตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณศึกษบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพจิตพิมพ์.
- อรพรรณ รอนราญ. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและอาการปวดศีรษะในผู้มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ วรรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้การคำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : เฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Alan, S. et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses : A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805–822.
- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., and Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0924-9338(03)00042-7]. *European Psychiatry*, 18(4), 149-154.

- Andreasen NC. Positive vs. negative schizophrenia: a critical evaluation. **Schizophr Bull** 1985;11: 380-389.
- Angell, B., and Test M.A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adult with schizophrenia. **Schizophr Bull**, 28 (2), 259-271.
- Betensky, J. D., Robinson, D. G., Bruce, H. G., and Sevy, S., (2008). Patterns of stressin schizophrenia. **Psychiatry Research**, 160(1-3), 38-46.
- Bozikas, V. P., et al. (2006). Community dysfunction in schizophrenia: Rate-limiting factors. [doi: DOI: 10.1016/j.pnpbp.2005.11.017]. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, 30(3), 463-470.
- Brekke J, Kay DD, Lee KS and Green MF. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. **Schizophr Res** ; 80;213-225.
- Browne, G., and Courtney, M. (2004). Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. **Nursing and Health Sciences**, 6, 37-44.
- Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, and V. A. Sadock (Eds.), **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry** (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Buchanan, R. W., Tamminga, C. A., and Schulz, S. C. (2005). Schizophrenia Research: A Progress Report, Summarizing Proceedings of the 1999 International Congress on Schizophrenia Research. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 26(2), 411-419.
- Buckwalter K.C., Gerdner L., Kohout F., and Hall GR., (1999). A nursing intervention to decrease depression in family Caregivers of persons with dementia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 13(2): 80-88.
- Chia et al., (2010). The Schizophrenia Cognition Rating Scale: Validation of an interview-based assessment of cognitive functioning in Asian patients with schizophrenia. **Psychiatry Research**. 178, 33–38.
- Chien, H.-C. et al. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0883-9417(03)00095-5]. **Archives of Psychiatric Nursing**, 17(5), 228-236.

- Christine C. Gispen-de Wied. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. **European Journal of Pharmacology**, 375-384.
- Clinton, M., Lunney, P. Edwards (1998), H., D. and Barr, J. (1988). Perceived social support and community adaption in schizophrenia. **Jurnal of Advanced Nursing**, 27, 955-965.
- Cohen, S. (1986). Contrasting the Hassles Scale and the Perceived Stress Scale: Who's Really Measuring Appraised Stress? [doi: DOI: 10.1037/0003-066X.41.6.716b]. **American Psychologist**, 41(6), 716-718.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, 24(4), 385-396.
- Cooke, M. et al. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2007.04.030]. **Schizophrenia Research**, 94(1-3), 12-22.
- Cunningham, P.A. (2007). The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**, 25(10): 645-652.
- Cunningham, P.A. (2007). The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**, 25(10): 645-652.
- Cutting, L. P., and Docherty, N. M. (2000). Schizophrenia Outpatients' Perceptions of Their Parents, : Is Expressed Emotion a Factor? [doi:]. **Journal of Abnormal Psychology**, 109(2), 266-272.
- Dawson, M. E., and Nuechterlein, K. H. (1984). Psychophysiological Dysfunctions in the Developmental Course of Schizophrenic Disorders. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 10(2), 204-232.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 26: 5-20.
- Garland Y. DeNelsky and Barbara W. Bush A. (1982). Coping Skills Model of Psychological Diagnosis and Treatment. **Professional Psychology: Research and Practice**.17(4), 322-330.
- Gispen-de Wied, C. C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. [doi: DOI: 10.1016/S0014-2999(00)00567-7]. **European Journal of Pharmacology**, 405(1-3), 375-384.

- Heinssen, R. K., Liberman, R. P. and Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. **Schizophr Bull**, 26(1), 21-46.
- Horan, W. P., and Blanchard, J. J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00227-X]. **Schizophrenia Research**, 60(2-3), 271-283.
- Horan, W. P., Brown, S. A., and Blanchard, J. J. (2007). Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping. [doi: DOI: 10.1016/j.psychres.2006.06.002]. **Psychiatry Research**, 149(1-3), 147-156.
- Horan, W. P. et al. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. **Psychiatry Res**, 151(1-2), 77-86.
- Horan, W. P. et al. (2005). Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies and altered subjective appraisals. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2004.07.019]. **Schizophrenia Research**, 75(2-3), 363-374.
- Keefe, R.S.E., Goldberg, T.E., Harvey, P.D., Gold, J.M., Poe, M.P., and Coughenour, L., (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. **Schizophrenia Research**, 68, 283–297.
- Kern, R. S., et al. (2009). Errorless learning for training individuals with schizophrenia at a community mental health setting providing work experience. **Schizophr Bull**, 35(4), 807-815.
- Kim S., and J. Ham Y.S. (1997). The relation of social function, cognitive function and symptom of chronic schizophrenia. **Korean J Clin Psychol**;16:27-40.
- Kleinman, L. et al. (2009). Development and psychometric performance of the schizophrenia objective functioning instrument: An interviewer administered measure of function. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2008.10.002]. **Schizophrenia Research**, 107(2-3), 275-285.
- Kurtz, M.M., Wexler, B.E., Fujimoto, M., Shagan, D.S., and Seltzer, J.C., (2008). Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. **Schizophrenia Research**, 102, 303–311.
- Lasarus, R. S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, A. D., S. Folkman and R. Gruen. . (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. **American Psychologist**, 40, 770-779.
- Leavell, H.R., & Clark, H.G. (1965). **Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach**, 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Lee JI, Kim JN, Kim H, Park YM, and Lee SH. Impairment of theory of mind in patients with schizophrenia and their first degree relatives. **In Proceedings of the Korean Academy of Schizophrenia Autumn Academic Meeting**. Seoul: Jungang Moonhwa, 2006. p.90.
- Leff, J., & Gamble, C. (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. **International Journal of Mental Health**, 24: 76–88.
- Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, Haan LD, and Schene AH. (2001) Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. **Br J Psychiatry** 179:53-58.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. **Psychiatry**, 57(2), 104-114.
- Liberman, R. P. (1997). Schizophrenia practice guideline. **Am J Psychiatry**, 154(12), 1792-1793; author reply 1793-1794.
- Liberman, R. P. (2001). Adaptive functioning in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 158(9), 1530-1531.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., and Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. **Am J Psychiatry**, 143(4), 523-526.
- Liberman, R. P., and Silbert, K. (2005). Community re-entry: development of life skills. **Psychiatry**, 68(3), 220-229.
- Lukoff, D., Liberman, R. P., and Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 12(4), 578-602.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J., and Nuechterlein, K. H. (1984). Life Events, Familial Stress, and Coping in the Developmental Course of Schizophrenia. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 10(2), 258-292.
- Lysaker, H.P., Lancaster, R.S., Nees, M.A., and Davis, L.W. (2004). Attributional style and Symptoms as predictors of Social function in schizophrenia. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, 41(2), 225-232.
- Maram, G. D. (1978). **The Group Approach in Nursing Practice**. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

- Miles, A. A., Heinrichs, R. W., and Ammari, N. "Real world" functioning in schizophrenia patients and healthy adults: Assessing validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. [doi: DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.052]. **Psychiatry Research, In Press, Corrected Proof.**
- Miller P., Ray C., Weir W., and Stewart. D. (1993). Ways of coping with Chronic Fatigue Syndrome: Development of an illness management. questionnaire. **Social Science and Medicine**, 37, (3) 385-391.
- Munroe-Blum, H., Collins, E., McCleary, L., and Nuttall, S. (1996). The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders. [doi: DOI: 10.1016/0920-9964(96)88527-6]. **Schizophrenia Research**, 20(1-2), 211-219.
- Norman. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00371-1]. **Schizophrenia Research**, 58(2-3), 293-303.
- Nuechterlein, K. H., and Dawson, M. E. (1984). Vulnerability and Stress Factors in the Developmental Course of Schizophrenic Disorders. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 10(2), 158-159.
- Nuechterlein, K. H., et al. (1992). Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 18(3), 387-425.
- Pallanti, S., Quercioli, L., and Pazzagli, A. Basic symptoms and P300 abnormalities in young schizophrenic patients. [doi: DOI: 10.1016/S0010-440X(99)90142-6]. **Comprehensive Psychiatry**, 40(5), 363-371.
- Pender, N.J., Mardaugh, C. I. and Parsons, M. A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4th ed. New Jersey : Upper Saddle River.
- Perivoliotisa, D., Granholmb, E.C., Patterson, T. L. (2004). Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 69, 307– 316.
- Pharaoh, F.M., Marij, J., & Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. **Cochrane Collaboration database of systematic reviews**, 1: 1–36.

- Raczek, A. E., et al. (1998). Comparison of Rasch and Summated Rating Scales Constructed from SF-36 Physical Functioning Items in Seven Countries: Results from the IQOLA Project. [doi: DOI: 10.1016/S0895-4356(98)00112-7]. **Journal of Clinical Epidemiology**, 51(11), 1203-1214.
- Ran, M.-S., et al. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. **Soc Psychiat Epidemiol**.
- Rosen, A., HadziPavlovic, D., and Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. [doi:]. **Schizophrenia Bulletin**, 15(2), 325-337.
- Rosotto, E., Wirshing, D. A., and Liberman, R. P. (2004). Rehab rounds: enhancing treatment adherence among persons with schizophrenia by teaching community reintegration skills. **Psychiatr Serv**, 55(1), 26-27.
- Rüsch, N., et al. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2009.01.005]. **Schizophrenia Research**, 110(1-3), 65-71.
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2000). **Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th edition**. Lippincott Williams & Wilkins
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2002). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral Sciences and clinical psychiatry(10th.ed.)**. Lippincott Williams & Wilkins. New York.
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2007). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral Sciences and clinical psychiatry(10th.ed.)**. Philadelphia :Williams & Willkins. New York.
- Saeed, K., Rehman, I., & Mubbashar, M.H. (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. **Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan**, 10: 7-9.
- Saraswat n., Rao k., Subbakrichna D.k., and Gangadhar B.N. (2006). The Socail Occupational Functioning Scale (SOFS) : A brief measure of Functional status in persons with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 81.301-309.

- Sheldon, C., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. **Journal of Health and Social Behavior**, 24(4), 385-396.
- Somlai, Z., Moustafa, A. A., Kéri, S., Myers, C. E., and Gluck, M. A. General functioning predicts reward and punishment learning in schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2010.07.028]. **Schizophrenia Research, In Press, Corrected Proof**.
- Sung-Man Bae, and Seung-Hwan Lee . (2010). Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia: Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. [doi: DOI: 10.4306/pi.2010.7.2.93]. **Psychiatry Investing** . 93-97.
- Torrey, E.F. (2006). **Surviving Schizophrenia**. 5th ed. New York : Harper Collins.
- Usall, J., Haro, J.M., Ochoa, S., Margues, M., and Araya. S. (2002). Influence of gender on Social outcome in schizophrenia. **Acta Psychiatria Scandinavica**, 106, 337-342.
- Üstün, T.B., & Sartorius, N. (1995). **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester, JohnWiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
- Vasile, D., Vasiliu, O., Vasile, M., Terpan, M., & Paraico, I. (2008). Coping mechanisms evaluation in chronic schizophrenic patients. [doi: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.907]. **European Psychiatry**, 23(Supplement 2), S151-S151.
- Velligan, D. I., et al. (1997). The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(97)00010-8]. **Schizophrenia Research**, 25(1), 21-31.
- Velligan, D.I., Bow-Thomas, C.C., Mahurin, R.K., Miller, A.L., and Halgunseth, L.C., (2000). Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 188, 518–524.
- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., L. Eckert, S., Hazleton, B. C., and Miller, A. (1997). Relationship between specific types of communication deviance and attentional performance in patients with schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0165-1781(97)03067-9]. **Psychiatry Research**, 70(1), 9-20.
- Ventura, J., et al. (2004). The timing of negative symptom exacerbations in relationship to positive symptom exacerbations in the early course of schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(03)00096-3]. **Schizophrenia Research**, 69(2-3), 333-342.

- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., and Hardesty, J. P. (1989). A Prospective Study of Stressful Life Events and Schizophrenic Relapse. [doi:]. **Journal of Abnormal Psychology**, 98(4), 407-411.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., and Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2003.09.002]. **Schizophrenia Research**, 69(2-3), 343-352.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., and Hwang, S. S. (2003). Coping behavior and symptom outcome in recent-onset schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(03)80083-X]. **Schizophrenia Research**, 60(1, Supplement 1), 28-28.
- Vrdoljak, M., Ivezic, S., and Jukic, M. K. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. [doi: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.701]. **European Psychiatry**, 23(Supplement 2), S90-S91.
- Wallace, C. J., and Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. **Psychiatry Res**, 15(3), 239-247.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998.). Methods for testing data quality, scaling assumption, and liability: The IQOLA Project approach. **J. Clin. Epidemiol.** 51:945-952.
- Wiedl, K. H., and Schottner B. (1991). Coping With Symptoms Related to Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 17(3), 525-538.
- Wilk, A.I., Jensen, N.M., & Havighurst, T.C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. **Journal of General Internal Medicine**, 12: 274–283.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). **Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope**. World Health Organization, Geneva.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริรัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
2. อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลบาลีสุภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ กาญจนา เลิศถาวรธรรม	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลบาลีสุภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี
4. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะการักษ์

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

$$CVI = \frac{36}{39} = 0.92$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความเครียด

$$CVI = \frac{12}{14} = 0.86$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

การคำนวณหาความสอดคล้องภายในของแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และแบบวัดการรับรู้ความเครียด คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

- α หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
 n หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
 $\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S_t^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งฉบับ}}$$

ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

- \bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
 $\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$S.D. = \sqrt{\frac{n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}}$$

- S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 ΣX หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
 ΣX^2 หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง
 n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลัง
 ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบ t แบบ Dependent Group มีสูตรในการ
 คำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{Sd}{\sqrt{n}}}$$

$$\bar{d} = \frac{\Sigma d}{n}$$

$$Sd = \sqrt{\frac{n \Sigma d^2 - (\Sigma d)^2}{n(n-1)}}$$

$$df = n - 1$$

- \bar{d} หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 Sd หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 n หมายถึง จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง
 df หมายถึง จำนวนค่าที่มีอิสระ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sp^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

\bar{X}_1, \bar{X}_2	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
$n_1 + n_2$	หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
Sp^2	หมายถึง ค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)
df	หมายถึง จำนวนค่าที่มีอิสระ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....)

ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หย่าร้าง

หม้าย

แยกทางกันอยู่

3. อายุปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

ไม่มีอาชีพ

รับจ้าง

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ธุรกิจส่วนตัว

ทำสวน/ทำนา/ทำไร่

ค้าขาย

อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน
7. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน.....ครั้ง
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
9. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ชื่อ.....สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท.....



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดทักษะชีวิต

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความ และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับพฤติกรรม โดยทั่วไปของผู้ป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

1. ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการริเริ่มสนทนาหรือสนทนาได้ตอบกับผู้อื่นหรือไม่
 1. ยากลำบากที่สุดกับการสนทนา
 2. ยากลำบากปานกลางกับการสนทนา
 3. ยากลำบากเล็กน้อยกับการสนทนา
 4. ไม่มีความยากลำบากกับการสนทนา

2. ผู้ป่วยเข้าไปก้าวก่าย หรือทำให้เกิดความวุ่นวายในการสนทนาของบุคคลอื่น (เช่น ชัดจังหวะเมื่อคุณกำลังพูด) หรือไม่
 1. ก้าวก่ายมากที่สุด
 2. ก้าวก่ายปานกลาง
 3. ก้าวก่ายเล็กน้อย
 4. ไม่ก้าวก่าย

3. ผู้ป่วยมีการแยกตัวออกจากการติดต่อทางสังคมหรือไม่
 1. แยกตัวออกไปเลย
 2. แยกตัวปานกลาง
 3. แยกตัวเล็กน้อย
 4. ไม่แยกตัว

39. ผู้ป่วยทำความรู้จักกับคนอื่น และ/หรือรักษาสัมพันธ์ภาพ หรือไม่
 1. ไม่ได้สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือไม่รักษาสัมพันธ์ภาพไว้เลย
 2. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพยากลำบากค่อนข้างมาก
 3. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพยากลำบากเล็กน้อย
 4. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพได้ดี

แบบวัดการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านในปัจจุบัน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกคำตอบและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละ 1-3 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก อารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิด					
2. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีค่าในชีวิตได้					
3. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก กระวนกระวายและเครียด					
4. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านจัดการ กับสิ่งที่น่ารำคาญใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ สำเร็จ					
5. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
6.....					
.....					
.....					
.....					
14. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก ว่าความยุ่งยากมีมากจนท่านไม่สามารถเอาชนะได้					

โปรแกรมการจัดการความเครียด

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 โดย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางบุษกมล สุภอักษร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การบำบัดด้วยยาโดยขาดการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเผชิญปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเกิดความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจแก้ไขปัญหาค่าการทำหน้าที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยการนำแนวคิดการจัดการกับความเครียด ของ Norman et al.(2002) ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 3 ประการคือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ดี 3) การปรับด้านการรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการ ฝึกการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และป้องกันการมีอาการกำเริบถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แนวคิดหลักการและเหตุผล	1
โปรแกรมการจัดการความเครียด	3
วัตถุประสงค์	8
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด	8
ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม	8
รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม	8
โครงสร้างของโปรแกรมการจัดการความเครียด	9
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญ ความเครียดด้วยวิธีการ ฝึกการผ่อนคลาย	
กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา	
กิจกรรมที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต	
กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย	
กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา	
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	
กิจกรรมที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป	
กำหนดการการดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมการจัดการความเครียด	9
รายละเอียดของโปรแกรมการจัดการความเครียด	11
รายการอ้างอิง	79

แผนการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการ

ฝึกการผ่อนคลาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้
2. บอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้น ต่อร่างกาย และจิตใจได้
3. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้
4. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
5. เลือกใช้วิธีคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจความเครียดด้วยตนเอง และถามถึงประสบการณ์การจัดการความเครียดที่ผ่านมา

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลด

ความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความเครียดให้น้อยลงได้ โดยการฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เช่น การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 แบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 1/2 สำรวงสาเหตุของความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 1/1 มารู้จักความเครียดกันเถอะ
4. ใบความรู้ที่ 1/2 การผ่อนคลายความเครียด
5. เครื่องเล่นแผ่นเสียง พร้อมแผ่นซีดีสำหรับฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลาย
6. คู่มือเรื่องการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการ สอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและระหว่างผู้วิจัยด้วยกัน	<p>๑ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย โดยการสื่อสารด้วยท่าทางและภาษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็น ได้แก่ ยิ้มแย้มแจ่มใส สบตากับผู้ที่เราพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดงความกระตือรือร้น สนใจในสิ่งที่สนทนา การสร้างความไว้วางใจ ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน เมื่อเกิดความไว้วางใจเกิดขึ้น กลุ่มผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกและประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้และการยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยผู้อื่น โดยมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัวให้กลุ่มผู้ป่วยฟัง ซึ่งจะส่งผลต่อการบำบัด คือ เกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มผู้ป่วยมีความไว้วางใจกัน รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือต่อการเข้ากลุ่ม</p>	<p>๑ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกล่าว ทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยกล่าว แนะนำตนเอง</p> <p>๑ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “วันนี้เป็นวันอะไรคะ” “รับประทานอาหารกลางวันกับอะไรคะ” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ (เวลา 10 นาที)</p>		๑ การสังเกตความสนใจและการซักถาม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้</p>	<p>๑ วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น</p> <p>๑ วันและเวลาในการทำกิจกรรมคือใช้เวลา 90 นาที สถานที่คือศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี ทุกวันจันทร์,ศุกร์</p>	<p>๑ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในแต่ละกิจกรรม</p> <p>ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม (เวลา 10 นาที)</p>		<p>๑ สังเกตการตอบคำถาม</p> <p>๑ สังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>
<p>3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุอาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้น ต่อร่างกายและจิตใจได้</p>	<p>๑ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และเมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงจะทำให้ยังมีอาการกำเริบถี่มากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังนี้ คือ</p> <p>1. ความเครียด</p> <p>1.1 ความเครียดคืออะไร</p> <p>1.2 ความเครียดเกิดจากอะไร</p>	<p>๑ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียด (เวลา 10 นาที)</p> <p>๑ ผู้วิจัยสรุปปัญหา</p>		<p>๑ ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุอาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้น ต่อร่างกายและจิตใจได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
	1.3 ผลของความเครียดเป็นอย่างไร	<p>ความเครียดที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อใช้เป็นหัวข้อในการสนทนาต่อไป</p> <p>๑ ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจตามใบความรู้ที่ 1/1 (ใช้เวลา 10 นาที)</p>	<p>๑ ใบความรู้ที่ 1/1</p> <p>๑ คู่มือเรื่อง การส่งเสริมการทำหน้าที่</p> <p>๑</p>	ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยสามารถประเมินความเครียดด้วยตนเองได้		<p>๑ ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 1/1 (เวลา 20 นาที)</p>	<p>๑ ใบงานที่ 1/1</p>	<p>๑ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองมีความเครียดในระดับใด</p>
5. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้	<p>๑ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น หลีกหนี ถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตัว</p> <p>เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งจะผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น</p>	<p>๑ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การจัดการความเครียดที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 1/2 (ใช้</p>	<p>๑ ใบงานที่ 1/2</p>	<p>๑ ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ดังนั้นผู้ปวยต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังนี้ คือ</p> <p>2. การจัดการกับความเครียด</p> <p>2.1 แนวทางในการจัดการกับความเครียด</p> <p>2.2 แก้ปัญหาได้ก็คลายเครียด</p>	<p>เวลา 10 นาที)</p> <p>๑ ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การจัดการ</p> <p>ความเครียดของผู้ปวยที่ผ่านมา</p>		
<p>6.ผู้ปวยสามารถเลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้</p>	<p>๑ การผ่อนคลายความเครียดทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ปวยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ โดยมีวิธีผ่อนคลายความเครียดดังนี้</p> <p>1 การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไป</p> <p>2 เทคนิคในการคลายเครียด</p> <p>- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ</p>	<p>๑ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด</p> <p>๑ ผู้วิจัยให้ผู้ปวยพูดถึงความรู้สึกหลังได้ฝึกการผ่อนคลายทั้งกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ</p> <p>๑ เปิดโอกาสให้ผู้ปวยซักถามข้อสงสัย</p> <p>๑ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม</p> <p>๑ นัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>๑ ใบความรู้ที่ ๑/๒</p> <p>๑ แผ่นซีดีฝึกผ่อนคลาย</p>	<p>๑ ผู้ปวยสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเองได้และสาธิตย้อนกลับในวิธีที่ตนเองเลือกได้</p>

ใบงานที่ 1/1

แบบทดสอบความเครียดด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้สำรวจความเครียดของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงระดับความเครียดของตนเอง เพื่อวางแผนในการจัดการกับความเครียดนั้น

คำชี้แจง ในระยะเวลา 2 เดือน ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้เล็กน้อย เพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ.....
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด....
4. มีความวุ่นวายใจ.....
5. ไม่อยากพบปะผู้คน.....
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับ 2 ข้าง
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง.....
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต.....
9. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า.....
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา.....
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ.....
12. รู้สึกเพลีย ไม่มีแรงจะทำอะไร.....
13. รู้สึกเหนื่อย ไม่อยากจะทำอะไร.....
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง.....
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ....
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ.....

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้ง คราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลัง หรือไหล่
18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย.....
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ.....
20. ความสุขทางเพศลดลง.....

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน รวมคะแนนไม่เกิน 60 คะแนน โดย จำนวนคำถาม 20 ข้อ ตอบว่า

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เป็นบ่อย = 2 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน เป็นประจำ = 3 คะแนน

การแปลผล

- 0-5 คะแนน แสดงว่า ผู้ตอบไม่จริงจัง ไม่ใส่ใจคำถาม
- 6-17 คะแนน แสดงว่า ปกติ/ไม่เครียด
- 18-25 คะแนน แสดงว่า เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
- 26-29 คะแนน แสดงว่า เครียดปานกลาง
- 30 คะแนน ขึ้นไป แสดงว่า เครียดมาก

ระดับคะแนน 0-5 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดในระดับต่ำ
มากเช่นนี้ อาจมีความหมายว่า

- ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง
- ท่านอาจเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อนไป
- ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจ เกือยชา
- ชีวิตประจำวันซ้ำซากจำเจ น่าเบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

ระดับคะแนน 6-17 ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถจัดการกับความเครียดใน
ชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจกับตนเอง
และสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก

ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 18-25 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจน และยังพอทนได้ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว แต่ในที่สุดท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดได้ และความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

ในกรณีนี้ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการหากิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนาน เพลิดเพลิน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ

อย่าลืมพูดคุยกับผู้ที่ไว้วางใจ พิจารณาและลงมือแก้ไขปัญหาลำดับความสำคัญอย่างรอบคอบและมีสติ

ระดับคะแนน 26-29 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้ง และวิกฤตการณ์ในชีวิต เป็นสัญญาณเตือนขึ้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความลำบาก ลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน จำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

สิ่งแรกที่ต้องรีบจัดการ คือ ท่านต้องมีวิธีคลายเครียดที่ดีและสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที โดยนั่งในท่าที่สบาย หายใจลึก ๆ ให้น้ำที่ท้องขยาย หายใจออกช้า ๆ นับ 1-10 ไปด้วย ท่านจะใช้วิธีนั่งสมาธิหรือสวดมนต์ก็ได้

ท่านควรแก้ไขปัญหาคิดขึ้น โดยค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง หาวิธีแก้ไขปัญหาหลาย ๆ วิธี พร้อมทั้งพิจารณาผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี เลือกวิธีที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้ต้องไม่สร้างปัญหาให้เพิ่มขึ้น หรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน วางแผนแก้ไขปัญหาลำดับขั้นตอน และลงมือแก้ปัญหาคิด

หากท่านไม่สามารถจัดการคลี่คลาย หรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาคิดด้วยตนเองได้ควรปรึกษาผู้ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตตามหน่วยงานต่าง ๆ

ระดับคะแนน 30-60 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง เรือร้าง ความพิการ ความสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและ

สุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น เอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของ

ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้ ในระดับนี้ท่านต้องไปปรึกษาหรือใช้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้คุณมองเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 1/2

สำรวจสาเหตุของความเครียด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทค้นหาปัญหาที่ทำให้ตนเองเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภททราบวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับปัญหาของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พร้อมทั้งบอกวิธีจัดการกับปัญหานั้น

ปัญหาใดบ้างที่ทำให้ท่านเครียด	วิธีจัดการกับปัญหา
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องการรับประทานยาโรคจิต เช่น ทานแล้ว ง่วงนอน ปากคอแห้ง	
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องอาการทางจิต เช่น หูแว่ว กลัว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน	
<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารได้น้อย หรือ มากเกินไป นอนไม่หลับเวลากลางคืน อ่อนเพลียไม่มีแรง	
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ ให้คนอื่นยืม เงินแล้วไม่ได้คืน ไม่มีรายได้	
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องเวลา เช่น ทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน การ ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการอยู่เฉยๆ	
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่กล้าพูดคุยหรือบอกกับ คนอื่นในสิ่งที่ตนต้องการ ไม่กล้าสวดาขณะพูดคุย	
<input type="checkbox"/> ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เช่น ทะเลาะกับคน ในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน นายจ้าง	
<input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องการรับรู้ตราบาป เช่น รู้สึกว่าคนอื่นดูถูก ตนเองที่ป่วยเป็นโรคทางจิต รู้สึกอับอายที่คนอื่นรู้ว่า ตนเองเป็นผู้ป่วยโรคจิต รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันใน สังคม เช่น เรื่องงาน รู้สึกว่าถูกสังคมรังเกียจ	
<input type="checkbox"/> ปัญหาอื่นๆ (ระบุ).....	

ความรู้ที่ 1/1 มารู้จักความเครียดกันเถอะ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น หลีกหนี ถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตัว และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดอย่างรุนแรงจะทำให้ยิ่งมีอาการกำเริบถี่มากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ เช่น การดูแลตนเอง และการทำบทบาทสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้ พบว่ามีสิ่งเร้า (stressors) หลายประการซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ความเครียดคืออะไร

ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคนจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อย หรือแม้เราจะรู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรงแต่เราพอจะรับมือไหวเราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก

ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้เรามีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไปจนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นแหละที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกัน

ความเครียดเกิดจากอะไร

ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาจากการรับประทานยา ปัญหาอาการทางจิต ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเงิน ปัญหาการจัดการเวลา ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล และปัญหาการรับรู้ตราบป เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดขึ้นมาได้

2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทมักรู้สึกว่าตนเองถูกสังกรรม์รังเกียจ รู้สึกว่าคนอื่นดูถูกตนเองที่ป่วยเป็นโรคจิต รู้สึกอับอายที่คนอื่นรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคจิต

รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันในสังคม เช่น เรื่องงาน รู้สึกว่าถูกสังคมรังเกียจ ซึ่งเรียกว่าเป็นการรับรู้ ตราบาปยิ่งผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้มีความเครียดมากขึ้นตามมา

ความเครียดมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียว แต่มักจะเกิดจากทั้งสองสาเหตุ ประกอบกัน คือ มีปัญหาเป็นตัวกระตุ้น และมีการคิด การประเมินสถานการณ์ เป็นตัวบ่งบอกว่า จะเครียดมากน้อยแค่ไหนนั่นเอง

ผลของความเครียดเป็นอย่างไร

1. **ผลต่อร่างกาย** อาการทางร่างกายอาจสังเกตได้โดย การเดินของซีพจรเบาและเร็ว การหายใจถี่ขึ้น หายใจสั้น ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อตึงเครียดทั้ง บริเวณต้นคอ แขน ขา มีอาการปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับ หรือวงแหวน หาวนอนตลอดเวลา ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย แพ้อากาศง่าย เป็นต้น

2. **ผลต่อจิตใจ** ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว้าวุ่น ลึนหวัง หมดความรู้สึกสนุกสนาน ขาดสมาธิ ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ยากแม้ในเรื่องง่าย มีความกลัวโดยไร้เหตุผล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น

3. **ผลต่อพฤติกรรม** ได้แก่ การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลงในบางคนมีการ กระตุกของกล้ามเนื้อ หรือมีอาการตาขยิบ บางคนชอบ ดึงผม กัดเล็บ ขบฟัน บดกราม กระทั่งทำ บางคนอาจมีอาการผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติดที่ เรื่องการนอนอาจมากขึ้นหรือน้อยลง ใช้นานนอนหลับ สูดบุหรู้ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดมากขึ้น มีการก้าวร้าว จู้จี้ขี้บ่น ชวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ เฝียขริม เก็บตัว เป็นต้น

การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับกดดันจนทำให้เกิดความทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อกลับไปสู่สภาวะสมดุลอีกครั้ง วิธีการจัดการกับสิ่ง ที่มาคุกคามนั้นให้หมดลดลงหรือลดอันตรายลงหรือแก้ไขสิ่งที่มาคุกคามนั้นให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น หรือเป็นการทำให้ตนเองสบายใจขึ้นเรียกว่า การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียดมีหลายรูปแบบ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับสาเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามได้ สำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติและไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่สังคม นำไปสู่การปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุล

ได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะไม่สามารถจัดการกับความเครียดให้ทุเลาเบาบางหรือหมดไปได้ (สุการ์ตัน หนูหอม, 2544)

แนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่

1. การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับความเครียด

1.1 รักษาสุขภาพร่างกาย โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำ ฯลฯ

1.2 รักษาสุขภาพจิต โดยหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ทำกิจกรรมที่ทำแล้วสบายใจ ทำงานอดิเรกที่ชอบ เลิกหมกมุ่นอยู่กับความคิดที่ทำให้จิตใจหมองเศร้า ฯลฯ

1.3 หาแนวร่วม โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว รักษามิตรภาพกับผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเพื่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหา

1.4 ฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ยึดหลักเหตุผล และคิดหาทางออกไว้หลาย ๆ ทาง แล้วลงมือทำตามแผนที่วางไว้ ถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลให้ลองวิธีถัดไปจนกว่าจะได้ผล

1.5 การใช้เทคนิคคลายเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2. การขจัดสาเหตุความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัญหาการรับประทานยา ปัญหาอาการทางจิต ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเงิน ปัญหาการจัดการเวลา ปัญหาการสื่อสาร และปัญหาการรับรู้ตรรกะป ดังนี้

2.1 ปัญหาการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทต้องปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

2.2 ปัญหาอาการทางจิต โดยการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

2.3 ปัญหาสุขภาพ โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เป็นต้น

2.4 ปัญหาการเงิน เปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายเงินเพื่อให้รายได้เพียงพอกับรายจ่าย

2.5 ปัญหาการจัดการเวลา ปรับเปลี่ยนระบบการทำงานเพื่อให้เกิดการคล่องตัว และปรับเปลี่ยนเวลาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของแต่ละวันให้เหมาะสม

2.6 ปัญหาการสื่อสาร ฝึกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

2.7 ปัญหาการรับรู้ตรรกะป ปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน รู้จักให้อภัย มองโลกหลาย ๆ แง่มุม อย่าเพิ่มความกดดันให้ตัวเอง โดยการมองโลกในแง่ร้าย เลิก

หมกมุ่นครุ่นคิดกับสิ่งที่ทำให้เราเศร้าหมองไม่ทอดอวย พยายามปลุกปลอบใจตัวเอง สร้างกำลังใจให้ตัวเองโดยคิดว่าจะต้องสู้เพื่อตัวเราและคนที่เรารัก

ข้อคิดในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันและแก้ไขความเครียด

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ในช่วงที่ยังแก้ปัญหาไม่ได้ จะรู้สึกเครียดมาก เมื่อแก้ปัญหาได้แล้ว ความเครียดก็จะหมดไป เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น จงละเว้นการแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. **อย่าแก้ปัญหาแบบวู่วามใช้อารมณ์เป็นใหญ่** เมื่อเจอปัญหา ให้พยายามสงบสติอารมณ์ อย่าเพิ่งอะอะว๊วววย ให้หายใจช้า ๆ ลึก ๆ สัก 4-5 ครั้ง หรือนับ 1-10 ก่อนจะตอบโต้อะไรออกไป จะได้ไม่ต้องมานั่งเสียใจภายหลังกับสิ่งที่ได้ทำไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ

2. **อย่าหนีปัญหา** แล้วหันเข้าหาบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน การเที่ยวกลางคืน เพื่อช่วยให้สบายใจขึ้นชั่วคราว จงกล้าเผชิญกับปัญหา และอย่าผัดวันประกันพรุ่ง รีบแก้ปัญหาเสียแต่เนิ่น ๆ อย่าปล่อยให้ค้างคาอยู่เป็นเวลานาน เพราะความเครียดจะสะสมมากขึ้นด้วย

3. **อย่าคิดแต่จะพึ่งพาผู้อื่นอยู่รำไป** จงถือคติ “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน” หัดใช้ความสามารถของตัวเองบ้าง แล้วจะเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง แต่ถ้าปัญหานั้นเหลือบ่ากว่าแรงจริง ๆ และลองใช้ความสามารถของตัวเองแล้วยังไม่ได้ผล การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็เป็นเรื่องที่พึงทำได้

4. **อย่าเอาแต่ลงโทษตัวเอง** คนเราทำผิดกันได้ ถ้าพลาดไปแล้ว จงให้ออกาสตัวเองที่จะแก้ไขและอย่าได้ทำผิดในเรื่องเดิมซ้ำอีก การเฝ้าคิดลงโทษตัวเองไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาและไม่ได้อะไรขึ้นมา นอกจากความทุกข์ใจเท่านั้น

5. **อย่าโยนความผิดให้คนอื่น** จงรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน การปฏิเสธไม่ยอมรับผิดชอบโดยโยนความผิดให้คนอื่นไม่ช่วยแก้ปัญหา มีแต่จะก่อความแตกแยกให้มากขึ้นเท่านั้นเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบความรู้ที่ 1/2

การผ่อนคลายความเครียด

การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไป

เมื่อรู้สึกเครียด คนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข ซึ่งวิธีคลายเครียดโดยทั่ว ๆ ไป มีดังนี้ คือ

- นอนหลับพักผ่อน
- ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิก ฯลฯ
- ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี
- เล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ
- ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์
- ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ
- ปลูกต้นไม้ ทำสวน
- เล่นกับสัตว์เลี้ยง
- จัดห้อง ตกแต่งบ้าน
- อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ เขียนบทกลอน
- พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง
- ไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ
- ไปท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ
- ฯลฯ

สิ่งที่สำคัญ คือ เมื่อเกิดความเครียด อย่าได้ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน เที่ยวกลางคืน กินจุบกินจิบ ฯลฯ เพราะนอกจากจะทำให้เสียสุขภาพและเสียเงินเสียทองแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมาก เช่น เมมาแล้วขับรถทำให้เกิดอุบัติเหตุ เสียพินันแล้วทำให้เกิดหนี้สิน เกิดความขัดแย้งในครอบครัว หรือใช้สารเสพติดแล้วนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งจะมีแต่ทำให้เครียดกว่าเดิมอีกหลายร้อยเท่าทีเดียว

เทคนิคในการผ่อนคลายความเครียด

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการ

ความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้านี้่วิ้วมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น

การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับ การคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าทางที่สบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ

ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ดังนี้

1. มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
2. มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน
3. หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
4. ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ช่นจมูกแล้วคลาย
5. ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปาก แล้วคลาย เม้มปากแน่น แล้ว

คลาย

6. คอ โดยก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
7. ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
8. หน้าท้อง และก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
9. เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้าแล้วคลาย
10. เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

ข้อแนะนำ

1. ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง 3-5 วินาที ผ่อนคลาย 10-15 วินาที เป็นต้น
2. เวลากำมือ ระวังอย่าให้เล็บจิกเนื้อตัวเอง
3. ควรฝึกประมาณ 8-12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
4. เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน
5. อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลาน้อยลง และสะดวกมากขึ้น

2. การฝึกการหายใจ

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไป

เลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น



วิธีการฝึก

1. นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกที่ท้องพองออก
2. กลับหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
3. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง
4. ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

1. การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง
2. ควรฝึกทุกครั้งที่มีสติเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่มีสติได้
3. ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น
4. ในแต่ละวันควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันในคราวเดียวกัน

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

1. อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
2. อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
3. อัตราการหายใจลดลง
4. ความดันโลหิตลดลง
5. ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

คู่มือ
ส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จัดทำโดย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางบุษกมล ศุภอักษร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีญพัทธ์ อูทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ใช้ศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองเรื่องการเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และไม่มีอาการกำเริบถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โรคจิตเภทคืออะไร.....	1
โรคจิตเภทเกิดจากอะไร.....	2
ผู้ป่วยจิตเภทรักษาได้อย่างไร.....	3
ทำอย่างไรเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา.....	4
รู้ได้อย่างไรว่ามีอาการกำเริบ.....	5
โรคจิตเภทรักษาหายหรือไม่.....	6
ความเครียดคืออะไร.....	7
ผ่อนคลายความเครียดได้อย่างไร.....	8
จัดการกับอาการทางจิตอย่างไร.....	10
การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย.....	12
บริหารการเงิน และเวลา.....	15
การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ.....	16

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. โรคจิตเภทคืออะไร

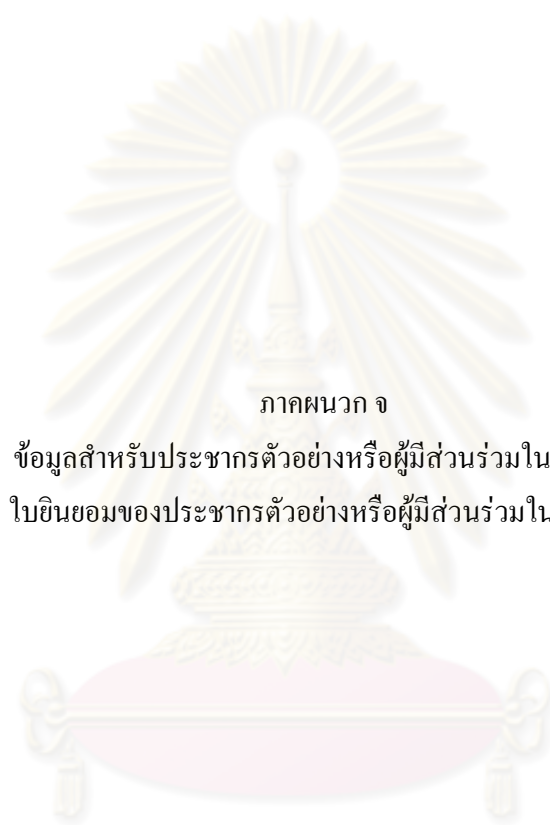
โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ผิดจากคนปกติทั่วไป

รู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคจิตเภท 

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น แต่งกายสกปรก พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว ปฏิบัติงานบกพร่อง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง
2. ความคิดผิดปกติ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่าถูกควบคุมบังคับ คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญผิดธรรมดา
3. ผิดปกติด้านอารมณ์ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น พูดเรื่องเศร้ากับยิ้ม มีอารมณ์เฉยชาไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
4. การรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว คือผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาพูดโดยไม่มีคนมาพูด ไม่รู้ว่าตนป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางบุษกมล ศุภอักษร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลราชบุรี ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี

(ที่บ้าน) 433/100 ถ.ศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 032-338260 โทรศัพท์มือถือ 083-8952968

E-mail: moobamboom@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10 และเป็น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ จำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นรายกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน
โรงพยาบาล คณะกรรมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำโดยการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยการจับสลาก

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรีจัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในชุมชน

ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจัดการกับความเครียดอย่างเป็นระบบจากการศึกษาของ Norman et al. (2002) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 8-10 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม และใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย ครั้งที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทายา ครั้งที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และเวลา ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป และยุติการทำกลุ่ม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า จะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบของ Norman (2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น **โดยสมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับโดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น **ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. มีการจ่ายค่าพาหนะ สำหรับผู้ที่มาเข้าร่วมทำกลุ่มกิจกรรม ครั้ง 100 บาท/คน

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.... โรงพยาบาลราชบุรี.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางบุษกมล ศุกอักษร

ที่อยู่ติดต่อ 433/100 ถนนศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000 โทรศัพท์ 083- 8952968

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และแบบวัดการรับรู้ความเครียด รวมถึงเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวนเป็น 7 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางบุษกมล ศุภอักษร)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Pos-test
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	118.90	141.10
	Std. Deviation	9.481	7.70
Most Extreme Differences	Absolute	.083	.19
	Positive	.083	.103
	Negative	-.073	-.194
Kolmogorov-Smirnov Z		.372	.866
Asymp. Sig. (2-tailed)		.999	.441

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 10 พออนุมานได้ว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Pos-test
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	118.65	117.05
	Std. Deviation	6.938	6.863
Most Extreme Differences	Absolute	.133	.161
	Positive	.115	.161
	Negative	-.133	-.094
Kolmogorov-Smirnov Z		.593	.719
Asymp. Sig. (2-tailed)		.873	.679

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 11 พออนุมานได้ว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางบุษกมล สุกอักษร เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2515 จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลปกเกล้าจันทบุรี เมื่อ พ.ศ. 2546 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย