

ผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

นางณัฐธิญา โสพิศพรมงคล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY GROUP PSYCHOEDUCATION ON FUNCTION
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Mrs. Nattiya Sospornmongkol

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 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายกรอบครีว
ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

โดย

นางณัฐจิญา โสพิศพรมงคล

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ณัฐจิญา โสพิศพรมงคล : ผลของการให้ความรู้แบบ กลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY GROUP
PSYCHOEDUCATION ON FUNCTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN
COMMUNITY) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 182 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มี วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว 2) เพื่อ
เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว
กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน
จำนวน 40 ครอบครัว ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลอง
ได้รับการดูแลโดยการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว 5 ครั้งๆละ 90-120 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์
ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเดือน การจัดการกับอารมณ์ การฝึกทักษะ
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของครอบครัว และการค้นหาแหล่ง
สนับสนุนทางสังคม เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดทักษะชีวิต 2) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วย
จิตเวช 3) แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สำหรับผู้ป่วย 4) แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
สำหรับสมาชิกในครอบครัว ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98, 0.98, 0.85 และ 0.95 และค่าความ
เที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.96 และ 0.99 ค่าความเที่ยง
ของคูเดอร์-ริชาร์ดสันของเครื่องมือชุดที่ 3, 4 เท่ากับ 0.82 และ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบที่
ผลการวิจัยคือ

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากให้ ความรู้แบบกลุ่มหลาย
ครอบครัวสูงกว่าก่อนการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว
สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2555

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์

5377805336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: FAMILY GROUP PSYCHOEDUCATION / FUNCTION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS COMMUNITY

NATTIYA SOPISPORN MONGKOL : THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY GROUP PSYCHO EDUCATION ON FUNCTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENT IN COMMUNITY.

ADVISOR: ASSIST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA , Ph.D., 182 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were two folds : 1) to compare the function of schizophrenic patients before and after receiving the multiple family group psycho education, and 2) to compare the function of schizophrenic patients who received multiple family group psycho education and those who received routine nursing care. Forty families of schizophrenic patients living in community were randomly assigned to experimental and control group, 20 family participants in each group. Participants of the experimental group attended the multiple family group psycho education for five session by weekly,90-120 minutes per session. The intervention included knowledge of schizophrenia, early warning sign, emotional management, daily life skills, sharing of successful family, and finding sources of social support. Research instruments were: 1) The Life Skills Profile, 2) Caregiving skills test, 3) A test of knowledge about schizophrenia for patients and 4) A test of knowledge about schizophrenia for family members. The content Validity Index of are instruments were 0.98, 0.98, 0.85 and 0.95. On Chronbach's Alpha Coefficient of the first and second instrument were 0.96, 0.99. Kuder – Richardson reliability of the third and fourth instruments were 0.82 and 0.81. Descriptive statistics and t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The function of community schizophrenic patients after attending the multiple family group psychoeducation was significantly higher than that before ($p < .05$)

2. The function of community schizophrenic patients who attended the multiple family group psychoeducation was significantly higher than those who received routine care ($p < .05$).

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature.....

Academic Year : 2012

Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุรินทร์ไชยา ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหัส พยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ช่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์คั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป พี่ๆน้องๆพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัยคั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยคั้งนี้ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	14
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	21
การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน.....	24
แนวคิดและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านโดยครอบครัว.....	30
การพัฒนาการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว.....	35
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	86

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	115
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	117
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	177
ภาคผนวก ช การวิเคราะห์ข้อมูล.....	179
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	183

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนและร้อยละของการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ป่วย.....	55
2	คะแนนและร้อยละของการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของครอบครัว.....	56
3	คะแนนทดสอบความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้าน	57
4	แสดงควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และระดับรายได้ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม.....	60
5	แสดงการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม.....	62
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	76
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม อาชีพ	
(ต่อ)	รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	77
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มครอบครัวจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	78
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มครอบครัวจำแนกตาม อาชีพ	
(ต่อ)	รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	79
8	คะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชนของครอบครัวและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	81
9	คะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชนของครอบครัวและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	82

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	83
11	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของ ครอบครัวก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N=20).....	84
12	ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85
13	วิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	180

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทคิดเป็น ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2007) อัตราการเกิดโรคจิตเภทในประเทศอังกฤษ ประมาณ 7.5 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี และในประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณ 7 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) สำหรับในประเทศไทย จำนวน ผู้ป่วยโรคจิตเภท คิดเป็น ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วย โรคจิตเวชทั้งหมด โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทแบบหวาดระแวงเป็นอันดับ 1 (รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2553) ผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยทำงานจนถึงกลุ่ม วัยสูงอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี 2551-2553 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก โรคจิตเภท รายใหม่ที่มารักษาคั้งแรกมีจำนวน 6,408, 5,527 และ 5,244 ราย ตามลำดับมีผู้ป่วย โรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 9,210, 9,124 และ 9,531 รายตามลำดับ จำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติทั้งในด้านรายรับและรายจ่ายเป็นอย่างมาก(กรมสุขภาพจิต, 2553)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการผิดปกติในด้านความคิดการรับรู้อารมณ์การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่นมีอาการหวาดระแวง พุดคนเดียว หลงผิด มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการดูแลความสะอาดของตนเอง บางรายมีอาการรุนแรงหงุดหงิดทำลายข้าวของ บุคลิกภาพแปรปรวน ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; Buchanan and Carpenter, 2005) โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (เพชร คันธสายบัว, 2548) ซึ่งการป่วยซ้ำแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี และต้องกลับไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจนกว่าอาการทุเลาจึงสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ญาติและครอบครัวมีภาระในการดูแล ส่งผลให้ญาติเกิดความวิตกกังวลและความเครียด และมีการสูญเสียทางสังคมเศรษฐกิจ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

ปัจจุบันนโยบายของกรมสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป มีการเร่งรัดและผลักดันให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วและยาวนานที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2550) ส่งผลให้โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆตอบสนองนโยบายในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นให้การรักษาระยะเฉียบพลันและรุนแรง ในรายที่มีอาการวิกฤติ (Crisis-Patient Episodes) หรือที่มีอาการเด่นชัด (Active Psychosis) (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547 ; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวและชุมชนโดยเร็ว

แต่ในขณะที่เดียวกันยัง ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่อง จากการที่บุคลากรในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน มักจะเกิด อาการกำเริบ และปัญหาในการทำหน้าที่ต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่

จากข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ เน้นการดูแลเชิงลึกในชุมชน ประกอบกับพื้นที่เป็นชุมชนเขตเมืองในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนประชากรหนาแน่นและแออัดที่ต้องรับผิดชอบเป็นจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมาอยู่ในชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมที่ไม่ทั่วถึง จากนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เร่งรัดให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้รับการส่งต่อให้เยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ในปี 2550-2553 และตามประกาศในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ศึกษาพบว่าจากข้อมูลในแฟ้มประวัติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทของศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับมาอยู่กับครอบครัวจะพบปัญหาในเรื่องของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุครบรับประทานยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ ยาเส้น สุรา เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของความเครียด การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกรุนแรงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี การศึกษา ของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547), มารศรี ปาณิวัตร (2548) เกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โรค จิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบจากประกาศการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย โรค จิตเภท ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กล่าวคือผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเผชิญปัญหา และการจัดการกับอาการต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านใน อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่ามีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแล ญาติไม่ยอมรับ ถูกกล่าวขังมีความขัดแย้งภายในครอบครัว ต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน ในต่างประเทศก็ได้มีการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภท และพบว่าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้สารเสพติด มีอาการทางจิต มีบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านอื่นๆอีก เช่นการไปตรวจตามนัด การจัดการเรื่องเวลา การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว และการรับประทานอาหารเป็นต้น

นอกจากนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทมี การเจ็บป่วย ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ ทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลายาวนานขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆลดลง (Norman et al., 2002) ได้แก่ การทำหน้าที่ ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน รวมถึงทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (Buchanan and Carpenter, 2005) ส่งผลให้ญาติและครอบครัวต้องมีการ ะในการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือ ขาดการพักผ่อนเต็มที่และสูญเสียรายได้ นอกจากนี้ และยังส่งผลถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง(พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปีพศ.2547 สูงถึง 28,230 บาทต่อราย ซึ่งสูงเป็นอันดับ2 รองจากผู้ป่วยที่มีเข่าปัญญาต่ำกว่าปกติ (เอนกสุวีรพันธ์และคณะ2550)

การทำหน้าที่ (Function) ของผู้ป่วย โรคจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) หมายถึง การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อทางสังคม 4) ด้านการสื่อสารและ 5) ด้านความรับผิดชอบ

หากการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภทในแต่ละด้านดังกล่าวไม่เหมาะสมย่อมทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่อ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้มีการจัดอันดับให้โรคจิตเภทอยู่ในสิบอันดับของโรคซึ่งก่อให้เกิดภาระโรค (10 facts burden of disease on the state of global health) (WHO, 2012) ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2549) จัดอันดับให้โรคจิตเภทเป็น โรคหนึ่งใน 20 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของ จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ(Years of Life Lost due to Disability: YLD) ซึ่งการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายช่วงกลุ่มอายุ 15-44 ปี ได้แก่ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 33 และสำหรับในเพศหญิงโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 17 พบในช่วงกลุ่มอายุ 15-44 ปี สำหรับจำนวนปีสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 12

ปัญหาที่แสดงถึงการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ 1) มีปัญหาในการดูแลตนเอง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการจัดการกับอาการต่างๆเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจะทำลายภาวะสมดุลของการทำหน้าที่ทางจิตใจ ความคิด และอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมักแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำลายสิ่งของและทำร้ายผู้อื่น (สุริรัตน์ โบจรัส, 2547) ไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ หรือไม่พอใจคนในครอบครัว ขว้างปาข้าวของ ตะโกนด่าผู้อื่น เป็นต้น 3) มีปัญหาในการติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) ไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม บุคลิกภาพแปรปรวน 4) มีปัญหาในด้านการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่

มักจะมีคามผิดปกติในด้านความคิด ซึ่งสื่อออกมาโดยการพูดจาสับสน ไม่รู้เรื่อง หัวเราะคนเดียว 5) มีปัญหาในด้านความรับผิดชอบต่างๆทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธ ความเจ็บป่วย ขาดความใส่ใจในเรื่องของการรับประทานยา ขาดการมาพบแพทย์ตามนัด ขาดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทั้งในครอบครัวและชุมชน

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบ ได้แก่ 1. ความเครียด (Stress) จากการศึกษาของ Vrdoljak et al. (2008) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้สึกที่ไวต่อความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น และรุนแรงจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆได้โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ และการแสดงบทบาทในครอบครัว 2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติทางลบ ต่อการเจ็บป่วยของตนบางรายปฏิเสธการดูแล พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคทางจิตเป็นโรคที่น่าอับอาย ไม่ปรึกษาปัญหาการเจ็บป่วยของตนกับญาติ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) ในขณะที่เดียวกันกับคนในชุมชนก็ยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน ล้อเลียนผู้ป่วยไม่ให้เกียรติ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอาการสงบแล้ว ก็ยังคงมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วย (สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) การมีทัศนคติเชิงลบ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกท้อแท้ทรมานใจ (Schulze & Angermeyer, 2003) มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นส่วนหนึ่งของการลดบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น 3. ความเชื่อด้านสุขภาพผิดๆ การไม่ทราบถึงแหล่งประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยขาดความเข้าใจเรื่องของการรับประทานยา ไม่อยากรับประทานยาในที่ทำงานและคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว จึงไม่รับประทานยา การไม่ร่วมมือในการรักษา (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำหน้าที่ ในด้านการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนตามมา 4. อาการทางลบ จากการศึกษาของ Robert (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 30 ที่มีอาการทางลบจะขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การดำเนินกิจวัตรประจำวันและการสื่อสาร

ปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว การที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจและการจัดการเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความรู้สึกเป็นภาระในประเด็นการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงๆ (High Expression Emotion) ปฏิสัมพันธ์แบบติเตียนวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มาก เกินไปมีผลต่อ ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้สูงกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ การ มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว

การแสดงออกทางอารมณ์ต่างๆของครอบครัวจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย และไม่เป็นมิตร ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ไม่ทราบวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนใจดูแลผู้ป่วย จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น่า มีโอกาสป่วยได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น่าสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548 ; Sadock & Sadock, 2003) เมื่อผู้ป่วยขาดการสนับสนุน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดความรับผิดชอบ ความใส่ใจในเรื่องการรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด ครอบครัวขาดทักษะในการสื่อสาร การไม่ยอมรับผู้ป่วย มีท่าทีรังเกียจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีปมด้อย เกิดความเครียด มีปัญหาในด้านการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นตามมา

จากปัญหาที่สำคัญต่างๆเหล่านี้ของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้เห็นถึงความจำเป็น ที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น และป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาพบว่าแนวคิดของ Danielson, Bissell and Fly (1993) ที่เน้นให้เห็นบทบาทของพยาบาล ได้อย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านซึ่งกล่าวว่า พยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความ เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้และยับยั้งพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย เข้าใจในความสำคัญของการ รักษาด้วยยา มีการแนะนำจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากแนวคิดในบทบาทของพยาบาลแล้ว ผู้ศึกษายังได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆ เพื่อ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน พบว่าการส่งเสริมให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โรคจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือตาม แผนการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภทดีขึ้น และช่วยลดอัตราการ ป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (McFarlane et al., 1995) การช่วยเหลือโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีหลาย รูปแบบ เช่น Family Psychoeducation, Family consultation, Family support เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลาย ครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) (McFarlane et al., 1995) ทำให้เกิดการสร้าง เครื่องข่ายทางสังคมให้เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้ป่วย โรคจิตเภทให้สามารถมองเห็นถึงปัญหาที่ขาดการ สนับสนุนและการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการทำกลุ่มแบบหลาย ครอบครัว มีหลักการที่สำคัญคือ การเน้นสภาพความเป็นจริงที่ครอบครัวและผู้ป่วย โรคจิตเภทประสบ ปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ การทำให้แต่ละ

ครอบครัวเกิดความรู้สึกเชื่อมโยง ช่วยกันประคับประคองทางด้านจิตใจ ซึ่งกันและกันมีลักษณะการเผชิญปัญหาคล้ายคลึงกัน มีแหล่งทรัพยากรทางจิตสังคม การสร้างและขยายเครือข่ายทางสังคม ผลช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในเรื่องทักษะการสื่อสารและการ แก้ไขปัญหา เพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภท การทำหน้าที่ทางสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทมีอัตราความร่วมมือในการรักษาสูง ลดการป่วยซ้ำได้ (Dyck et al., 2002; Hazel et al., 2004; Bradley et al., 2006)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) ของ (McFarlane et al., 1995) มาพัฒนาเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยการสนับสนุนกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างเครือข่ายเพื่อดูแลกันทางด้านจิตใจไปพร้อมๆกันเพื่อให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆดีขึ้น ได้แก่ เพิ่มการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี มีทักษะการติดต่อทางสังคม รวมทั้งการสื่อสาร และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ลดการป่วยซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้นได้ในที่สุด

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ ของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่ง ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว แตกต่างกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่ง ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ดีขึ้นไม่เกิดอาการกำเริบ และป่วยซ้ำ ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) คือ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพโดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน รวมถึงการจัดให้ครอบครัวจากหลายๆครอบครัว มีการพูดคุย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ของครอบครัว การประคับประคองด้านจิตใจ (McFarlane et al., 1995) เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อ กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ในการจัดการกับ ปัญหา จากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา อาการและอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้การ ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดีขึ้นในด้านการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะการอยู่ในสังคม (Chien et al., 2005) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำมาพัฒนาเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรม กลุ่มครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ดังนี้

ครั้งที่1: การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน

การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างการยอมรับ รวมถึงความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในการทำ กิจกรรมกลุ่ม มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และระหว่างครอบครัว ส่งผล ให้เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนาแก้ไขการทำหน้าที่ ด้านสัมพันธภาพที่บกพร่องในการติดต่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเอง ในด้านการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจได้เพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งจะเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องที่เป็น องค์ความรู้พื้นฐานในเรื่องของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาทาง จิตเวชเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ให้เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภทด้านการดูแล ตนเองดีขึ้น

ครั้งที่2: การระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

การระบายความรู้สึก เป็นวิธีการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหาร่วมกัน ของแต่ละครอบครัว การฝึกโดยแบ่งกลุ่มระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน บอกเล่าระบายถึงความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา รวมถึงการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เคย ใช้อย่างที่ได้ผล และไม่ได้ผล จากนั้นให้กลุ่มครอบครัวได้เรียนรู้ร่วมกันในเรื่องธรรมชาติของอารมณ์ แนวทาง และทักษะในการจัดการ และดูแลอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม มีการยกตัวอย่าง

สถานการณ์ในการฝึกการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นปัญหา ให้นำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ความต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดำเนินชีวิตประจำวันระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว เมื่ออยู่ที่บ้านถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ การปรับตัวให้เหมาะสมและเข้ากันได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น การฝึกเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็น ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร และทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผ่านกิจกรรม บทบาทสมมุติ (Role play) ร่วมกัน และนำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน การฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง ในการขอความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ช่วยให้ผู้อื่นเกิดการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกัน และตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Chien et al., 2003) ส่วนทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทาน อาหารและยา การทำหน้าที่ๆ ได้รับมอบหมายโดยการวางแผนร่วมกันในครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองดีขึ้น

ครั้งที่4: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

โดยการให้แต่ละครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการแก้ไขปัญหา ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว จะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยในการสนับสนุนด้านจิตใจว่าหลายๆครอบครัวก็มีปัญหาอุปสรรคคล้ายๆกัน มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้เรียนรู้ ข้อมูลความรู้ รวมถึงวิธีการและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยได้มองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ และความเชื่อต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ ว่าอยู่ในวิสัยที่ตนจะควบคุมได้ เรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหากจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น รวมถึงมองเห็นความสำคัญของปัญหาที่มีผลต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน นำไปสู่การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาให้ลดลงหรือหมดไป

ครั้งที่5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

การจัดให้แต่ละครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและคิดว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพทำให้

แต่ละครอบครัวรู้จักกันมากขึ้นเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างครอบครัวที่ติดต่อกันได้ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแต่ละครอบครัวมีความมั่นใจในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เป็นผลให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายความช่วยเหลือทางสังคม (Chien et al., 2004)

จากการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าสามารถส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ดังนั้น จึงได้ตั้งสมมุติฐานทางการวิจัยดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว และผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัว และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พักพิงที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

2) ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การทำหน้าที่ หมายถึง การทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในด้านต่างๆ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อทางสังคม 4) ด้านการสื่อสาร และ 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ แบบวัดทักษะชีวิต The Life Skills Profile (LSP) ของ Rosen et al. (1989) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณวรรณชาติ (2550)

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของ International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) หรือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition TR text Revision (DSM-IV-TR) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งชาย และหญิง ซึ่งได้รับการจำหน่ายจาก

โรงพยาบาลให้กลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัวในชุมชนและได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

การพยาบาล ตามปกติ หมายถึง การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวในชุมชน โดยการให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยเมื่ออาการกำเริบ

การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในการ ให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยผู้วิจัย พัฒนาจากรูปแบบของ McFarlane et al. (1995) ซึ่งมีแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพโดยเน้นที่การ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน ร่วมกับการสนับสนุน ประคับประคองด้านจิตใจของแต่ละครอบครัว โดยการจัดให้ครอบครัวจากหลายๆครอบครัวได้มีการ พุดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัวการประคับประคอง ด้านจิตใจในการที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา อาการและอาการ เตือนของผู้ป่วย ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นในด้านการดูแลตนเอง เพิ่มทักษะการอยู่ ในสังคมโดยทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและ อาการเตือน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 120 นาที ในการสร้างสัมพันธภาพร่วมกันในครอบครัวและระหว่างกลุ่มครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับและ ความไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจ และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี จากนั้นมีการแบ่งกลุ่มทำฐานร่วมกัน ในแต่ละ ครอบครัว เพื่อให้ความรู้ในเรื่องของ โรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา ที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งการจัดการกับอาการข้างเคียง พร้อมทั้งฝึกให้ ครอบครัว มีส่วนร่วมในการ สังเกต และจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น

ครั้งที่ 2: การระบายความรู้สึก การพัฒนาทักษะและการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การดำเนิน กิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 120 นาที ในการแบ่งกลุ่มแยกระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ให้ได้ระบายความรู้สึก ความเครียด รวมถึงอารมณ์ต่างๆที่เคยเกิดขึ้น แต่ไม่สามารถ จัดการได้ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นให้ฝึกร่วมกันในแต่ละครอบครัวในการรู้จักกับอารมณ์ต่างๆ รวมทั้งวิธีการสังเกตอารมณ์ของตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้จากบทรคำ และการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น

โดยการใช้อุสทานการณ์ตัวอย่าง เพื่อให้เกิดจินตนาการและความรู้สึกเหมือนอยู่ในสถานการณ์จริง และให้นำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 3: การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลาประมาณ 120 นาที เป็นการฝึกผ่าน บทบาทสมมติ ระหว่างครอบครัว และนำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน โดยแบ่งการพัฒนาทักษะที่จำเป็นออกเป็น 2 ด้านคือ 1.การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร เป็นการฝึกให้ครอบครัวแต่ละครอบครัว มีการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกัน และตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Chien et al., 2003) 2.การพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารเช้า การทำหน้าที่ๆที่ได้รับมอบหมายโดยการวางแผนร่วมกันในครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองดีขึ้น

ครั้งที่ 4: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลาประมาณ 90 นาที โดยให้กลุ่มครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการเผชิญ และแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างครอบครัวของแต่ละครอบครัว เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้มองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลาประมาณ 90 นาที โดยเริ่มจากให้กลุ่มครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุน แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ที่มีอยู่ในชุมชน ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัว และร่วมกันสร้างเครือข่ายที่ติดต่อกันได้ของครอบครัวแต่ละครอบครัว เพื่อให้เกิดการสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีความคุ้นเคย มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในการที่จะให้คำปรึกษาและสนับสนุนซึ่งกันและกัน **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อฟื้นฟูสภาพ ในการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2. เป็นแนวทาง ในการพัฒนามาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานกรุงเทพมหานครให้มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

3. เป็นแนวทาง ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึง การบริหารจัดการในระบบการดูแลที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ผลงานวิจัยเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้การให้ความรู้แบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งเสนอเป็นลำดับดังนี้

1.ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

1.5 การรักษา

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะปัญหาที่พบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3.การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3.1ความหมายและองค์ประกอบของการทำหน้าที่

3.2ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.3การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

4.แนวคิดและรูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

4.1แนวคิด/ทฤษฎีการเรียนรู้

4.2แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

4.3รูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

5.การพัฒนาการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

6.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

6.2เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

ความเป็นมาของโรคจิตเภทได้มีการบันทึกของนักปรัชญาชาวกรีกว่าเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมในเวลาต่อมา Kraepelin จิตแพทย์ชาวเยอรมันได้เรียกพฤติกรรมผิดปกตินี้ว่า Dementia Praecox และให้ความหมายใหม่ว่าเป็นภาวะเสี่ยงที่เกิดก่อนวัยอันควร Bleuler (1857-1939) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชาวสวิส พบว่าอาการที่ผิดปกติไม่ใช่อาการเสื่อมของสมอง แต่ผู้ป่วยมีความแตกแยกของความคิด (thought) อารมณ์(emotion) และพฤติกรรม(behavior) โดยมีลักษณะความคิดแปรปรวน(associational disturbances) มีอารมณ์ที่แปรปรวน(affective) จึงได้มีการเรียกชื่อใหม่ว่าโรคจิตเภท(schizophrenia)แทน Dementia Praecox และใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition (DSMV-IV) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆลดลงซึ่งประกอบด้วยอาการทางบวกเช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พุดจาตัมสน และอาการทางลบเช่น ไม่กระตือรือร้น เฉยเมย เฉื่อยชา เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน และอาจจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้มีปัญหาความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เรียกว่า The 10th Edition of the International Classification Diseases (ICD-10) และให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่มีสติสัมปชัญญะ และความสามารถทางด้านเขาว่าปัญญาดีอยู่ ถึงแม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิดโดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

Sadock & Sadock (2003) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีลักษณะของอาการทางบวก และอาการทางลบ เป็นสาเหตุของความเสื่อมของการรับรู้ ดังนั้นอาการของโรคจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม และการทำหน้าที่

สมภพ เรืองตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน และในช่วงเวลานั้นต้องมีอาการในระบะที่เป็นมาก (Active phase) โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือ สารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะอาการเด่น ส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงทางกายหรือมีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะในส่วน of สมอง

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยไม่มีความผิดปกติของโรคทางกายและพยาธิสภาพของโรคทางสมอง ทำให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ การประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ไม่ได้มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมาเหมือนโรคทางกาย การเจ็บป่วยมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการที่จะทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีองค์ประกอบแต่ละอย่างไม่เท่ากัน บางรายหาสาเหตุได้ยากมาก แต่มีปัจจัยหลักๆที่เชื่อกันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทดังนี้ (Sadock & Sadock, 2003; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุขนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ

1) ด้านสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical Factor) มีสมมุติฐานที่เกี่ยวข้องกับสารโดปามีน (Dopamine hypothesis) ที่เชื่อกันว่ามีการผลิตสารนี้ออกมากระตุนการทำงานของเซลล์สมองโดยเฉพาะส่วน mesolimbic receptor ทำให้มีโดปามีนมากเกินไป ทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้น มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้คือเมื่อให้ยากดกลุ่ม antipsychotic drugs ซึ่งเป็น dopamine blocker ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และยังพบว่ามีสารที่ไปเพิ่มการผลิตของโดปามีนในสมองเช่น Amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตได้

นอกจากนี้ยังมีสมมุติฐานทางชีวเคมีอื่นๆที่ทำให้เกิดความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง Serotonin กับ Dopamine คือการใช้ยาในกลุ่ม Serotonin-dopamine antagonists ได้แก่ Clozapine และ Risperidone ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ serotonin receptor มากกว่า dopamine D2 receptor

2) ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor) จากการศึกษาคครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้โดยครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท จะทำให้บุตรมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคได้ถึงร้อยละ 12 แต่ถ้าในครอบครัวป่วยทั้งบิดาและมารดา จะทำให้บุตรมีโอกาสป่วยเป็นโรคได้สูงถึงร้อยละ 40 สำหรับคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 47 เท่า ในบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคได้มากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

3) ด้านกายวิภาคของสมองมีการศึกษาสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มี Ventricle ขยายใหญ่ ปริมาณเนื้อสมองน้อยลง โดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter มีความผิดปกติของ Limbic system ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับด้านความจำ สมาธิ การแสดงออกของอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดของ Hippocampus และ Amygdale เล็กลง ยังมีความผิดปกติของสมองส่วน

Prefrontal lobe ที่พบว่า มีขนาดเล็กลง (Prefrontal atrophy) และใน ส่วน Frontal lobe มี Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลง

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor) พบว่ามีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) ของซิกมันด์ فروยด์ ที่เชื่อว่าโรคจิตเภท เป็นผลมาจากการถูกขัดขวางพัฒนาการในวัยเด็ก ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจที่ไม่สามารถจัดการตนเอง หรือตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการ และแรงขับจากแรงผลักดันภายในที่เป็นสัญชาตญาณ (Instinct) ส่งผลให้เกิดปัญหาของการทำหน้าที่ทางจิตใจของตน ประกอบกับการเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม และไม่ช่วยแก้ปัญหา เช่น การโยนความผิดให้ผู้อื่น (Projection), การแสดงพฤติกรรมถดถอย (Regression), การปฏิเสธสิ่งต่างๆ (Denial) ทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจได้

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีการเรียนรู้การตอบสนองที่ไม่เหมาะสม แต่สามารถช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ ก็จะทำให้การเรียนรู้ที่ผิดจนกลายเป็นพยาธิสภาพไป นอกจากนี้ยังมีการเลียนแบบในเรื่องความคิดของพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีตั้งแต่ในวัยเด็ก

3) กลไกภายในครอบครัว (Family dynamics) พบว่าครอบครัวที่มี การทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunction family) เช่น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Double blind families) จะสร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะในเด็กที่จะเกิดความยุ่งยากใจในการแยกแยะความจริงเกิดเป็นความไม่ไว้วางใจ ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นในสังคม ครอบครัวที่มีปัญหาแตกแยกของพ่อแม่ ครอบครัวที่พ่อหรือแม่มีความสนิทสนมกับลูกมากเกินไป จนทำให้อีกฝ่ายรู้สึกอึดอัด ครอบครัวที่แสวงรักใคร่หรือแสวงเกลียดชังกันหรือทะเลาะกัน ทำให้คนในครอบครัวเกิดโรคจิตเภทได้

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factor) พบว่าภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภทได้ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนมีโอกาสป่วยเป็นโรคได้มากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า (นันทิกาทวิชาติ, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท มักจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกให้ออกจากงาน เป็นต้น

1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค

ลักษณะอาการที่แสดงออกจะมี 2 กลุ่มอาการคือ อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) และอาการทางด้านลบ (Negative symptoms) ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางด้านบวก (Positive symptoms) จะพบได้บ่อยในช่วงระยะอาการกำเริบ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่

1) อาการหลงผิด (Delusion) คือการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่นเชื่อว่ามีคนจะปองร้ายตน เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นรอบๆตัวล้วนเกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น หลงผิดคิดว่าเรื่องในโทรทัศน์ที่อยู่เกี่ยวข้องกันกับตนเอง หลงผิดเห็นคนคุยกันก็คิดว่าคุยเรื่องของตนเอง หลงผิดคิดว่าตนเองมีอิทธิฤทธิ์เป็นเทพ หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิดหลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย คิดว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือมีร่างกายที่ผิดปกติไปจากเดิม ฯลฯ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่ว่าจะยืนยันอย่างไร ผู้ป่วยก็ไม่เปลี่ยนความเชื่อนั้น เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยได้พบในโรคจิตเวชอื่นๆ

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทั่วๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ที่พบบ่อยได้แก่ อาการหูแว่ว ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนพูดคุยกันในเรื่องของตนเอง (Voice discussion) หรือเสียงที่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของตนเอง (Voice commenting) อาการที่พบรองลงมาได้แก่ เห็นภาพหลอน (Visual hallucination) ผู้ป่วยจะบอกว่าเห็นภาพของคนใกล้ชิดมาหา เห็นเทพเจ้าต่างๆซึ่งเล่ารายละเอียดได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีอาการประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ ลิ้นรับรสแปลกๆ แต่พบไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด (Thought disorder) คือ การที่ผู้ป่วยมักจะมีความคิด ไม่เหมาะสม ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน มีอาการหมกหมุ่นอยู่กับความคิดของตน ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งจะแสดงออกโดยการพูด ผู้ป่วยจะพูดสับสน ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งแต่ไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยที่เนื้อเรื่องไม่เกี่ยวข้องกันเรื่องเดิม ตอบไม่ตรงคำถาม ผู้ป่วยบางรายอาจจะใช้คำแปลกที่คนอื่นฟังไม่เข้าใจนอกจากตัวผู้ป่วยเอง อาการต่างๆเหล่านี้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าตนเองผิดปกติไป จึงยากแก่การรักษา

4) อาการด้านพฤติกรรม (Disorganized behavior) คือการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น ไม่อาบน้ำ เก็บตัว วามากขึ้น ไม่พูดคุยกับใคร กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวขึ้น อาจทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ได้

5) อาการด้านอารมณ์ (Emotions) คือการที่ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หัวเราะคนเดียวทั้งๆที่ไม่มีเรื่องขำ หรือนั่งร้องไห้คนเดียว อาจจะพบอาการเฉยเมยไร้อารมณ์

1.3.2 กลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นภาวะขาดในสิ่งที่คุณทั่วไปควรมีโดยเฉพาะด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ได้แก่

1) ไม่ค่อยพูด (Alogia) พูดน้อย ถามคำตอบคำ ใช้เวลานานมากกว่าจะตอบคำถาม

2) ไร้อารมณ์ (Affective flattening) มีการแสดงออกของอารมณ์น้อยมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา

3) เฉื่อยชา (Avolition-apathy) ไม่กระตือรือร้น เฉยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายไม่สนใจเรื่องการเรียนหรือการทำงาน ผู้ป่วยสามารถอยู่เฉยๆได้ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร

4) ไม่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Anhedonia-associality) ผู้ป่วยจะเก็บตัวเฉยๆ ไม่แสดงออก ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่คบหาสมาคมกับใคร อาการลักษณะนี้จะพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน

1.3.3 ลักษณะการดำเนินโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการดำเนินโรคซ้ำๆ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมชย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจะเก็บตัวมากขึ้นไม่สนใจเรื่องสุขอนามัย การแต่งกาย การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติหรือคนใกล้ชิดเริ่มสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีการใช้คำแปลกๆ สำนวนแปลกๆ บางครั้งอาจจะมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน สนใจเรื่องของศาสนา ปรัชญา จิตวิทยา หรือ เรื่องของไสยศาสตร์ ระยะเวลาในช่วงนี้โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น สอบตก ตกงาน คนในครอบครัวเสียชีวิต ผิดหวังจากสามีหรือภรรยา เป็นต้น อาการแสดงส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น หวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาจจะเก็บตัวไม่สนใจตนเอง หรือสิ่งแวดลอม

3) ระยะอาการทุเลาหรือระยะอาการคงที่ (Stabilization phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆเริ่มสงบลง ไม่รุนแรง ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลย หรือบางรายมีอาการแต่ไม่ได้เป็นอาการของโรคจิตเด่นชัด เช่น อาจมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล หงุดหงิดเป็นครั้งคราว ระยะนี้จะพบอาการที่เป็นด้านลบมากกว่า

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่นิยมใช้โดยทั่วไปมี 2 ระบบได้แก่ การจัดระบบวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition Text Revision (DSMV-IV TR) และการจัดระบบวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรคเรียกว่า The 10th Edition of the International Classification Diseases (ICD-10)

เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSMV-IV TR มีดังนี้

1.4.1 ตามลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) โดยผู้ป่วยต้องมีอาการเฉพาะตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป และมีอาการมากกว่า 1 เดือน ดังต่อไปนี้

- 1) อาการหลงผิด (Delusion)
- 2) อาการประสาทหลอน (Hallucination)
- 3) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Disorganized speech)

4) มีพฤติกรรมไม่เป็นระเบียบ สับสน วุ่นวาย ที่แสดงให้เห็นได้ชัดว่าผิดปกติ (Grossly disorganized behavior หรือ Catatonic behavior)

5) อาการต่างๆด้านลบ (Negative symptoms)

กรณีในข้อ 1.4.1 ถ้ามีอาการแสดงต่อไปนี้ถึงแม้มีเพียง 1 ข้อก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ ได้แก่กลุ่มอาการหลงผิด ที่มีลักษณะแบบแปลกๆที่เป็นไปไม่ได้เลย (Bizarre delusion) หรือมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงพูดหรือวิจารณ์ การกระทำต่างๆของตัวเอง (Voice commenting) หรือ มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนอื่นพูดกันถึงเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussing)

1.4.2 มีความเสื่อม หรือมีปัญหาทางด้านสังคม ด้านการงาน ด้านอาชีพ (Occupational function) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม หรือการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เป็นต้น

1.4.3 ต้องมีอาการติดต่อกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการตามข้อ 1.4.1 อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจจะเป็น Prodromal phase หรือ Stabilization phase

1.4.4 ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่นๆ

1.4.5 อาการที่แสดงต้องไม่เกิดจาก การใช้ยา หรือสารเสพติดใดๆ หรือมีอาการจากโรคทางกาย

1.5 การรักษา

โรคจิตเภท มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายๆอย่างประกอบกัน ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา (Drug treatment) โดยการใช้กลุ่มยาด้านโรคจิต (Antipsychotic Drug) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และสะดวกกว่าวิธีอื่นๆซึ่งยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จะเห็นผลได้หลังจากได้รับยาประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการแสดงต่างๆของโรคจะลดลง และจะเห็นผลดีที่สุดหลังได้รับยา 4-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้อง ังได้รับยาต่อเนื่องไปอีก 1-2ปีจนกว่าอาการจะคงที่ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านเข้าสมองในจำนวนและเวลาจำกัดให้แรงดันไฟฟ้าอยู่ระหว่าง 70-130 โวลต์ ทำให้เกิดอาการชักเกร็งทั้งตัว ปัจจุบันนิยมใช้วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดัดแปลง(modify ECT) โดยการใช้ยาสลบจำพวกยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อช่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งที่ไม่รุนแรง วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะที่มีอาการรุนแรง ควบคุมอาการไม่ได้ หรือผู้ที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล นอกจากนี้ยังใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม การเคลื่อนไหวแบบ Catatonic หรือผู้ป่วย Severe depression ร่วมด้วย

1.5.3 การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการรักษาแม้อาการของโรคจะลดลงแล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีอาการเสื่อมในด้านกรมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านการทำงาน การบำบัดด้านจิตสังคมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาที่มีความสามารถในการเผชิญ

ปัญหาและความเครียด (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมช สุนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) เน้นการบำบัดทั้งกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวโดยทั่วไปมักจะทำควบคู่ไปกับการใช้ยารักษาโรคจิต ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาแบบประคับประคอง มุ่งเน้นเฉพาะปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพ พิจารณาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบการบำบัดที่สำคัญ โดยจะอาศัยอิทธิพลและกระบวนการจากกลุ่ม เพื่อปรับความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาทักษะทางสังคมได้

2) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา การจัดการกับอาการ และทักษะต่างๆที่ครอบครัวควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งเสริม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Cheng & Chan, 2005)

3) กิจกรรมบำบัด (Activity therapy group) เป็นการใช้กิจกรรมในหลายๆรูปแบบในการบำบัด เพื่อให้เกิดความสนุกสนาน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และการกระตุ้นให้แสดงความคิดจากกลุ่มกันเอง ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรี กลุ่มทำอาหาร กลุ่มกีฬา เป็นต้น

4) สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อช่วยเหลือในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น การบำบัดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

5) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจในกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหามาเป็นการฝึกทักษะทางสังคม และเกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ

6) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการนำหลักของทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการเสริมแรง การฝึกความกล้าในการแสดงออก การเรียนรู้จากต้นแบบทางสังคม การพัฒนาทักษะที่จำเป็น การสร้างความเข้าใจและเปลี่ยนวิธีคิด หากได้รับการเรียนรู้และการฝึกคิดที่เหมาะสมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมใหม่ได้

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านการรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ในการให้การพยาบาลนั้นจะต้องครอบคลุมด้วยการดูแลครบทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเริ่มจากการดูแลสุขอนามัย พยาบาลจะต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย การรับประทานอาหาร น้ำ และยา การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ในด้านจิตใจและกระบวนการคิด พยาบาล

ต้องคอยดูแลให้ความเป็นจริงกับผู้ป่วยแต่ต้องไม่ขัดกับความรู้สึกของผู้ป่วย การสังเกตและการแปลความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมและการตอบสนองทางความคิด และอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พยาบาลต้องคอยช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคม ส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงควรต้องมีการศึกษาปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุในด้านพฤติกรรม ระดับของพฤติกรรม และในด้านอื่น ๆ ที่เป็นปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตามกระบวนการทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาลทั้งระยะสั้น และระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรการใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแล ด้วยความละเอียด รอบคอบ การประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมในทุกด้าน ให้การวินิจฉัยและการปฏิบัติการพยาบาลตรงตามที่เหมาะสมได้ วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อเป็นการช่วยเหลือรอบคอบ และผู้ป่วยให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะปัญหาที่พบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัว และชุมชนภายหลังเข้ารับการรักษา มีอาการสงบและแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ แต่ก็มีบางรายที่ยังมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน (Cunningham, 2007) ในขณะที่บางรายอาจจะมีความผิดปกติขึ้น แต่ก็ชั่วระยะเวลาหนึ่งไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะส่งผลถึงการทำหน้าที่ในด้านต่างๆของผู้ป่วยด้วยดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ การไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ช่วยเหลือตนเอง ซึ่งส่งผลถึงการทำหน้าที่ในด้านของพฤติกรรมดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน ผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมักจะหยุดยาเอง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ บางรายขาดความเข้าใจ เบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา หยุดยาเอง ไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับยาต่อ ซึ่งส่งผลถึงการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง

2.1.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพและการสื่อสารกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีการแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น ไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน บางรายเกิดความขัดแย้งกับครอบครัว บุคคลในครอบครัวไม่ให้การยอมรับ คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระและสร้างความอับอาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการทำหน้าที่ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้อื่นตามมา

2.1.4 ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงอารมณ์โกรธ เอะอะ อาละวาด ทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สินข้าวของเสียหาย ส่งผลถึงการทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

2.1.5 ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม เกิดความอับอายในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ไม่มีสมาธิในการปฏิบัติงาน บางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

2.1.6 ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 3 ใน 4 ที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด ในผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังสูบเป็นประจำอีกถึงร้อยละ 45.1 ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตลดลง

2.1.7 ปัญหาขาดการดูแลเอาใจใส่ เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยมักไม่ได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากญาติ มักจะถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล และต้องประกอบอาชีพ

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการสงบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสังคมได้ ป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ ครอบครัว ชุมชน มีความเข้าใจ และให้การยอมรับผู้ป่วย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่ามีแนวคิดของ Danielson, Bissell and Fly (1993) ที่เน้นให้เห็นบทบาทของพยาบาล ได้อย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งกล่าวว่าพยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้และยับยั้งพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เข้าใจในความสำคัญของการรักษาด้วยยา มีการแนะนำจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ คำกล่าวที่ว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการเพื่อบำบัดอาการของโรค พร้อมกับการให้การดูแล"บุคคล"

นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลยังต้องให้การดูแล โดยอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ การพยาบาลในชุมชนเป็นการให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงการ

ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวที่ถูกต้องและเกิดความปลอดภัย (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2552)

ดังนั้นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชต้องคำนึงถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลคือ

2.2.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการการปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน (Whole person) โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน ตลอดทั้งการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแล และผู้รับการดูแล โดยการใช้หลักการพยาบาลทั่วไป ได้แก่

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ ความรู้ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ดูแลความสะอาด สุขอนามัยต่างๆไป เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเอง

2) การพยาบาลด้านความคิด โดยการหาความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทพูด หรือระบายออกมา รวมถึงพฤติกรรมแสดงออกต่างๆ จะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาได้มากขึ้น และ สิ่งที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่กับความเป็นจริง

3) การพยาบาลด้านอารมณ์และจิตใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อสภาวะอารมณ์ต่างๆที่ไม่ปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พยายามช่วยเสริมสร้างพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ในด้านการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม บุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาก็ตาม

2.2.2 เน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมแบบ 4 มิติ ได้แก่

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion) ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary Prevention) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือ การให้ความรู้แก่ ครอบครัวและ บุคคลทั่วไปในชุมชน ในเรื่องของการดูแลสุขภาพจิต การปรับตัวตามพัฒนาการ การเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention) ยังเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary Prevention) โดยเน้นที่กลุ่มเสี่ยง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตกับครอบครัวและผู้ดูแลการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมการคิดทางบวก การดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3) การบำบัดรักษา (Mental Health Therapeutic) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สอง (Secondary Prevention) เพื่อไม่ให้เกิดหรือลดภาวะสูญเสีย แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา รวมถึงการดูแลด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Mental Health Rehabilitation) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เพื่อเป็นการกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการที่ดี แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการใช้ชีวิตใน ครอบครัวและ ชุมชน ได้อย่างปกติสุขด้วยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน โดยพยาบาลจิตเวช

2.2.3 เน้นการให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงการช่วยเหลือเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว การแก้ปัญหาต่างๆที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน ได้แก่ การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (Cheng & Chan, 2005) การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ต้องนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนนั้น ล้วนเป็นบทบาทที่จำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและ ครอบครัวมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมอย่างถูกต้อง และเหมาะสม มีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตใน ครอบครัวและ ชุมชนได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

3. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พบโดยทั่วไปแล้ว ยังคงมีอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษา ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ที่ได้รับอิทธิพลจากอาการของโรค ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติ ทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม อาจมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมได้

3.1 ความหมายและองค์ประกอบของการทำหน้าที่

การทำหน้าที่ตามความหมายในพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 หมายถึงกิจที่จะต้องทำด้วยความรับผิดชอบ

Thara et al. (1988) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งได้แก่ การดูแลสุขอนามัย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การนอนหลับ การมี

กิจกรรมเพื่อพักผ่อน เช่นการอ่านหนังสือ การดูทีวี ฟังเพลง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว รวมถึงความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้แก่ การสื่อสารกับบุคคลอื่น และการมีกิจกรรมทางสังคม

Ware and Gandek (1998) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ การทำกิจกรรมกลุ่มในสังคมโดยตระหนักถึงความรู้สึกของผู้อื่น คำนึงถึงความต้องการของผู้อื่น การเป็นส่วนหนึ่งของทีม การทำหน้าที่ในงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ มีสมาธิ มีความเพียรพยายาม และความอดทน นานพอในการปฏิบัติงานจนสำเร็จทั้งที่บ้านและที่ทำงาน มีความสามารถในการปรับตัวทำหน้าที่ให้สำเร็จตามเวลา

Rosen et al. (1989) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท(Function)ว่าเป็นการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ 3) ด้านการติดต่อทางสังคมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบต่างๆทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น

องค์ประกอบของการทำหน้าที่

1.ด้านการดูแลตนเอง (Self care) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเรื่องของการปฏิบัติตัวพื้นฐานในการดูแลตนเอง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมถึงการสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดเรียบร้อย เพื่อไม่ให้มีกลิ่น ทั้งเสื้อผ้า กลิ่นตัว และลมหายใจ การใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง โดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ มีทักษะในการดำรงชีวิต สามารถทำงานต่างๆไปได้มีพฤติกรรมเหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม เช่นการไม่บ้วนน้ำลายในที่สาธารณะไม่ใช้ห้องน้ำแล้วทำสกปรก หรือการไม่รับประทานอาหารมูมมาม เป็นต้น

2.ด้านการควบคุมอารมณ์ (Nonturbulence) เป็นพฤติกรรมทางสังคมในการไม่แสดงความวุ่นวาย ไม่แสดงความโกรธ ไม่พูดหยาบคาย ไม่ข่มขู่ผู้อื่นทั้งทางวาจา และการกระทำไม่มีพฤติกรรมทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น เป็นต้น

3.ด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact) เป็นพฤติกรรมทางสังคมในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การแสดงความอ่อนโยน ไม่แยกตัวออกจากสังคม มีความสนใจต่อกิจกรรมต่างๆในสังคม เช่น การเล่นกีฬา ดนตรี การร่วมกลุ่มกิจกรรม กับองค์กรต่างๆทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นต้น

4.ด้านการสื่อสาร (Communication) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อม สามารถพูดคุยและแสดงกิริยาที่เหมาะสมในขณะที่มีการสนทนากับผู้อื่น เช่น สบตาขณะพูดคุย ไม่พูดแทรกหรือวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนากัน ไม่พูดหรือเล่าสิ่งแปลกๆ เป็นต้น

5.ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (Responsibility) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ต่อตนเอง สนใจสุขภาพร่างกาย รับประทานยาด้วยตนเองโดยที่ไม่ต้องเตือน ไม่มีพฤติกรรม

ที่ยา หรือช้อนยา ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ ไม่หยิบของๆผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต และไม่ทำทรัพย์สินส่วนตัวสูญหาย เป็นต้น

สรุปการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จะแตกต่างจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กล่าวคือการทำหน้าที่จะเป็นความสามารถในด้านการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ การติดต่อทางสังคม การสื่อสารและความรับผิดชอบ ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานที่นั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ ได้มีการ ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังนี้คือ

1.ปัญหาในด้านการดูแลตนเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างถาวรของบุคลิกภาพ การรับรู้ และอารมณ์ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Sandock& Sandock, 2002) มีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การไม่ยอมอาบน้ำ บางรายอาบแต่จ ะรดน้ำให้อย่างเดียวโดยไม่ฟอกสบู่ หรือสระผมแต่ไม่ใช้แชมพูสระผมไม่ล้างหน้า แปรงฟัน ในเรื่องการแต่งกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะใส่เสื้อผ้าเก่าๆขาดๆ ใส่เสื้อผ้าซ้ำๆที่ไม่ได้ซัก รื้อค้นเสื้อผ้าผู้อื่นมาใช้ หรือเดินออกนอกบ้านโดยไม่สวมใส่เสื้อผ้าเลย มีพฤติกรรมในเรื่องของการกินของในถังขยะบางรายเดินเก็บขยะและเศษอาหารมาสะสม ไม่สนใจในเรื่องความสะอาด และสิ่งแวดล้อม

2.ปัญหาในด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการควบคุมอารมณ์ได้น้อย ขบถารายจะมีอาการหงุดหงิดเมื่อถูกผู้ดูแลกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นให้อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือเรียกให้รับประทานอาหาร บางรายเมื่อรู้สึกโกรธหรือ อไม่พอใจคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลรวมถึงเพื่อนบ้านก็จะตะโกนด่าว่า ขว้างปาข้าวของ นอกจากนี้ยังพบในเรื่องของการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่กำลังพูด มีอารมณ์แปรปรวน เช่น พูดเรื่องเศร้าแต่ยิ้มหรือหัวเราะ

3.ปัญหาในด้านการติดต่อทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมี ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอนซึ่งจะมีอาการหวาดระแวงและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง จนทำให้ไม่มีใครกล้าเข้าไปยุ่งด้วย แม้แต่คนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน บางรายจะใช้เวลานั่งดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ โดยเปิดวิทยุเสียงดังๆ หรือตะโกนพูดเสียงดังๆ ไม่หลับ ไม่นอนทำให้เพื่อนบ้านรู้สึกรำคาญจากการถูกรบกวน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ มักจะมีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเอง จากการที่บุคลิกภาพเสื่อมลง ทำให้การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมเสียไป แต่กลับมาเพิ่มภาระให้กับครอบครัวและสังคมในการที่จะต้องมาดูแลรักษาผู้ป่วยแทน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

4. ปัญหาในด้านการสื่อสาร ในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพบความผิดปกติทางด้านความคิดเด่นชัด แสดงให้เห็นได้ชัดเจนจากการพูดจาสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง บางครั้งพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง จากการที่มีความคิดแปลกๆ ในบางรายจะมีการใช้คำพูดที่เข้าใจยากทำให้สื่อสารไม่รู้เรื่อง

5. ปัญหาในด้านความรับผิดชอบ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ยังมีอาการหลงผิด ปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง และขาดแรงจูงใจในชีวิตจะมีปัญหาในด้านความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและต่อครอบครัว ปฏิเสธการมาพบแพทย์เมื่อรู้สึกว่าคุณเองเริ่มมีอาการผิดปกติควบคุมตนเองไม่ได้ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนนอนไม่หลับ หงุดหงิดมากขึ้น ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) บางรายขาดความรับผิดชอบขาดความใส่ใจในเรื่องของการรับประทานยา ลืมรับประทานยา หรือแอบทิ้งยา เป็นต้น

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่เป็นปัญหาสำคัญ ส่งผลกระทบต่อทั้งกับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่นในชุมชน มีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งในการแก้ไข ปัญหาในเรื่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เกิดผลและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการที่ได้มีการทบทวนเอกสารทางวิชาการและวรรณกรรมต่างๆพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีดังนี้

1) พยาธิสภาพของโรค (Pathology) ที่อาจจะเกิดจากรอยโรค หรือความผิดปกติของระบบประสาทที่นำไปสู่อาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติทางจิตใจ ที่มีผลมาจากความผิดปกติของสมอง ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมและด้านอารมณ์ เช่น การควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีความโกรธและความก้าวร้าวที่รุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ ไม่รวมกิจกรรมทางสังคม ขาดทักษะในการทำงาน เนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดปัญหาในด้านอารมณ์ การติดต่อทางสังคม มีการศึกษาการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 2 ใน 3 ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางครอบครัว และสังคมได้ เช่น บทบาทการเป็นสามี ภรรยา การทำงาน ฯลฯ (Alan et al.,2007)

2) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การเข้ารับการรักษาซ้ำๆ มีผลต่อการทำหน้าที่ในแต่ละด้านแย่ง เนื่องจากความเจ็บป่วยซ้ำๆทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแยกตัวออกจากสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะทางสังคม (Ran et al., 2010)

3) ปัจจัยในเรื่องเพศ จากการศึกษาของ Ran et al. (2010) พบว่าในเพศชายที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีปัญหาด้านความรับผิดชอบในการทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่ำกว่าเพศหญิง

4) ปัจจัยความเครียด (Stress) จากการศึกษาของ Vrdoljak et al. (2008) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้สึกที่ไวต่อความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น และรุนแรงจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์และการแสดงบทบาทในครอบครัว

5) ปัจจัยในเรื่องของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการทำหน้าที่ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง (Rusch et al., 2009) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม ขาดทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำได้อีก

6) ปัจจัยด้านครอบครัว มีการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูงๆ ได้แก่ การขบถวิพากษ์วิจารณ์ของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันที่มากเกินไป ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร ความขัดแย้งในครอบครัว รวมถึงการเผชิญปัญหาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงๆ จะมีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ (Linszen et al., 1997) ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ขาดทักษะในด้านการเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในเรื่องของการรักษา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภท ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยแสดงท่าทีรังเกียจไม่ยอมรับผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า การที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นเกิดได้จากปัจจัย หลากๆ ปัจจัย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อได้ในหลายด้าน ดังนั้นหากครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลสุขภาพ การได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการช่วยเหลือทางด้านอื่นๆ ก็จะสามารถทำให้ครอบครัวเกิดการปรับตัวได้ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น

3.3 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากการทำหน้าที่เป็นบทบาทที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการประเมินการทำหน้าที่จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อนำไปใช้ประกอบในการพิจารณาการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลายแบบ ได้แก่

3.3.1 Personal and Social Performance Scale (PSP) สร้างโดย Morosini et al. (2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์รวมถึงการทำงาน , การเรียน , การทำงานบ้าน

2)ความสัมพันธ์กับคนอื่นและคนในสังคม 3)การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว 4)พฤติกรรมรบกวนผู้อื่น หรือ ก้าวร้าว โดยวัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาลักษณะคำถาม เป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีการประเมินคะแนนดังนี้ ไม่มีปัญหา 0 คะแนน มีบ้างเล็กน้อย 1 คะแนน มีพอปรากฏ 2 คะแนน มีอย่างชัดเจน 3 คะแนน มีรุนแรง 4 คะแนน มีรุนแรงมาก 5 คะแนน เครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลฉบับภาษาไทยที่มีความแม่นยำตรงแบบข้ามวัฒนธรรมโดย มานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2551) และมีการนำไปทดสอบเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (95% ความเชื่อมั่น) ของแต่ละด้าน และคะแนนรวมเป็นดังนี้ 0.63 สำหรับด้านที่1, 0.75 สำหรับด้านที่2, 0.69 สำหรับด้านที่3, 0.52 สำหรับด้านที่4 และ 0.75 สำหรับคะแนนรวมทุกด้าน ผลการทดสอบนี้ยืนยัน ความเชื่อมั่น และความแม่นยำได้ของ PSP รวมทั้งความง่ายในการใช้ประเมินผู้ป่วย

3.3.2 The Social Dysfunction Index (SDI) สร้างโดย Munroe-Blum et al. (1996) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในเรื่องความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 9 องค์ประกอบ ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมภายนอกที่มองเห็น การแสดงออกทางสังคม การใช้ชีวิต การทำหน้าที่ด้านการทำงาน สัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชน การใช้เวลาว่าง การดูแลสุขภาพ และการสื่อสาร แบบประเมินนี้สามารถใช้ประเมินได้ง่าย และครอบคลุมการทำหน้าที่ทางสังคม มีความสอดคล้องภายในที่ดี (0.80) มีค่าความเชื่อมั่นสูง ($r = 0.96$) ใช้วัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

3.3.3 The Life Skill Profile (LSP) สร้างโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งได้ศึกษาการประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จากทักษะชีวิต เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้วัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี และมีการออกแบบที่เฉพาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเน้นการประเมินการทำหน้าที่ด้านต่างๆที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และการปรับตัวในชุมชน ประกอบด้วย 1.ด้านการดูแลตนเอง 2.ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3.ด้านการติดต่อทางสังคม 4.ด้านการสื่อสาร 5.ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง เครื่องมือนี้ใช้ประเมินกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ โดยวัด ทักษะการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 4 คะแนน หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติได้สูง 3 คะแนน หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติได้ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้น้อย 1 คะแนน หมายถึงไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77 ตามลำดับ และถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลและเรียบเรียง เป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดย อรวรรณ วรรณชาติ (2550)

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้เลือกใช้ เครื่องมือ The Life Skill Profile (LSP) ของ Rosen et al. (1989) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยง และค่าความตรงเชิงเนื้อหาในการวัดที่สูง ได้รับการยอมรับ มีการออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน สามารถ ใช้วัดทักษะชีวิตเพื่อประเมิน การทำหน้าที่ในด้านต่างๆที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

4.แนวคิดและรูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

4.1แนวคิด/ทฤษฎีการเรียนรู้ Learning Theory

การเรียนรู้เป็นกระบวนการในการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของมนุษย์ในด้านต่างๆ อาทิ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านเจตคติ เป็นต้น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ได้รับความสนใจจากนักปรัชญาและนักจิตวิทยามาตั้งแต่ในอดีตซึ่งต่างก็มีแนวคิดหรือทศนะที่หลากหลายและได้พัฒนาไปเป็นรากฐานในการจัดการศึกษาที่สนใจ แจมมณี (2548) ได้กล่าวว่า“ทฤษฎีการเรียนรู้เป็นแนวความคิดที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้อธิบายลักษณะของการเกิดการเรียนรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้” ในปัจจุบันทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานนั้น เป็นทฤษฎีที่ได้จาก 2 กลุ่มคือกลุ่มพฤติกรรม (Behaviorism)และกลุ่มความรู้(Cognitive)

ทฤษฎีการเรียนรู้ แบบกลุ่มพฤติกรรม

นักคิด นักจิตวิทยาในกลุ่มพฤติกรรมนิยมมองธรรมชาติของมนุษย์ในลักษณะเป็นกลาง คือ ไม่ดีไม่เลว (neutral-passive) การกระทำต่าง ๆ เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (stimulus-response) การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง กลุ่มพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญกับ “พฤติกรรม” มาก เพราะพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ สามารถวัดและทดสอบได้ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบกลุ่มพฤติกรรม ได้แก่

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classic Conditioning Theory) กล่าวว่าไว้ว่า ปฏิกิริยาตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งของร่างกายของคนไม่ได้มาจากสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว สิ่งเร้านั้นก็อาจจะทำให้เกิดการตอบสนองเช่นนั้นได้ ถ้าหากมีการวางเงื่อนไขที่ถูกต้องเหมาะสม

ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike's Connectionism Theory) ซึ่งกล่าวว่าไว้ว่าสิ่งเร้าหนึ่งๆย่อมทำให้เกิดการตอบสนองหลายๆ อย่าง จนพบสิ่งที่ตอบสนองที่ดีที่สุด เขาได้ค้นพบกฎการเรียนรู้ที่สำคัญคือ กฎแห่งผล (Law of Effect) กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness)

สกินเนอร์ (Skinner) ทฤษฎีการวางเงื่อนไข/ทฤษฎีการเสริมแรง (S-R Theory หรือ Operant Conditioning) กล่าวว่าว่า ปฏิกิริยาตอบสนองหนึ่งอาจไม่ขึ้นเนื่องมาจากสิ่งเร้าสิ่งเดียว สิ่งเร้านั้นๆ ก็จะทำให้เกิดการตอบสนองเช่นเดียวกันได้ ถ้าได้มีการวางเงื่อนไขที่ถูกต้อง

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบกลุ่มความรู้ (Cognitive)

โคเลอร์(Kohler),เลวิน(Lawin),วิทกิน(Witkin) ทฤษฎีทางจิตวิทยาของกลุ่มนี้ซึ่งมีชื่อว่า Cognitive Field Theoryแนวคิดของทฤษฎี กล่าวไว้ว่า ผู้สอนควรจะเน้นความพอใจของผู้เรียน โดยเรียนจากประสบการณ์ (Perceptual experience) ให้ผู้เรียนทำงานตามความสามารถของเขาและคอยกระตุ้นให้ผู้เรียน ลงมือกระทำด้วยตัวเอง ผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะ

ดังนั้นทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นหลักในการจัดการเรียนรู้ได้ในลักษณะต่างๆ เช่น การจัดสภาพที่เหมาะสมสำหรับการเรียนการสอน การจูงใจ การรับรู้ การเสริมแรง การถ่ายโอนการเรียนรู้ ฯลฯ เป็นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้นควรให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมด้วยการลงมือปฏิบัติ ประกอบกิจกรรม ให้ ได้ประสบการณ์ โดยใช้การเสริมแรง ให้เรียนไปที่ละน้อยตามลำดับขั้น ที่พอเหมาะกับความสนใจและความ สามารถของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญจะทำให้ประสบความสำเร็จในการเรียน และเกิดการเรียนรู้ที่มั่นคงถาวรขึ้น

4.2แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว Psychoeducation Multiple Family Group

การ ให้ความรู้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้การดูแลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้ ซึ่งส่วนใหญ่จากการศึกษาพบว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 50 (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; Tsai et al., 2005)

ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำและคณะ (2548) ได้อธิบายแนวคิด ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการให้ความรู้ และการพัฒนาทักษะของครอบครัว ว่าเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท ได้ดีขึ้น ความรู้สึก ความเครียดลดลง การรับรู้แหล่งทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้ดีขึ้นตลอดจนตัวผู้ป่วยเองสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมให้ความร่วมมือในการรักษา ลดอัตราการป่วยซ้ำ และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

McFarlane et al. (1995) กล่าวถึง แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยกันประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้แต่ละครอบครัวเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกันในลักษณะของการเผชิญปัญหา ที่คล้ายคลึงกัน มีแหล่งทรัพยากร มีการสร้างและขยายเครือข่ายทางสังคม เพื่อดูแลกันทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆดีขึ้น ในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี มีทักษะการติดต่อทางสังคม รวมทั้งการสื่อสาร และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปพัฒนาใช้ได้อย่างต่อเนื่อง

Ran et al. (2003) ได้อธิบายแนวคิดการให้ความรู้พื้นฐานแบบรายครอบครัวร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว (Psychoeducation Family and Multiple Family Group) ในการดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูทางสังคม รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน

Chien & Chan (2004) ได้อธิบายแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัว ด้วยการบำบัดแบบช่วยเหลือตนเองในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท (Mutual support group) ให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยเชื่อว่าจะสามารถสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจในกลุ่ม ด้วยการผ่านกระบวนการเรียนรู้จากกลุ่มร่วมกัน

Chien et al. (2005) ได้ใช้แนวคิดการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) โดยอธิบายว่าการที่ครอบครัวที่มีลักษณะเดียวกัน ร่วมกันในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา และสามารถช่วยในการปรับประคับประคองทางด้านจิตใจจะมีความเข้าใจกันได้มากกว่า

Cheng & Chan (2005) ได้มีการใช้แนวคิดการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (Psychoeducation Family) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัว โดยจะเน้นในเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการกับภาวะวิกฤติ ทักษะในการแก้ปัญหา การสื่อสาร การจัดการกับความเครียด และการบริการด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มครอบครัว

Carra et al. (2007) ได้มีการใช้แนวคิด ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยครอบครัวร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการอยู่ร่วมกันในสังคม การฝึกทักษะด้านต่างๆและการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ของหลายๆครอบครัว (Psychoeducation Family and Support Group)

สรุปแนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการวิเคราะห์แนวคิดหลายๆแบบ พบว่า เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการหาแนวทางร่วมกันระหว่างครอบครัว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั่นเอง

4.3 รูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบป่วยซ้ำ และต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาในหน้าที่ทั้ง 5 ด้าน จากปัจจัยต่างๆที่ส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านต่างๆลดลง การที่จะส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภทดีขึ้นได้นั้น ครอบครัวจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง การส่งเสริมให้ครอบครัวได้เกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะทำให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในขณะอยู่ที่บ้าน พบว่าแนวทาง การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัวเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น นอกจากจะมีผลดีต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้ว ยังพบว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคมในครอบครัวนั้นจะสามารถช่วยลดความรู้สึกลึก

เป็นภาระของครอบครัว ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างครอบครัว จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่าแนวทาง การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) รูปแบบของการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว เป็นการให้ครอบครัว หลายๆครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดย พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุของโรค กระบวนการรักษา ทักษะในการจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบโดยใช่ แนวปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษา โดยให้ความรู้ผ่านการบรรยาย การใช้วิดีโอเทป การใช้คู่มือ เพื่อต้องการฟื้นฟูครอบครัวและผู้ป่วยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การทำหน้าที่ทางสังคม โดยทำกลุ่มรวมกันแบบหลายครอบครัว เพื่อต้องการให้เกิดการกระตุ้นความร่วมมือระหว่าง พยาบาล ครอบครัว และผู้ป่วย (McFarlane et al., 1995)

ลักษณะของการ ให้ความรู้สามารถให้ ให้ความรู้ได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอก การ ให้ความรู้ในชุมชน หรือเริ่มให้การ ให้ความรู้ขณะเป็นผู้ป่วยใน และให้ความรู้ต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่ง ในระยะแรก พยาบาล จะพบแต่ละครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง เพื่อพัฒนาความร่วมมือ และการได้รับข้อมูลจากญาติเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแล ระยะที่ 2 เป็นการให้ความรู้แบบหลายครอบครัวประมาณ 6-8 ครอบครัวต่อ 1 กลุ่มโดยช่วงแรกมีการจัด อบรมเชิงปฏิบัติการ ประมาณ ½ -1 วัน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในช่วงที่ 2 จะเป็นการทำกลุ่มโดยเน้นเชิงสังคมและสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว ทุก 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลา 90 นาที/ครั้ง ต่อเนื่องไปถึง 1 ปี จากนั้นทำกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ หรือทุก 1 เดือนจนครบ 2 ปี โดยมีระยะเวลาในการประเมินผล 1-2 ปี พบว่ามีการดำเนินการและใช้กระบวนการทำกลุ่มครอบครัวในรูปแบบที่เหมือนกัน แต่มีข้อเสียคือระยะเวลาในการทำกลุ่มค่อนข้างยาว ส่งผลให้การเข้าร่วม กลุ่มไม่ครบตามกำหนด (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2002; Bradley et al., 2006)

เมื่อวิเคราะห์การศึกษาการ ให้ความรู้ในรูปแบบการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเมื่อเปรียบเทียบกับ การ ให้ความรู้แบบปกติ สามารถช่วยให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดันลดลง และมีการรับรู้แหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือได้มากกว่า (Hazel et al., 2004) นอกจากนี้ ยังพบว่าในด้านความรู้สึกเป็นภาระลดลงด้วย (Bradley et al., 2006)

ในส่วนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในด้านอาการทางจิตพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง (Bradley et al., 2006) ช่วยให้อาการทางลบดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น (McFarlane et al., 1995) มีอัตราการป่วยซ้ำน้อยลง (McFarlane et al., 1995; Bradley et al., 2006) การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดต่ำลง (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2002) นอกจากนี้ยังช่วยลดขนาดยาต้านโรคจิตลง และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น (McFarlane et al., 1995)

ในการติดตามประเมินผล พบว่ามีการติดตามประเมินผลในระยะ 1 ปี 1 ปีครึ่ง และ 2 ปี นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลในช่วงระยะที่ให้การบำบัดและเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดทันที (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2002) ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นในด้านความรู้ที่กอดค้นของครอบครัว อาการด้านลบหรือการป่วยซ้ำของผู้ป่วยเป็นต้น (McFarlane et al., 1995; Hazel et al., 2004)

จากการศึกษารูปแบบ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว พบว่ามีข้อดีคือ มีรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ กลุ่มที่มีความชัดเจน มีความครอบคลุมในด้านทำให้ความรู้สำหรับครอบครัว และการเพิ่มทักษะในด้านต่างๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ช่วยให้เกิดเครือข่ายทางสังคมกับครอบครัว และผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย

4.3.2 กลุ่มสนับสนุนระดับประคอง (Mutual support group) รูปแบบของกลุ่มสนับสนุนระดับประคอง (Mutual support group) เป็นการทำให้สมาชิกครอบครัวจากหลายๆครอบครัวมีการพูดคุย เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพของครอบครัว การประคองด้านจิตใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจต่อกลุ่มสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ ในการจัดการกับปัญหา จากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา อาการและอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นในด้านการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะการอยู่ในสังคม (Chien et al., 2005)

ระยะเวลาในการ ทำกลุ่ม จะใช้การทำกลุ่ม ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005) จากนั้นมีการติดตามประเมินผล 2 รูปแบบ คือหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เมื่อ 6 เดือน (Chien et al., 2005) และประเมินผล 1 ปี (Chien & Chan, 2004) พบว่าจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลลดลงและการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นทั้ง 2 รูปแบบ

จากการศึกษางานวิจัยในรูปแบบการทำกลุ่ม Mutual support group ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยทำกลุ่มแบบช่วยเหลือตนเองในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ พบว่ากระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธ์ภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกันเกิดความไว้วางใจในกลุ่ม ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้มีการเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้ในเรื่องของทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหา การแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท การได้มุมมองและประสบการณ์ตรงของสมาชิกในหลายๆครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและตนเอง ส่งผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในเรื่องของทักษะการสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้น ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005)

สรุป การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวมีหลายรูปแบบ จากการศึกษาและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละรูปแบบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พบว่าในแต่ละรูปแบบมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว (Multiple Family Group) ซึ่งเป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีรูปแบบ วิธีการ กระบวนการให้ความรู้กับครอบครัวที่มีความชัดเจน มีความครอบคลุมในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจช่วยให้เกิดเครือข่ายทางสังคมกับครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดความไว้วางใจในกลุ่ม ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้มีการเปิดใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ได้ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา การแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท การได้มุมมองและประสบการณ์ตรงของสมาชิกในหลายๆครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและตนเอง ส่งผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ในเรื่องของทักษะการสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้น ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว มีความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้

5.การพัฒนาการให้ความรู้แบบหลายครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยใช้การให้ความรู้แบบหลายครอบครัว ตามแนวการศึกษาของ McFarlane et al. (1995) ซึ่งเป็นแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psychoeducation) ผู้วิจัยได้นำมาใช้ โดยเน้นในเรื่องการ สนับสนุนประคับประคอง ความต้องการด้านจิตสังคมการเรียนรู้ในเรื่องทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับผู้ป่วย จากแนวทางการศึกษาดังกล่าวพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆดีขึ้น อัตราการป่วยซ้ำลดลง อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความรู้สึกละอายของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Chien et al., 2005) จากหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำมา พัฒนาเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น โดยในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการปรับกิจกรรมการทำกลุ่ม เนื่องจากในงานวิจัยในรูปแบบ การให้ความรู้แบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group) มีข้อเสียคือระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างยาวส่งผลให้การเข้าร่วมบำบัดไม่ครบตามกำหนด (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2002; Bradley et al., 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการวัดผลลัพธ์

และการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรมีการวัดตั้งแต่ครั้งแรกก่อนจัดกิจกรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาใช้เปรียบเทียบให้เห็น การเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับกิจกรรม 2-4 สัปดาห์ (นิศยา เพ็ญศิริรักษาและคณะ, 2551) และเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมเมือง ผู้วิจัยจึงได้ ปรับกิจกรรมการทำกลุ่มมาเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ วัดผลก่อนเริ่มทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ ปรับกิจกรรม ให้เป็นการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ตัวอย่าง และการฝึกผ่านกิจกรรม บทบาทสมมุติ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว สามารถที่จะ ได้ตอบกับผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยได้โดยตรงในการดำเนินการกลุ่มจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวจะประกอบด้วย สมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท และ สมาชิกครอบครัว เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ได้หลากหลาย และทั่วถึงกัน มีรายละเอียดของกิจกรรมตามกิจกรรมที่ปรับปรุงและใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและ อาการเตือน

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจและสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง สร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น เกิดความเข้าใจผู้อื่น สามารถเปิดเผยตนเอง แสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ การให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยา และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรับประทานยา จะเป็นการช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่จะช่วยทำให้อาการดีขึ้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาและสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้จะเป็นการช่วยให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และ ช่วยส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภททั้งในด้านการดูแลตนเอง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น

1.2 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย
เป็นการฝึกทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะเกิดการกำเริบของโรคและทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ การฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทและครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภทในด้านการดูแลตนเองดีขึ้น

ครั้งที่ 2 การระบายความรู้สึก การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

2.1 การระบายความรู้สึกแยกกันระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว การระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นวิธีการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหา เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้มีการบอกเล่าถึงความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ความต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2 การจัดการกับอารมณ์จากสถานการณ์ตัวอย่างร่วมกัน เป็นการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกที่เคยใช้ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล โดยเริ่มจากให้ฝึกร่วมกันในแต่ละครอบครัวในการรู้จักกับอารมณ์ต่างๆรวมทั้งวิธีการสังเกตอารมณ์ของตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้จากบัตรคำ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของการจัดการที่ไม่ได้ผล นำมาแลกเปลี่ยนและวางแผนในการจัดการร่วมกัน โดยมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ในการฝึกการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหา เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และความมั่นใจระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว ในการที่จะจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เป็นการพัฒนาทักษะทางการสื่อสารและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวมีทักษะในการรับสารส่งสาร และการแปลความหมาย ส่งผลให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม นำไปสู่การขอความช่วยเหลือและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้เหมาะสมตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานยา และการทำหน้าที่ๆได้รับมอบหมาย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบต่องานของตนเอง โดยมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ และให้คำชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

เป็นการทำกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเองในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่าง ครอบครัวด้วยกัน เกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหา การแก้ไข จัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทการได้แง่คิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของหลายๆครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้

ใหม่ๆในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและตนเอง ช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในด้านการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา และส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

เป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน โดยเริ่มจากให้กลุ่มครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุน แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ที่มีอยู่ในชุมชน ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัว และร่วมกันสร้างเครือข่ายทางสังคมของครอบครัวในกลุ่มเองในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จะทำให้ ครอบครัวสามารถติดต่อกันได้ การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมของแต่ละครอบครัวที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา เกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

6.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

อดิญา โพธิ์ศรี (2551) ศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และได้รับการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต และระดับคะแนนอาการทางจิต สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวของ McFarlane (1995)ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มๆละ 5 ครอบครัว ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองคือแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการทางลบในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

เสาวนีย์ เมืองดวง (2551) ได้ทำการศึกษาการดูแลครอบครัวโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมการทำหน้าที่ตามแนวคิดของ Rosen et al., (1989) ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองด้านการ

ควบคุมอารมณ์ ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ การให้สุขภาพจิตศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคมที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังดำเนินโครงการ โดยใช้สถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษกมล ศุภอักษร (2553) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และเพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มๆละ 8-10 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยคือ 1)โปรแกรมการจัดการความเครียด 2)แบบวัดทักษะชีวิต และ 3)แบบวัดการรับรู้ความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

McFarlane et al. (1995) ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านจิตเวชระหว่างกลุ่มแบบหลายครอบครัวและกลุ่ม รายครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยและญาติที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และสุ่มเข้ากลุ่มการให้ความรู้ด้านจิตเวชแบบกลุ่มหลายครอบครัว 83 คู่ กลุ่มครอบครัวเดี่ยว 89 คู่ ใช้แบบการวิจัยเป็นแบบ Randomized controlled trial เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) , แบบประเมินอาการทางลบ(The Schedule for the Assessment of

Negative symptoms) และเวชระเบียน เพื่อ ศึกษาอัตราการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล, อาการด้านบวกและลบ,การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการทำงานของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าอัตราการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลของกลุ่ม แบบหลาย ครอบครัว มีน้อยกว่ากลุ่ม รายครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อาการด้านบวกของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนอาการด้านลบพบว่า กลุ่มแบบหลายครอบครัวมีคะแนนด้านลบน้อยกว่ากลุ่ม รายครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ความร่วมมือในการรับประทานยาพบว่ากลุ่มแบบหลาย ครอบครัว มีระดับความร่วมมือถึง 90% ด้านการทำงานพบว่า กลุ่มแบบหลายครอบครัว มีระดับขอ งการ ประสานงานกัน เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่ม รายครอบครัว งานวิจัยนี้สนับสนุนการให้การบำบัด กลุ่มแบบหลาย ครอบครัว (Multiple Family group Intervention) มากกว่ากลุ่มรายครอบครัว (Single family intervention)

Dyck et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การใช้บริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการรับ สุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว(Service Use Among Patients With Schizophrenia in Phychoeducation Multiple Family Group Treatment) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วย โรคจิตเภทและครอบครัวที่ได้รับการบำบัดด้วย 1.การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว (Phychoeducational Multiple Family Group Treatment) และ 2.การให้การรักษาตามปกติ(Standard care) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และสุ่มเข้ากลุ่ม ทดลองจำนวน 22 ครอบครัว กลุ่มควบคุมจำนวน 18 รายโดยใช้แนวคิดการบำบัดของ McFarlane และ คณะใช้แบบการวิจัยเป็นแบบ Randomized controlled trial ประเมินผลจากการกลับเข้ารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน การรับบริการผู้ป่วยนอกแบบจิตเวชฉุกเฉิน ผลการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีการรับไว้ใน โรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) และมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกแบบ จิตเวชฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Chien& Chan (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การติดตามผลใน 1 ปีของโปรแกรมการดูแล ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวจีนแบบกลุ่ม(One Year Follow-up of Multiple Family Group Intervention for Chinese Families of Patients with Schizophrenia) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล ของวิธีการในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทใน 3 รูปแบบ1.Mutual Support Multiple Family Group 2.Phychoeducation 3.Standard care ต่อการลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และการทำ หน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกตาม เกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่ม Mutual Support Group จำนวน 14 ครอบครัว กลุ่ม Phychoeducation จำนวน 15 ครอบครัว กลุ่ม Standard care จำนวน 15 ครอบครัว ใช้แบบการวิจัยเป็นแบบ Randomized controlled trial ประเมินผล 1.การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน SOLF (Specific Level of Functioning Scale) 2.ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3.ความ ต้องการบริการทางด้านสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่ว ยโดยใช้แบบประเมิน FSSI (The Family Support

Services Index ผลการทดลองพบว่า 1.คะแนน SOLF ระหว่าง 3 กลุ่ม ในกลุ่ม Mutual Support มีคะแนนดี ขึ้นมากที่สุด 2.จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ $p<.01$ ระหว่าง 3 กลุ่ม และกลุ่ม Mutual Support มีจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล และระยะเวลาในการรักษาลดลงมากที่สุดแต่ไม่มีความแตกต่างของความถี่ของการบริการ ช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต

Bradley et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่มของ อังกฤษและเวียดนาม (Multiple Family Group Treatment for English and Vietnamese Speaking Family Living with Schizophrenia) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างในการให้ Intervention 2 รูปแบบ คือ 1. การดูแลครอบครัวแบบกลุ่ม 2. การพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 50 คู่ที่ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คู่ กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คู่ การวิจัยเป็นแบบใช้แบบ Randomized controlled trial โดยวัด 1. จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ เก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย 2. อาการและความรุนแรงใช้แบบวัด 2.1 อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) (BPRS) 2.2 อาการทางลบ(Scale for the Assessment of Negative Symptom) 3. การทำหน้าที่ทางสังคมโดยใช้แบบวัด 3.1 ภาระผู้ดูแล (Family Burden Scale) 3.2 ภาวะสุขภาพ(Health of the Nation Outcome Scale) ประเมินผู้ป่วย 3.3 คุณภาพชีวิต(Quality of Life Scale) ประเมินผู้ป่วย ผลการทดลองพบว่า 1. จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.048$) 2. อาการและความรุนแรงในกลุ่มทดลองมีคะแนน อาการทาง จิต ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.019$) ส่วน คะแนนอาการทางลบ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง 3. การทำหน้าที่ทางสังคม ภาระของผู้ดูแล ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนลดลงแต่ไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลัง การทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว(Multiple Family Group)

ครั้งที่1: การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา

การจัดการกับอาการและอาการเตือน

โดย 1.1สร้างสัมพันธภาพ บรรยากาศ แรงจูงใจให้แต่ละครอบครัว และแบ่งกลุ่มทำฐานเพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

1.2ฝึกให้แต่ละครอบครัวมีส่วนร่วมและมีความมั่นใจในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย

ครั้งที่2: การระบายความรู้สึกการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

โดย 2.1แบ่งกลุ่มเรียนรู้การผ่อนคลายโดยให้ระบายความรู้สึก แยกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

2.2ฝึกการจัดการกับอารมณ์จากสถานการณ์ตัวอย่างร่วมกันและนำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน

ครั้งที่3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เช่นการสื่อสาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยครอบครัวช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจ ฝึกกิจกรรมบทบาทสมมุติระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและนำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน

ครั้งที่4: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

จัดให้กลุ่มครอบครัวได้พูดคุย สนับสนุนทางด้านจิตใจ สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการเผชิญและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในเรื่องการจัดการกับอาการ ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวของแต่ละครอบครัว

ครั้งที่5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

โดยจัดให้กลุ่มครอบครัว ได้สร้างความมั่นใจ ความมั่นคงและความเข้มแข็งในการช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนรวมถึงการขอความช่วยเหลือทางสังคมด้วยการสร้างเครือข่ายที่ติดต่อกันได้ของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างครอบครัว

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 1.ด้านการดูแลตนเอง
- 2.ด้านการควบคุมอารมณ์
- 3.ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- 4.ด้านการสื่อสาร
- 5.ด้านความรับผิดชอบ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อศึกษา ผลของการใช้การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้วต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชน ตัวแปรต้นคือ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้วตัวแปรตามคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดยที่	O ₁	หมายถึง	คะแนน การ ทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรค จิตเภทในชุมชน ของ
			ครอบครัวก่อนได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้ว
	O ₂	หมายถึง	คะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรค จิตเภทในชุมชน ของ
			ครอบครัวหลังได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้ว
	O ₃	หมายถึง	คะแนน การ ทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรค จิตเภทในชุมชน ของ
			ครอบครัวก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
	O ₄	หมายถึง	คะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรค จิตเภทในชุมชน ของ
			ครอบครัวหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
	X	หมายถึง	การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย สมาชิก ครอบครัว และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่ง แต่ละครอบครัวจะประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 1 คน และ ผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 คนที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การเลือกครอบครัวที่ใช้ในการวิจัย เลือกจากผู้ป่วยเป็นหลัก โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภท (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งชาย และหญิง ซึ่งได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ภายใน 1 ปี
3. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนน อาการทางจิต ประเมินโดย แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) น้อยกว่า 36 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
5. สามารถ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกครอบครัว (Inclusion Criteria)

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
4. สามารถ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย ในระหว่างการวิจัย จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรม
2. สมาชิก ครอบครัว มีปัญหาด้านสุขภาพกาย หรือจิตใจ จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขนาดอิทธิพล อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาเรื่อง One Year Follow-up of Multiple Family Group Intervention for Chinese Families of Patients with Schizophrenia (Chien & Chan, 2004) มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.56 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.43 % พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มครอบครัวเป็นกลุ่มละ 20 ครอบครัว รวมทั้งหมด 40 ครอบครัว เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 แห่ง เพื่อสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านทั้งหมด ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในแต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 คน และสมาชิกครอบครัวเดียวกัน 1 คน โดยทำการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจากศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 20 ครอบครัวก่อน จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มควบคุมจากศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง อีกเป็นจำนวน 20 ครอบครัวให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มความตรงภายในโดยการจับคู่ (Matched-pair) กลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในระดับเดียวกันได้แก่

1.1ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการป่วยซ้ำๆ ที่มีระยะเวลายาวนานขึ้น หากไม่ได้รับการฟื้นฟูแก้ไข จะทำให้การทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท บกพร่องตามมา (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552)

1.2รายได้ของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะของครอบครัว ที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง (มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) และเมื่อมีอาการกำเริบ ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในด้านสัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสาร (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ, 2547)

2.ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ และอธิบายเรื่อง การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ consent ใบยินยอมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ McFarlane et al. (1995) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1ศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี พบว่ามี แนวคิดของ McFarlane et al. (1995) คือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group Psycho education) โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับ ทีมสุขภาพโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน การสนับสนุน ปรึกษาประคองทางด้านจิตใจการจัดให้สมาชิกครอบครัวจากหลายๆครอบครัวมีการพูดคุย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาจากการขาดความรู้เรื่อง โรคจิตเภท ยา อาการและอาการเตือนของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นในด้านการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะ การอยู่ในสังคมได้มากขึ้น

1.2พัฒนาการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวโดยผู้วิจัย ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องกับปัญหาในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆ การดูแลที่จะช่วยส่งเสริมให้การ ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆดีขึ้นไม่เกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ จากการศึกษากการทำ กลุ่มแบบหลายครอบครัว พบว่ามีการดำเนินการและใช้กระบวนการทำกลุ่มครอบครัวในรูปแบบที่ เหมือนกัน แต่มีข้อเสียคือระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างยาว ส่งผลให้การเข้าร่วมบำบัด ไม่ครบตาม

กำหนด (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2002; Bradley et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยทำกิจกรรม กลุ่มๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ เพื่อให้กิจกรรมส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการ และอาการเตือน

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจและสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น เกิดความเข้าใจผู้อื่น สามารถเปิดเผยตนเอง แสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาจะเป็นการช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่จะช่วยทำให้อาการดีขึ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้จะเป็นการช่วยให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในด้านการดูแลตนเอง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น

1.2 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย เป็นการฝึกทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะเกิดการกำเริบของโรคและทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ การฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการดูแลตนเองดีขึ้น

ครั้งที่ 2 การระบายความรู้สึก การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

2.1 การระบายความรู้สึกแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว การระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นวิธีการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหา เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้มีการบอกเล่าถึงความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ความต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง และของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2 การจัดการกับอารมณ์จากสถานการณ์ตัวอย่างร่วมกัน เป็นการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกที่เคยใช้ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล โดยเริ่มจากการให้ฝึกร่วมกันในแต่ละครอบครัวในการรู้จักกับอารมณ์ต่างๆ รวมทั้งวิธีการสังเกตอารมณ์ของตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้จากบ่งชี้ เพื่อให้เกิดการ

ช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของอารมณ์ที่เกิดขึ้นและการจัดการที่ไม่ได้ผล นำมาแลกเปลี่ยนและวางแผนในการจัดการร่วมกัน โดยมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ในการฝึกการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหา เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และความมั่นใจระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว ในการที่จะจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เป็นการพัฒนาทักษะทางการสื่อสาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวมีทักษะในการรับการส่งสาร และการแปลความหมายส่งผลให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม นำไปสู่การขอความช่วยเหลือและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้เหมาะสมตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานยา และการทำหน้าที่ๆ ได้รับมอบหมาย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบต่อนอง โดยมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และ ให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

เป็นการทำกลุ่มในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางด้านจิตใจช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างครอบครัวด้วยกัน เกิดความไว้วางใจต่อกลุ่มทำให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา การแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท การได้แง่คิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของหลายๆครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและตนเอง ช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในด้านการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา และส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

เป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน โดยเริ่มจากการช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและคิดว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพการสร้างเครือข่ายทางสังคมของ ครอบครัว ในกลุ่มเอง ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จะทำให้ ครอบครัว สามารถติดต่อกันได้ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความมั่นใจ

ในการดูแลตนเองมีความมั่นคงในอารมณ์ มีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาเกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

1.3 สร้างรูปแบบและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม โดยตั้งวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม วิธีการดำเนินกิจกรรม เตรียม คู่มือ สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมถึงวิธีการประเมินผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หลังจากได้รับความรู้ให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว เพื่อให้เกิดผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ดังรายละเอียดของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ในภาคผนวก)

การตรวจสอบคุณภาพ

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยเบื้องต้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้

โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกันโดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

หลังจากเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ทำการตรวจสอบ ได้ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงจะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน รวมถึงรูปแบบของกิจกรรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมดังนี้

1. ควรให้มีการเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมจาก 90 นาทีเป็น 90-120 นาที โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 1-3 เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว ได้มีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติได้อย่างเต็มที่

2. ในกิจกรรมที่ 5 ควรเพิ่มแหล่งเครือข่ายความช่วยเหลืออื่นจากภายนอก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลใกล้เคียง ฯลฯ รวมถึงการให้ทราบถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ผู้ป่วยควรได้รับ

หลังจากนั้นผู้วิจัย ได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับ ครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ครอบครัว โดยดำเนินการทั้ง 5 กิจกรรม

เพื่อดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม ผู้วิจัยได้ปรับการใช้ภาษาในคู่มือโปรแกรมให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายขึ้น และปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร ผู้วิจัยจึงได้นำคู่มือโปรแกรมการทดลองมานำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อขอรับคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง ให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al., (1989) ที่ได้ศึกษาการประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยกำหนดมาตรฐานของเครื่องมือในการประเมินทักษะชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประเมินโดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยการทดสอบกับแบบวัดมาตรฐาน Katz Adjustment Scale (KAS) แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ค่า 0.65 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบซ้ำได้คะแนนรวม 129 คะแนนเท่ากับ 0.89 และทดสอบซ้ำในแต่ละข้อย่อยรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.78 - 0.90 เครื่องมือนี้นำมาใช้โดย อรวรรณ วรรณชาติ (2550) ซึ่งได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และแปลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ โดยแบ่งเป็น

- | | |
|----------------------------------|--------|
| 1. ด้านการดูแลตนเอง จำนวน | 10 ข้อ |
| 2. ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน | 12 ข้อ |
| 3. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน | 6 ข้อ |
| 4. ด้านการสื่อสาร จำนวน | 6 ข้อ |
| 5. ด้านความรับผิดชอบ จำนวน | 5 ข้อ |

ลักษณะข้อคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ ให้ | 1 คะแนน |
| มีความสามารถในการปฏิบัติได้น้อย ให้ | 2 คะแนน |
| มีความสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง ให้ | 3 คะแนน |
| มีความสามารถปฏิบัติได้มาก ให้ | 4 คะแนน |

การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนของแบบวัดทั้งหมดมีค่าระหว่าง 39-156 คะแนน แปลผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนเฉลี่ยค่ามาตรฐาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 120 (Parker & Hadzi-Parlovic, 1991) ซึ่งถ้าคะแนนรวมเท่ากับ หรือมากกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานจะหมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้สูง แต่ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานจะหมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้ต่ำ

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือ ทดสอบ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ให้มีความรู้ผ่านเกณฑ์ ตามที่กำหนด คือ ร้อยละ 80

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ถูก ได้คะแนน 0 คะแนน

3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท สำหรับสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องมือ ทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ สมาชิกในครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์ให้มีความรู้ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด คือ ร้อยละ 80

มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ถูก ได้คะแนน 0 คะแนน

3.3 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ พุงคำปันและคณะ (2548) มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วพบว่าได้ความตรงของ เนื้อหา 0.92 และมีการตรวจสอบหาความ เชื่อมั่นของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อแบ่งออกเป็น ข้อคำถามทางบวก 47 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ตามสถานการณ์ต่างๆโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 29 ข้อ
2. ด้านการจัดการด้านอาการ จำนวน 11 ข้อ
3. ด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ

การคิดคะแนนสำหรับข้อคำถามทางบวก

ผู้ป่วยทำได้เอง	หรือ ไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น	ให้ 0 คะแนน
ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ		ให้ 1 คะแนน
ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ		ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง		ให้ 3 คะแนน

แต่สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนที่ให้อาจกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก นำคะแนนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม

การแปลผลคะแนน (ภัทรภรณ์ ท่งป็นคำ และคณะ, 2548)

ถ้าได้คะแนนระหว่าง 1.00-1.668 หมายถึงผู้ดูแล มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ

ถ้าได้คะแนนระหว่าง 1.67-2.33 หมายถึงผู้ดูแล มีทักษะการดูแลในระดับปานกลาง

ถ้าได้คะแนนระหว่าง 2.34-3.00 หมายถึงผู้ดูแล มีทักษะการดูแลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดทักษะชีวิต แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว และ แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดย

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น มาทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยเบื้องต้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยนำมาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากการคำนวณ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 1

1.2 แบบวัดทักษะชีวิต จากการคำนวณ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.98 และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนของเนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นดังนี้

1.2.1 ให้ Clarify ข้อคำถามให้ชัดเจนโดยอาจจะต้องยกตัวอย่าง เช่น ในข้อที่ 4. ผู้ป่วยแสดงความอบอุ่นต่อคนอื่นหรือไม่ให้ปรับเป็น ผู้ป่วยแสดงความอบอุ่นต่อคนอื่นหรือไม่ เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความหวังใจต่อบุคคลในครอบครัว

ในข้อที่ 21. ผู้ป่วย มีสิ่งที่ทำให้ความสนใจและทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ (เช่น งานอดิเรก กีฬา กิจกรรม) ให้ปรับเป็น: ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจและทำอย่างสม่ำเสมอ (เช่นกิจกรรมต่างๆของชุมชน เล่นกีฬา)

ในข้อที่ 22. ผู้ป่วย เข้าร่วมองค์กรทางสังคมหรือไม่ (เช่น โบสถ์ สโมสร หรือกลุ่มที่น่าสนใจที่นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัด) ให้ปรับเป็น: ผู้ป่วยเข้าร่วมองค์กรทางสังคม(เช่น วัด ชมรม หรือกลุ่ม ที่น่าสนใจ ที่นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัด)

ในข้อที่ 23. ผู้ป่วย มีความสามารถในการเตรียมอาหารแต่ละมื้อของตนเอง หรือ(ถ้าจำเป็น) ให้ปรับเป็น: ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการเตรียมอาหารแต่ละมื้อของตนเอง เติมน้ำเตรียมของ ล้างจาน

ในข้อที่ 24. ผู้ป่วยสามารถจัดการค่าใช้จ่ายเท่าที่มีอยู่ เพื่อการดำเนินชีวิต หรือไม่ (ถ้าจำเป็น) ให้ปรับเป็น ผู้ป่วยสามารถจัดการค่าใช้จ่ายเท่าที่มีอยู่ เพื่อการดำเนินชีวิต

ในข้อที่ 25. ผู้ป่วยมีปัญหาในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ (เช่น มีความขัดแย้ง หลีกเลียง) ให้ปรับเป็น: ผู้ป่วยมีปัญหาในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (เช่น มีความขัดแย้ง หลีกเลียงการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว)

ในข้อที่ 26. งานประเภทอะไรที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (แม้จะไม่มีงานทำ เกษียณอายุ หรืองานบ้านที่ไม่ได้ค่าตอบแทน) ให้ปรับเป็น งานประเภทอะไรที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

ในข้อที่ 27. ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่ไม่ระมัดระวังหรือไม่ (เช่น ไม่สนใจจราจรเมื่อกำลังข้ามถนน) ให้ปรับเป็น: ส่วนใหญ่ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่ไม่ระมัดระวัง (เช่น ไม่สนใจจราจรเมื่อกำลังข้ามถนน)

ในข้อที่ 32. ผู้ป่วยก้าวก่ายคนอื่นหรือไม่ (หึง ทร์พัสสินคนอื่น) ให้ปรับเป็น: ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ก้าวก่ายเรื่องส่วนตัวคนอื่น (เช่น รื้อค้นห้อง หรือหยิบทรัพย์สินคนอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต)

1.2.2 ปรับข้อคำถาม ซึ่งใช้เป็น Rating Scale ไม่ควรเป็นลักษณะคำถาม ให้ตัด “หรือ” ออกจากข้อที่มี

1.3 แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท จากการคำนวณพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.85 และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนงานของเนื้อหา เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย ถูกต้องเหมาะสม และกระชับมากขึ้น ได้แก่

ในข้อที่ 1. โรคจิตเภท คือโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดการรับรู้และบุคลิกภาพร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม ให้ปรับเป็น : โรคจิตเภท คือโรคทางสมองชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรมร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม

ในข้อที่ 5. โรคจิตเภท พบได้เฉพาะเพศชาย เนื่องจากมีความเครียดสูง ให้ปรับเป็น : โรคจิตเภทพบได้เฉพาะเพศชาย

ในข้อที่ 7. คนที่เป็นโรคจิตเภท อาจมีอาการซึมเศร้ามักจะแยกตัวเอง นอนมากไม่สนใจตัวเอง ให้ปรับเป็น: คนที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการหวาดระแวง มักจะแยกตัวเอง นอนมาก ไม่สนใจตัวเอง

ในข้อที่ 18. ยารักษาโรคทางจิตเวช ในขณะที่กำลังใช้ยารักษา ไม่ควรดื่มเบียร์ สุรา ยาดอก ชา กาแฟ และน้ำอัดลม ให้ปรับเป็น: ในขณะที่กำลังใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช ไม่ควรดื่มเบียร์ สุรา ยาดอก ชา กาแฟ น้ำอัดลม และสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดใดๆ

1.4 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว จากการคำนวณ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.95 และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนของเนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นดังนี้

ในข้อที่ 1. ให้ปรับเช่นเดียวกับ แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท

ในข้อที่ 5. ให้ปรับเช่นเดียวกับ แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท

ในข้อที่ 11. หมั่นพูดคุย ชื่นชม ให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้สำเร็จ ให้ปรับเป็น: หมั่นพูดคุย ชื่นชม ให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้สำเร็จ “ดีกว่าการหมั่นติเตียน วิจารณ์ หรือบังคับผู้ป่วยด้วยอารมณ์”

1.5 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จากการคำนวณ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.98 และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนของเนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นดังนี้

ในข้อที่ 7. หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ท่านดูแลให้เขาได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ให้ปรับเป็น : หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ท่านดูแลให้เขาได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ รวมเวลาก่อนนอน

ในข้อที่ 34. ท่านได้ปกป้องสิทธิที่ควรจะได้ของผู้ป่วย ให้ปรับเป็น: ท่านได้ปกป้องสิทธิที่ควรจะได้ของผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือติดต่อในเรื่องการได้สิทธิรับเงินช่วยเหลือของผู้พิการ

ในข้อที่ 35. เมื่อผู้ป่วยหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ก่อน ให้ปรับเป็น: ท่านจะปฏิบัติเช่นไรเมื่อผู้ป่วยหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ก่อน

ในข้อที่ 43. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กรรมการชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยกู้ภัย หรือตำรวจ เพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำเป็น เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของกรุงเทพมหานคร : ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) หน่วยกู้ภัย หรือตำรวจ เพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

ในข้อที่ 46. ท่านพาผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นเพื่อจะได้เก็บเป็นความลับ ให้ปรับเป็น: ท่านพาผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นซึ่งห่างไกลจากที่พักอาศัยเพื่อจะได้เก็บเป็นความลับ

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น มาทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการ วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองในกลุ่ม ครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของคอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) ถ้าค่าความเที่ยงมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.70 สามารถนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปใช้ได้ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือมีดังนี้คือ

2.1 แบบวัดทักษะชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค(Chronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

2.2 แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท มีค่าความเที่ยงตามสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) KR-20 = 0.91

2.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว มีค่าความเที่ยงตามสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) KR-20 = 0.95

2.4แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.99

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองกับกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง โดยในกิจกรรมที่ 1 ทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว พบว่าผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล มีความรู้ผ่านเกณฑ์ ตามที่ผู้วิจัยตั้งไว้ คือร้อยละ 80 ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ส่วนในกิจกรรมที่ 3 เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็น ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน กำกับการทดลองโดย ทดสอบ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จากการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งก็พบว่าผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คะแนน และร้อยละของการทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย		
คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1	17	85
2	17	85
3	18	90
4	18	90
5	16	80
6	17	85
7	19	95
8	16	80
9	16	80
10	16	80
11	17	85
12	18	90
13	18	90
14	19	95
15	17	85
16	17	85
17	17	85
18	19	95
19	19	95
20	17	85

ตารางที่ 2 คะแนน และร้อยละของการทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของครอบครัว

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของครอบครัว		
คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1	17	85
2	17	85
3	20	100
4	19	95
5	19	95
6	17	85
7	19	95
8	17	85
9	18	90
10	20	100
11	20	100
12	20	100
13	19	95
14	18	90
15	19	95
16	19	95
17	18	90
18	19	95
19	17	85
20	17	85

ตารางที่ 3 คะแนนทดสอบความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

แบบทดสอบความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน		
คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1	72	85
2	65	80
3	77	95
4	78	95
5	71	90
6	68	79
7	77	84
8	62	82
9	66	80
10	65	87
11	72	90
12	79	92
13	82	96
14	88	95
15	79	82
16	72	88
17	70	85
18	77	84
19	69	94
20	66	95

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือนหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝึกทักษะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจากการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 6 หน่วยกิต พร้อมทั้งการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ได้พัฒนาการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว จากการศึกษา ค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) โดยเบื้องต้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

1.3 ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ทำหนังสือประสานกับประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บข้อมูลในศูนย์บริการสาธารณสุข เมื่อได้รับอนุมัติแล้วติดต่อขอความร่วมมือชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ่ม วัน เวลาในการดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และสำเร็จ การศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว ผู้วิจัยได้ชี้แจงหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- ช่วยดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้ตรงตามวัตถุประสงค์หลักตามคู่มือ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา
- ช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และจดบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประเด็นที่สำคัญในขณะดำเนินกิจกรรม
- ร่วมอภิปรายภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งว่ามีความเหมาะสมหรือควรปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นอย่างไร

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยอธิบาย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย รวมถึงระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการ ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pretest) นัดทำกิจกรรมตาม โปรแกรมของการวิจัย

1.6 การวิจัยครั้งนี้ได้ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มความตรงภายใน โดยการจับคู่ (Matched-pair) กลุ่มตัวอย่าง ให้อยู่ในระดับเดียวกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) และรายได้ของครอบครัว (มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) แล้วจัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างช่วงระยะเวลา
การเจ็บป่วยทางจิต และระดับรายได้ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	*ช่วงระยะเวลาการ เจ็บป่วยทางจิต	**ระดับรายได้ ของครอบครัว	ช่วงระยะเวลาการ เจ็บป่วยทางจิต	**ระดับรายได้ ของครอบครัว
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	2	1	2
6	3	1	3	1
7	1	1	1	1
8	2	1	2	1
9	1	2	1	2
10	1	1	1	1
11	1	1	1	1
12	3	1	3	1
13	3	1	3	1
14	1	1	1	1
15	1	1	1	1
16	3	2	3	2
17	1	1	1	1
18	1	1	1	1
19	1	1	1	1
20	3	1	3	1

หมายเหตุ: *1=ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 1-5 ปี 3=ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 6-10 ปี

2 = ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 6-10 ปี

**1=ระดับรายได้ของครอบครัว<8,000 บาท 2=ระดับรายได้ของครอบครัว>8,000 บาท

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ในกลุ่มควบคุม ดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลอง ดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว (ตามโปรแกรมในภาคผนวก) กลุ่มละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ (ดังตารางที่ 5)

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลภายหลังการทดลอง

ผู้วิจัยทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอีกครั้ง (Post-Test) หลังการสิ้นสุดการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวอีก 2 สัปดาห์ต่อมา และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

ตารางที่ 5 แสดงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

สำหรับในกลุ่มทดลองจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 ครอบครัว คือกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 นัดทำการทดลองสัปดาห์ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 90 - 120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่
 9 มกราคม - 20 กุมภาพันธ์ 2556 ณ.ห้องประชุมชั้น 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค
 ดังตารางต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรมครั้งที่ 1
9 มกราคม 2556	1	9.00- 11.00 น.	1.ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ -ให้ทุกคนได้พบปะพูดคุยโดยกล่าวสวัสดิกับเพื่อนใหม่ และศึกษาข้อมูลของเพื่อนจากป้ายชื่อที่มีลักษณะเด่น 3 อย่าง และ วันเกิด (จันทร์-อาทิตย์)
	2	13.00- 15.00 น.	-ให้รวมกลุ่มตามวันเกิดเลือกลักษณะดีร่วมกัน ส่งตัวแทนออกมานำเสนอ 2.ดำเนินกิจกรรมฐานความรู้ 4 ฐาน - แบ่งสมาชิกเป็น 4 กลุ่มๆละ 5 คน -กำหนดกติกาในเรื่องของลำดับการเปลี่ยนฐาน เวลาขณะอยู่ในแต่ละฐานใช้เวลาในการทำฐาน กลุ่มละ 15 นาที ฐานที่1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน ฐานที่2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ ฐานที่3 ผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เราต้องรู้ ฐานที่4 บัตรคำของอาการเตือนและการจัดการ 3.ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ และให้ สมาชิก ได้ เสนอแนะ และแสดง ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรมครั้งที่2
16 มกราคม 2556	1	9.00- 11.00 น.	1.ทำกิจกรรมนันทนาการ “ตัดขาดความทุกข์”
	2	13.00- 15.00 น.	-ให้สมาชิกเขียนถึงความรู้สึก อารมณ์ของตนเอง ที่เป็นทุกข์ใส่แผ่นกระดาษ เป็นข้อความสั้นๆ พับ ให้เรียบร้อย -ให้ตั้งจิตอธิษฐาน จากนั้นให้นำกระดาษที่ตน เขียนไว้ ไปใส่ในบาตรที่ตั้งอยู่หน้าพระพุทธรูป -ผู้วิจัยสรุปในประเด็นของการฝึกการผ่อนคลาย ความรู้สึกที่สามารถทำเองได้เมื่อรู้สึกเป็นทุกข์ 2.ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่1 3.กิจกรรมการระบายความรู้สึก และการพัฒนา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ -แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม แยกผู้ป่วยและครอบครัว เข้าประจำกลุ่ม -อธิบายกติกาในการเข้ากลุ่มว่าจะให้ทุกคนได้มี โอกาสในการได้พูดระบายอารมณ์ และความรู้สึก ของตนเองที่เป็นปัญหา -ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนในการที่จะจัดการ แก้ไขกับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เป็นปัญหา ร่วมกัน 4.ฝึกการเรียนรู้อารมณ์จากกิจกรรมบัตรคำ อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น 5. ฝึกบทบาทสมมติในการจัดการกับอารมณ์จาก สถานการณ์ตัวอย่าง 6.ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและให้กลับไปฝึกเป็น การบ้าน

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรมครั้งที่3
23 มกราคม 2556	1	9.00- 11.00 น.	1.ทำกิจกรรมนันทนาการ ”สายใยแห่งความสัมพันธ์”
	2	13.00- 15.00 น.	-ให้สมาชิกยื่นล้อมกันเป็นวงกลม แจกกลุ่มใหม่ พรมให้สมาชิกถือไว้ -ใหม่จะ เป็นตัวแทน ด้านจิตใจ ความรู้สึกดีๆ ความห่วงใย ที่ทุกคนเตรียมส่งมอบให้เพื่อน -ผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นตา ข่ายของใหม่พรม เสมือน ความสัมพันธ์ ทางด้าน จิตใจมีความผูกพันกัน 2.ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่2 3.ฝึกบทบาทสมมุติเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวก/ ลบจากสถานการณ์ตัวอย่าง - แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน -ฝึกกิจกรรม พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพจากใบงาน -ผู้วิจัย สรุปประเด็น การสื่อสารที่ดีและมี ประสิทธิภาพ 4.ฝึกการ วางแผน ร่วมกันในครอบครัว ในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ได้รับมอบหมาย ใน 1วันของผู้ป่วย - แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน -ให้กลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ -ผู้วิจัยสรุป ทักษะที่จำเป็นในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน และให้นำกลับไปฝึกต่อที่บ้าน

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรมครั้งที่4
30 มกราคม 2556	1	9.00- 10.30 น.	1.ทำกิจกรรมนันทนาการ ”ทุกปัญหามีทางออก”
	2	13.00- 14.30 น.	-ให้สมาชิกเลือกจับคู่กันตามใจชอบ -แจกเชือกป่านคนละ 1เส้นนำเชือกคล้องข้อมือ โดยให้เชือก2เส้นเกี่ยวกัน -ให้ทั้งคู่คิดหาทางทำให้เชือกแยกจากกันใคร ทำได้ ให้สาธิตให้เพื่อนดู -ผู้วิจัย สรุปข้อคิดจากกิจกรรมว่าทุกปัญหา มีทางออกเสมอ แต่ถ้าแก้ไม่ได้ ให้ขอความ ช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำ 2. ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่3 3. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จ ของแต่ละครอบครัว -แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน -ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ที่เป็นปัญหาในการ ดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ไข ปัจจัยที่ทำให้ประสบ ความสำเร็จ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์ที่เกิดขึ้น และ ความรู้สึจากประสบการณ์ -เลือกสมาชิกที่เป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อนำมาแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และความสำเร็จให้ผู้อื่นฟัง 4. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรมครั้งที่ 5
6 กุมภาพันธ์ 2556	1และ2	9.00- 10.30น.	<p>1.กิจกรรมนันทนาการ</p> <p>“การค้นหาคุณค่าที่มองข้าม”</p> <p>-ให้สมาชิกหยิบของที่ใช้ไม่ได้แล้วในตะกร้าที่เตรียมไว้อยู่กลางวง คนละ 1 ชิ้นตามใจชอบ</p> <p>-ช่วยกันคิดว่าของที่หยิบมาของตัวเอง จะสามารถนำไปทำอะไรได้อีกบ้างที่จะเกิดประโยชน์</p> <p>-ให้จับกลุ่มกัน 5 คน 4 กลุ่ม แล้วช่วยกันคิดว่าของที่หยิบมาเมื่อนำมารวมกันแล้ว จะสามารถทำประโยชน์อะไรได้อีกบ้าง</p> <p>-ผู้วิจัยสรุปจากกิจกรรมในประเด็นการเรียนรู้ถึงคุณค่า และประโยชน์ของสิ่งของที่มองข้าม</p> <p>2.ทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปในครั้งที่แล้ว</p> <p>3.กิจกรรม ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน</p> <p>-แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน</p> <p>-ค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่จะสามารถช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา</p> <p>-การสร้างเครือข่ายกันในกลุ่มที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือกันได้</p> <p>4.ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ได้ทำ รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับ</p> <p>5.ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดย</p> <p>-ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท</p> <p>-ให้ครอบครัวทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท</p> <p>-ให้ครอบครัวทำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน</p>
20 กุมภาพันธ์ 2556	กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม	9-10น. และ 13-14น.	-ประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว Post-test

ผลที่ได้รับ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน

1. ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ หลังดำเนินกิจกรรมนี้เสร็จแล้วพบว่า เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินจากการสังเกตพบว่าสังเกตได้จาก มีการทักทาย และพูดคุยกันในกลุ่มสมาชิก ระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ป่วย และระหว่างครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมนี้ สมาชิกกลุ่มให้ความเห็นคล้ายๆกันว่า : “รู้สึกผ่อนคลาย จากตอนที่ไม่มีใครรู้จักกัน ทำให้เกร็งๆ” “ดีใจที่มีเพื่อน” “ทุกคนมีความคิดอยู่ในตัวเอง” นำไปสู่การพัฒนาแก้ไขการทำงานที่ด้านสัมพันธภาพที่บกพร่องในการติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

2. ดำเนินกิจกรรมฐานความรู้ 4 ฐานในเรื่องที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐาน ได้แก่

ฐานที่ 1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน

ฐานที่ 2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ

ฐานที่ 3 ผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เราต้องรู้

ฐานที่ 4 บัตรคำของอาการเตือนและการจัดการ

หลังการดำเนินกิจกรรม พบว่า เมื่อสังเกตจากบรรยากาศ สมาชิกมีความสนใจ กระตือรือร้น และพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กันภายในกลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็น และมีการ การซักถามปัญหาต่างๆ ในแต่ละฐาน ทำให้เกิดการเรียนรู้กันเองในเรื่องของ โรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมทั้งการจัดการกับอาการข้างเคียง จากประสบการณ์ของตนเองที่เคยประสบมา และมีการ ฝึกให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย จากการซักถาม เมื่อทำแล้วได้อะไรบ้าง : “รู้สึกดีที่ได้มาเล่าประสบการณ์ที่พยายามเลิกบุหรี่ให้เพื่อนฟัง” “อยากเป็นกำลังใจให้เพื่อน” “ตอนกินใหม่ๆ ลูกนั่งแล้วหน้ามืด เวียนหัว” “มีอาการลิ้นแข็งมัน ซาๆ แข็งๆ น้ำลายไหล ตาพร่า”

ครั้งที่ 2: การระบายความรู้สึกการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

1. ดำเนินกิจกรรมนันทนาการ “ตัดบัตรความทุกข์” เพื่อนำเข้าสู่บรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลายความรู้สึก ด้วยวิธีการนำหลักพุทธศาสนาในเรื่องของการปล่อยวาง การละทิ้งที่เป็นทุกข์ออกจากจิตใจเป็นวิธีการผ่อนคลายง่ายๆที่สามารถทำเองได้เมื่อรู้สึกเป็นทุกข์ หลังทำกิจกรรมแล้ว เมื่อซักถามว่า ทำแล้วรู้สึกอย่างไร : “ผมรู้สึกโล่งใจ อยากให้มันออกไปจากชีวิตซะที” “จะเอาไว้ ไปทำที่บ้านบ้าง ได้มัย เพราะไม่มีใครพาไปวัด” “ปกติหนูก็ไปวัดกับแม่”

2. กิจกรรมการระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาร่วมกัน ในกลุ่มจะแยกระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้สมาชิกได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนกันได้อย่างเต็มที่ โดยตัดความรู้สึกที่เป็นความเกรงใจและความกังวลออกไป จนสมาชิก สามารถสังเกตและบอกได้ว่า เมื่อได้ระบายความรู้สึกหรืออารมณ์

ที่ติดค้างอยู่ในจิตใจออกมามีผลต่อความเครียดเช่นไร ภายหลังจากการระบายความรู้สึกแล้ว เมื่อซักถามว่าได้พูดออกมาแล้วรู้สึกอย่างไร :

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท : “พอกับแม่ชอบคำ หนูไม่ชอบ” “ไม่อยากให้พูดมาก อยากให้แม่อยู่เฉยๆไม่ต้องพูดอะไร” “จริงๆทนได้นะ แต่ไม่ชอบให้พูดถึงบุพการีจะโมโหทุกที”

ในกลุ่มสมาชิกครอบครัว : “จริงๆแล้วอยากให้เค้ารู้ว่าเรารักเค้า (ร้องไห้)” “แรกๆพยายามทำทุกอย่างอยากให้เค้าหาย แต่ตอนนี้ทำใจแล้ว” “ได้เล่าบ้างก็รู้สึกเหมือนได้ระบายจริงๆ เพราะไม่รู้จะพูดกับใคร มันอึดอัด (พูดแล้วเอามือทาบที่อกตนเองเบาๆ)”

3. ฝึกการเรียนรู้อารมณ์จากกิจกรรม บัตรคำอารมณ์ และฝึกบทบาทสมมุติในการจัดการกับอารมณ์จากสถานการณ์ตัวอย่าง เข้าใจและบอกได้ถึงความต้องการด้านอารมณ์และความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น การเห็นอารมณ์ในบัตรคำเปรียบเหมือนการสังเกตเห็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อสามารถจับอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ก็จะสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

จากการซักถามว่าเราสามารถเลือกอารมณ์ที่จะเกิดกับเราได้หรือไม่ : “ไม่ได้เลย ขนาดตั้งใจเปลี่ยนแล้วนะ” “โชคดียิ่งเพื่อนมาเปลี่ยนแล้วได้ดีทั้ง 2 ใบ” “พยายามจะเปลี่ยนตั้งหลายรอบ ก็ยังไม่ถูกใจ เลยก็เลยเปลี่ยนแล้ว”

เมื่อหยิบได้แล้วรู้สึกอย่างไร : “รู้สึกดีใจ มีความสุข” “เฉยๆ ไม่อยากได้แต่ไม่รู้จะทำยังไง” “ได้คำว่าโกรธ ถ้ามันเกิดก็ต้องรู้ว่าเรากำลังโกรธ ก็เดินหนีซะ” “รู้สึกไม่อยากได้”

ครั้งที่ 3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1. ดำเนินกิจกรรมนันทนาการ”สายใยแห่งความสัมพันธ์” เพื่อให้สมาชิกได้เห็น ความสัมพันธ์ด้านจิตใจของแต่ละคนที่ผ่านมา มีความผูกพันกัน ยกที่จะแก้กลับให้เป็นกลุ่มใหม่อย่างเดิมได้ ดังนั้น การรักษาความสัมพันธ์ ด้านจิตใจ รักษาหัวใจต่อกัน การดูแลช่วยเหลือกันจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เป็นการนำเข้าสู่ความรู้สึกภายในครอบครัว ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เมื่อถามว่า รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมนี้ :

ในผู้ป่วยโรคจิตเภท : “รู้สึกเสียใจที่เคยโกรธพี่ คิดว่าพี่ไม่รักเรา” “เมื่อก่อนแม่เรียกตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาล คิดว่าแม่ไม่รัก” “จริงๆแล้วทุกคนคงเป็นห่วงเราอย่างที่แม่....พูด”

ในสมาชิกครอบครัว : “ที่ต้องส่งโรงพยาบาล เพราะกลัวคนอื่นที่เค้าไม่เข้าใจเค้าจะทำร้ายเอา” “คุณแม่: กิจกรรมนี้ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวได้ดีมาก”

2. ฝึกบทบาทสมมุติเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวก/ลบจากสถานการณ์ตัวอย่าง และ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เน้นให้เห็นการสื่อสารทั้งทางบวกและทางลบและ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากการสังเกต : พบว่าทั้งผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลองให้เพื่อนดูทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส สนุกสนานกับการแสดงของเพื่อน

เมื่อให้แสดงความคิดเห็น : “บางครั้งที่เรามีปัญหา ก็มักจะเกิดจากการพูดไม่ดี พูดด้วยอารมณ์ ทำให้ทะเลาะกัน” “บางที่เราก็ไม่ฟังใครจะเอาแต่ใจเราเอง” นอกจากนี้กลุ่มสามารถช่วยกันในการฝึกใช้ภาษาที่เป็นเชิงบวกได้มากขึ้น

3. ฝึกการ วางแผน ร่วมกันในครอบครัว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ได้รับมอบหมาย ใน 1 วันของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้ร่วมกันวางแผน

จากการสังเกต: พบว่าครอบครัว และผู้ป่วยสามารถช่วยกันแสดงความคิดเห็นและเขียนแผนที่จะสามารถปฏิบัติได้ง่ายใน 1 วันสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็บอกว่าสามารถทำได้

ครั้งที่4: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

1.ดำเนินกิจกรรมนันทนาการ ”ทุกปัญหามีทางออก” โดยจะเน้นให้สมาชิกเห็นว่า ทุกปัญหามีทางออกเสมอ แต่ถ้าแก้ไขเองไม่ได้ ให้ขอความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำ จากผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ว่าเมื่อเกิดปัญหาใดๆก็ตามที่เราไม่สามารถแก้ไขได้ เรายังมีเพื่อน มีครอบครัว และมีผู้อื่นที่ยังพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เราไม่ได้อยู่ตามลำพัง ขอให้นึกถึงผู้ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้

จากการสังเกต : ผู้ป่วยและครอบครัว สนใจที่จะทำกิจกรรม และพยายามคิดช่วยกันในการแก้ไขข้อบกพร่องให้ออกจากกันให้ได้ หลากหลายวิธีการ ส่วนใหญ่จะแก้ไขไม่ได้ เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้วิจัยจึงช่วยเหลือโดยการแนะนำวิธีการให้กับครอบครัว 1 คู่ เมื่อมีผู้ที่แก้ไขได้แล้วก็จะพยายามไปช่วยสอนคู่อื่นๆให้ทำให้ได้ด้วยกัน บางคู่ก็วิ่งมาหาเพื่อน เพื่อให้เพื่อนช่วยสอน เป็นต้น

เมื่อให้แสดงความคิดเห็น : “ตอนแรกยากมากเลย แก้ไม่ออก แต่พอเพื่อนสอน ง่ายมากเลย” “ใช่ ไม่นึกว่าจะง่ายขนาดนี้” “ก็เหมือนปัญหาไง พอเราแก้ได้มันก็ง่าย” “แต่แก้ไขไม่ได้ก็ปวดหัวเหมือนกัน พาให้อารมณ์เสียอีก “

“แล้วเรามีวิธีแก้ไขอะไรคะ” : “ก็ให้เพื่อนช่วยได้คะ” “เลิกทำไปก่อน แล้วค่อยทำใหม่” “พอทำใหม่ เราก็อถามคนที่เค้ารู้ก่อนก็ได้” “ถามดีกว่า อย่าคิดเอง เดี่ยวจะเป็นเรื่องใหญ่”

2.กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว ซึ่งให้เห็นว่าหลายๆครอบครัวก็มีปัญหาอุปสรรคคล้ายๆกัน การได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กัน จะทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสมองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา

จากการสังเกต : พบว่าสมาชิกครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ มีการแนะนำที่เป็นประโยชน์

ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: “เรื่องกินยาสำคัญมากนะ” “อาการเริ่มแรกๆก็สำคัญ ต้องรีบไปหาหมอ” “ไม่มีใครอยากเป็นคนบ้าหรอก จริงมั๊ยคะ”

ในสมาชิกครอบครัว : “ต้องทำความเข้าใจ และยอมรับมันให้ได้ก่อน” “คุณแม่ : อย่าอายคนอื่น เวลามีปัญหาเค้าจะเข้าใจ” “คนในบ้านนี้แหละสำคัญที่สุด ถ้าเข้าใจ” “ต้องมีเมตตา และเข้าใจว่าเค้าทุกข์อยู่แล้ว อย่าซ้ำเติมกัน “ต้องช่วยดูแลกัน”

3.ตัวอย่างความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัว

สมาชิกครอบครัวได้เล่าว่า “เมื่อก่อนลูกชายเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยมาก ยังเคยเจอพี่เค้าอยู่เลยที่โรงพยาบาล จำได้ แต่ตอนหลังมีพยาบาลที่ศูนย์บางแคไปเยี่ยมที่บ้าน เค้าก็สอน แนะนำ ก็ดีนะ เพราะเวลาเราพูดเอง เค้า (หมายถึงผู้ป่วย) ก็ไม่ค่อยเชื่อ คือ แรกๆก็ไม่ค่อยเข้าใจหรอก แต่ก็พยายามทำที่พยาบาลบอก ค่อยๆแก้ไป เค้าก็ดีขึ้น ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาลนานแล้วนะ ไปปรับแต่ยาเฉยๆ แต่บางทีก็ยังมีหงุดหงิด บางทีเราเองก็โมโหอดไม่ได้เหมือนกัน มาทำกิจกรรมแบบนี้ก็ดีขึ้นมาก มีเพื่อนได้พูดได้ระบาย อึดอัดนะบอกตรงๆ แต่พูดอะไรไม่ได้ ที่พ่อของ.....แนะนำก็ดีนะ ให้ลูกมาช่วยขายของแล้วของน้องชาย.....ก็ดีนะให้พี่ชาย(ผู้ป่วย)ให้ช่วยเงินรถขายผลไม้ไปส่งที่ตลาดทุกวัน เหมือนเค้ามีงานประจำทำ” “ทำแล้วรู้สึกเป็นไงล่ะ”(หันไปถามผู้ป่วย) “ก็ดีครับ ไม่เครียดไม่งั้นกันอนทั้งวัน พอทำงานก็ดี แต่อยากมาทำกิจกรรมแบบนี้ดีกว่า ได้เจอเพื่อน ผมชอบเกมส์เชือก มองเห็นจริงด้วยว่าปัญหามันแก้ไม่ออก แต่มันก็แก้ออกได้ ถ้าเรารู้แล้วถ้าเราไม่รู้เราก็กมาถามพยาบาลเอา”(พูดแล้วยิ้ม)

ครั้งที่5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

1.กิจกรรมนัดพบการ “การค้นหาคุณค่าที่มองข้าม” ซึ่งให้เห็น การเรียนรู้ถึงคุณค่า และประโยชน์ของสิ่งของที่บางครั้งเราอาจจะมองข้าม

จากการสังเกต : การทำกิจกรรมมีประเด็นที่น่าสนใจ”พอเอาของมารวมกันก็สวยดี” “คุณพ่อ: ผมว่าคนทุกคนมีคุณค่าของตัวเอง ถ้าเรามองเห็นประโยชน์ของเค้า เหมือนของพวกนี้แหละ” “กระดาษหนังสือพิมพ์เค้ายังเอามาพับถุงขายเลย” “อยู่เฉยๆดูเหมือนจะใช้ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเอามารวมกันกลับมีประโยชน์คู่อะ”

2.กิจกรรมค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน

จากการสังเกต : จากบรรยากาศพบว่าแต่ละครอบครัว มีความสนิทสนมกันมากขึ้นช่วยกัน ในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และยินดีแลกเปลี่ยนที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์กันด้วยความ เต็มใจ แต่มีประเด็นในเรื่องการทำกิจกรรมของกลุ่มเครือข่าย ที่อยากให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการให้ “อยากให้นัดกันมาทำกิจกรรมแบบนี้ สนุกดี ได้ความรู้” “กิจกรรมสนุกมากไม่เครียด” “ขอไปต่างจังหวัดบ้าง ได้มึน” “ตอนแรกไม่อยากจะมาเลย กลัวปวดหัว นึกว่าต้องเรียน”

การรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1. ทำการประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pre-test) และให้การพยาบาลตามปกติ
2. เริ่มดำเนินการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว นัดทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กลุ่มๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์
3. ทำการกำกับการทดลอง หลังจากเสร็จกิจกรรมกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว แยกกันตอบแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท และให้ครอบครัวตอบแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
4. ทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว (Post-test) ซ้ำอีกครั้งใน สัปดาห์ ที่ 7 จากนั้นแสดงความขอบคุณ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ทำการประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pre-test)
2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบ ถึงขั้นตอนในการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลโดย ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์
3. ทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว (Post-test) ซ้ำอีกครั้ง ใน สัปดาห์ที่ 7 จากนั้นแสดงความขอบคุณพร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการขอ รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ของสำนักอนามัย และคณะกรรมการพิจารณา และควบคุมการวิจัยในคน ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งคณะกรรมการพิจารณา และเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ กลุ่มตัวอย่าง เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2555 จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการในการเตรียมเก็บข้อมูล และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจริงตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2556-20 กุมภาพันธ์ 2556

2. ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้แสดงความยินยอม ก่อนการทำวิจัย เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัย ได้มีการ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความเต็มใจ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบด้วยว่า หากไม่สะดวกในการเข้า

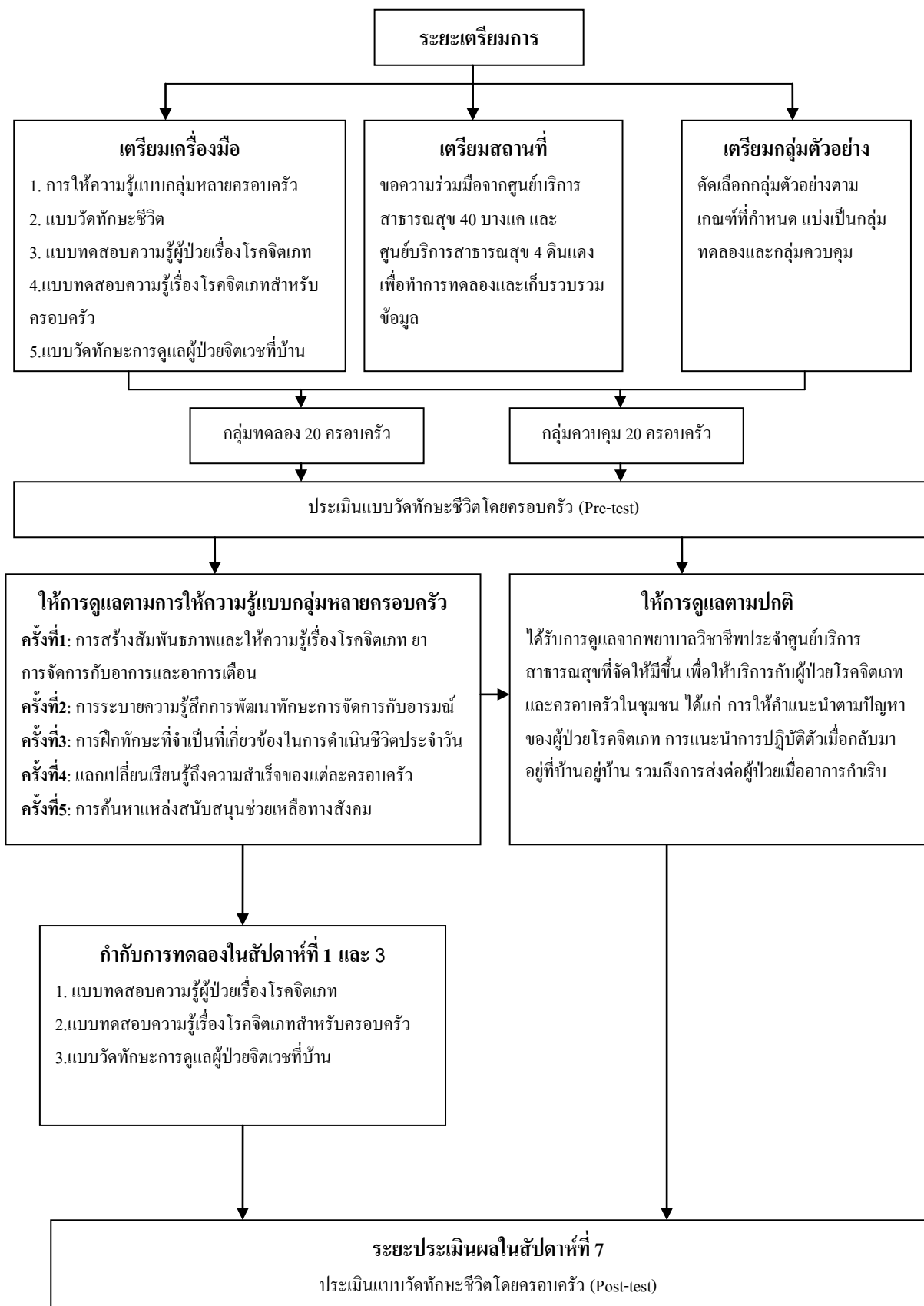
ร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ก็จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างรวมถึงครอบครัวผู้เกี่ยวข้อง และทั้งนี้ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปแบบของ ผลการวิจัยเท่านั้น ในขณะที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างก็มีสิทธิ์ที่จะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าจะขอออก จากการศึกษา ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงได้ โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หากมีข้อสงสัยใน ระหว่างการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่รวบรวมได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. วิเคราะห์การกระจายคะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test
3. คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังการได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติ ทดสอบ t (Paired t-test)
4. คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทำการทดลอง นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยมีการใช้แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) เพื่อประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest -Posttest Control Group Design) ประเมินโดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แสดงคะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ คะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลัง การได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบ คะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 1 คนและ ผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 คนที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ครอบครัว กำหนดวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของ กลุ่มผู้ป่วย โรคจิตเภท	กลุ่ม ทดลอง (N=20)				กลุ่ม ควบคุม (N=20)				รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)			39.95	6.58			37.35	8.23		
20-29	1	5			3	15			4	10
30-39	10	50			10	50			20	50
40-49	7	35			6	30			13	32.5
50-59	2	10			1	5			3	7.5
เพศ										
ชาย	15	75			16	80			31	77.5
หญิง	5	25			4	20			9	22.5
สถานภาพ										
โสด	15	75			14	70			29	72.5
คู่	3	15			0	0			3	7.5
หย่าร้าง	2	10			4	20			6	15
หม้าย	0	0			0	0			0	0
แยกกันอยู่	0	0			2	10			2	5
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียน	3	15			2	10			5	12.5
ประถมศึกษา	8	40			3	15			11	27.5
มัธยมศึกษา	0	0			6	30			6	15
ตอนต้น										
มัธยมศึกษา	7	35			7	35			14	35
ตอนปลาย										
ปริญญาตรี	2	10			2	10			4	10

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท	กลุ่มทดลอง (N=20)				กลุ่มควบคุม (N=20)				รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ										
ไม่มีอาชีพ	12	60			17	85			29	72.5
รับจ้าง	3	15			1	5			4	10
ค้าขาย	5	25			2	10			7	17.5
รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน			5,100	3683.53			4,900	2751.08		
ต่ำกว่า 4,000บาท	11	55			10	50			21	52.5
4,000-8,000บาท	6	30			7	35			13	35.5
8,000-10,000บาท	1	5			2	10			3	7.5
มากกว่า10,000บาท	2	10			1	5			3	7.5
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ปี)			6.6	3.75			5.7	3.53		
1-5	14	70			14	70			28	70
6-10	1	5			1	5			2	5
11-15	5	25			5	25			10	25
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(ครั้ง)										
2-5	6	30			10	50			16	40
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	14	70			10	50			24	60
			4.65	1.14			4.05	1.32		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย										
เป็นบิดา/มารดา	12	60			15	75			27	67.5
เป็นสามี/ภรรยา	3	15			0	0			3	7.5
เป็นพี่น้อง	5	25			5	25			10	25

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มครอบครัวจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของ กลุ่มครอบครัว	กลุ่มทดลอง (N=20)				กลุ่มควบคุม (N=20)				รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)										
20-29	0	0	50.85	6.37	0	0	52.7	6.37	0	0
30-39	2	10			0	0			2	5
40-49	2	10			4	20			6	15
50-59	16	80			16	80			32	80
เพศ										
ชาย	5	25			2	10			7	17.5
หญิง	15	75			18	90			33	82.5
สถานภาพสมรส										
โสด	2	10			5	25			7	17.5
คู่	5	25			1	5			6	15
หย่าร้าง	13	65			4	20			17	42.5
หม้าย	0	0			0	0			0	0
แยกกันอยู่	0	0			10	50			10	25
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียน	0	0			0	0			0	0
ประถมศึกษา	7	35			6	35			13	32.5
มัธยมศึกษา	10	50			6	30			16	40
ตอนต้น										
มัธยมศึกษา	3	15			7	35			10	25
ตอนปลาย										
ปริญญาตรี	0	0			1	5			1	2.5

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของ กลุ่มครอบครัว	กลุ่ม ทดลอง (N=20)				กลุ่มควบคุม (N=20)				รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ										
ไม่มีอาชีพ	2	10			5	25			7	17.5
รับจ้าง	3	15			1	5			4	10
ค้าขาย	15	75			14	70			29	72.5
รายได้ของ ครอบครัว ต่อเดือน(บาท)			5,100	3683.53			4,900	2751.08		
ต่ำกว่า 4,000	11	55			10	50			21	52.5
4,000-8,000	6	30			7	35			13	32.5
8,000-10,000	1	5			2	10			3	7.5
มากกว่า 10,000	2	10			1	5			3	7.5
ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วย (ปี)			6.6	3.75			5.7	3.53		
1-5	14	70			14	70			28	70
6-10	1	5			1	5			2	5
11-15	5	25			5	25			10	25
ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย										
บิดา/มารดา	12	60			15	75			27	67.5
สามี/ภรรยา	3	15			0	0			3	7.5
พี่น้อง	5	25			5	25			10	25

ตอนที่ 2 แสดงคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ทำการประเมินคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัว (Pre-test) ทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้การดูแลตามปกติ พร้อมทั้งให้การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว จากนั้นทำการประเมินคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว (Post-test) ทั้ง 2 กลุ่ม ซ้ำอีกครั้ง หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมอีก 2 สัปดาห์ แปลผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนเฉลี่ยค่ามาตรฐาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 120 (Parker & Hadzi-Parlovic, 1991) ซึ่งถ้าคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน จะหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้สูง แต่ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานจะหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้ต่ำ

ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัว
และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัว				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		คะแนนผลต่าง
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	108	ต่ำกว่ามาตรฐาน	141	สูงกว่ามาตรฐาน	33
2	101	ต่ำกว่ามาตรฐาน	143	สูงกว่ามาตรฐาน	42
3	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน	137	สูงกว่ามาตรฐาน	23
4	108	ต่ำกว่ามาตรฐาน	125	สูงกว่ามาตรฐาน	17
5	124	สูงกว่ามาตรฐาน	152	สูงกว่ามาตรฐาน	28
6	106	ต่ำกว่ามาตรฐาน	126	สูงกว่ามาตรฐาน	20
7	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	124	สูงกว่ามาตรฐาน	13
8	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	121	สูงกว่ามาตรฐาน	10
9	121	สูงกว่ามาตรฐาน	132	สูงกว่ามาตรฐาน	11
10	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	153	สูงกว่ามาตรฐาน	43
11	117	ต่ำกว่ามาตรฐาน	120	สูงกว่ามาตรฐาน	3
12	121	สูงกว่ามาตรฐาน	132	สูงกว่ามาตรฐาน	11
13	107	ต่ำกว่ามาตรฐาน	129	สูงกว่ามาตรฐาน	2
14	103	ต่ำกว่ามาตรฐาน	128	สูงกว่ามาตรฐาน	25
15	118	ต่ำกว่ามาตรฐาน	139	สูงกว่ามาตรฐาน	21
16	113	ต่ำกว่ามาตรฐาน	133	สูงกว่ามาตรฐาน	20
17	123	สูงกว่ามาตรฐาน	142	สูงกว่ามาตรฐาน	19
18	87	ต่ำกว่ามาตรฐาน	127	สูงกว่ามาตรฐาน	40
19	98	ต่ำกว่ามาตรฐาน	124	สูงกว่ามาตรฐาน	26
20	93	ต่ำกว่ามาตรฐาน	126	สูงกว่ามาตรฐาน	33

จากตารางที่ 8 พบว่าในกลุ่มทดลองมี คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของครอบครัว ก่อนการทดลองสูงกว่ามาตรฐาน (120 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 4 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนการทำหน้าที่สูงกว่ามาตรฐานทุกคน

ตารางที่ 9 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวและการแปลผลของกลุ่ม
ควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัว				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนนผลต่าง
1	109	ต่ำกว่ามาตรฐาน	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	1
2	126	สูงกว่ามาตรฐาน	126	สูงกว่ามาตรฐาน	0
3	112	ต่ำกว่ามาตรฐาน	112	ต่ำกว่ามาตรฐาน	0
4	104	ต่ำกว่ามาตรฐาน	105	ต่ำกว่ามาตรฐาน	1
5	137	สูงกว่ามาตรฐาน	129	สูงกว่ามาตรฐาน	-8
6	105	ต่ำกว่ามาตรฐาน	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	6
7	82	ต่ำกว่ามาตรฐาน	98	ต่ำกว่ามาตรฐาน	16
8	87	ต่ำกว่ามาตรฐาน	113	ต่ำกว่ามาตรฐาน	26
9	115	ต่ำกว่ามาตรฐาน	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	-5
10	92	ต่ำกว่ามาตรฐาน	92	ต่ำกว่ามาตรฐาน	0
11	116	ต่ำกว่ามาตรฐาน	114	ต่ำกว่ามาตรฐาน	-2
12	116	ต่ำกว่ามาตรฐาน	120	สูงกว่ามาตรฐาน	4
13	125	สูงกว่ามาตรฐาน	124	สูงกว่ามาตรฐาน	-1
14	126	สูงกว่ามาตรฐาน	126	สูงกว่ามาตรฐาน	0
15	113	ต่ำกว่ามาตรฐาน	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	-2
16	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	118	ต่ำกว่ามาตรฐาน	8
17	111	ต่ำกว่ามาตรฐาน	112	ต่ำกว่ามาตรฐาน	1
18	95	ต่ำกว่ามาตรฐาน	108	ต่ำกว่ามาตรฐาน	13
19	98	ต่ำกว่ามาตรฐาน	100	ต่ำกว่ามาตรฐาน	2
20	109	ต่ำกว่ามาตรฐาน	110	ต่ำกว่ามาตรฐาน	1

จากตารางที่ 9 พบว่าในกลุ่มควบคุม มีคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 16 คน และหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ยังคงมีคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนคงเดิม จำนวน 16 คน

**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวก่อนและหลังการ
ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว**

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำการประเมิน คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัว ก่อนการให้การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว จากนั้นดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว จากนั้นทำการประเมิน คะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวอีกครั้ง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ อีก 2 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) ดังแสดงในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวก่อนและ
หลัง การทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=20)**

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	109.7	9.92	ต่ำ	19	-8.999	.000
หลังการทดลอง	132.3	9.97	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	109.15	13.35	ต่ำ	19	-1.985	.062
หลังการทดลอง	112.45	9.58	ต่ำ			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.999$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนน เฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการประเมิน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว (Pre-test) ทั้ง 2 กลุ่มจากนั้นกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว และทำการประเมิน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวอีกครั้ง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ อีก 2 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=20)

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	109.7	9.92	ต่ำ	38	0.148	.883
กลุ่มควบคุม	109.15	13.35	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	132.3	9.97	สูง	38	6.416	.000
กลุ่มควบคุม	112.45	9.58	ต่ำ			

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.416$) โดยคะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ รายด้าน ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ รายด้าน ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=20)

การทำหน้าที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
การดูแลตัวเอง	27.35	2.91	35.20	3.64	27.20	3.43	28.20	3.00
การควบคุมอารมณ์	33.55	3.75	38.70	3.44	33.60	5.09	34.50	3.86
ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	16.55	1.70	22.15	1.87	16.15	1.73	16.50	1.54
การสื่อสาร	17.30	1.59	19.95	2.06	17.45	2.65	17.95	2.01
ความรับผิดชอบ	14.95	1.96	16.30	1.17	14.75	1.89	15.30	1.75

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ รายด้าน ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นทุกด้านทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังจากทำการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน สามารถทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวเพิ่มขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน นี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษา การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล และให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตัวแปรต้นคือ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ตัวแปรตามคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว
- 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย สมาชิก ครอบครัว และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่ง แต่ละครอบครัวจะ ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 1 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 คนที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์

บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ครอบครัว การเลือกครอบครัว เลือกจากผู้ป่วยเป็นหลัก โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขนาดอิทธิพล อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาเรื่อง One Year Follow-up of Multiple Family Group Intervention for Chinese Families of Patients with Schizophrenia (Chien & Chan, 2004) มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.56 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.43 % พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มครอบครัวเป็นกลุ่มละ 20 ครอบครัว รวมทั้งหมด 40 ครอบครัว เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ McFarlane et al. (1995) โดยทำกิจกรรม กลุ่มๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ เพื่อให้กิจกรรมส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการ และอาการเตือน

ครั้งที่ 2 การระบายความรู้สึก การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

ครั้งที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยเบื้องต้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงจะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็น

ที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน รวมถึงรูปแบบของกิจกรรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะข้อมูล ที่เกี่ยวกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง ให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำ หน้าที่ของ Rosen et al., (1989) ที่ได้ศึกษาการประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าสู่ชุมชน ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประเมินโดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็น ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เครื่องมือนี้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ วรรณชาติ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ โดยแบ่งเป็น

- | | |
|----------------------------------|--------|
| 1. ด้านการดูแลตนเอง จำนวน | 10 ข้อ |
| 2. ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน | 12 ข้อ |
| 3. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน | 6 ข้อ |
| 4. ด้านการสื่อสาร จำนวน | 6 ข้อ |
| 5. ด้านความรับผิดชอบ จำนวน | 5 ข้อ |

การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนของแบบวัดทั้งหมดมีค่า ระหว่าง 39-156 คะแนน แปลผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนเฉลี่ยค่า มาตรฐาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 120 (Parker & Hadzi-Parlovic, 1991) ซึ่งถ้าคะแนนรวมเท่ากับ หรือมากกว่า ค่าเฉลี่ยมาตรฐานจะหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้สูง แต่ถ้า คะแนนรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานจะหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการทำ หน้าที่ได้ต่ำ

ผู้วิจัยได้นำมาหา ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.98 และมีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับผลการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือ ทดสอบ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภทของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัย ตั้งเกณฑ์ให้มีความรู้ผ่านเกณฑ์ ตามที่กำหนด คือ ร้อยละ 80

ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.85 และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท สำหรับสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องมือ ทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ สมาชิกในครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์ให้มีความรู้ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด คือ ร้อยละ 80

ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.95 และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.95$

3.3 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ หุ่นคำปิ่นและคณะ (2548) มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก 47 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ตามสถานการณ์ต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1. ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 29 ข้อ
2. ด้านการจัดการด้านอาการ จำนวน 11 ข้อ
3. ด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.98 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.99

การดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว โดยการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือนหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระอริยวงศะนเรศวรมหาราชวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝึกทักษะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจากการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 6 หน่วยกิต พร้อมทั้งการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ได้พัฒนาการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) โดยเบื้องต้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

1.3 ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ทำหนังสือประสานกับประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บข้อมูลในศูนย์บริการสาธารณสุข เมื่อได้รับอนุมัติแล้วติดต่อขอความร่วมมือชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้ง วัน เวลาในการดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และสำเร็จ การศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว ผู้วิจัยได้ชี้แจงหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- ช่วยดำเนินกิจกรรม กลุ่มให้ตรงตามวัตถุประสงค์หลัก ตามคู่มือ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา
- ช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และจดบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประเด็นที่สำคัญ

ในขณะดำเนินกิจกรรม

- ร่วมอภิปรายภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งว่ามีความเหมาะสมหรือควรปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นอย่างไร

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยอธิบาย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย รวมถึงระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการ ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง และประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pretest) นัดทำกิจกรรมตามโปรแกรมของการวิจัย

1.6 การวิจัยครั้งนี้ได้ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มความตรงภายใน โดยการจับคู่ (Matched-pair) กลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในระดับเดียวกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย

(พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) และรายได้ของครอบครัว (มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) แล้วจัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ในกลุ่มควบคุม ดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลอง ดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

กลุ่มละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลภายหลังการทดลอง

ผู้วิจัยทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอีกครั้ง (Post-Test) หลังการสิ้นสุดการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวอีก 2 สัปดาห์ต่อมา และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1. ทำการประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pre-test) และให้การพยาบาลตามปกติ
2. เริ่มดำเนินการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว นัดทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กลุ่มๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์
3. ทำการกำกับการทดลอง หลังจากเสร็จกิจกรรมกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว แยกกันตอบแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท และให้ครอบครัวตอบแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
4. ทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว (Post-test) ซ้ำอีกครั้งใน สัปดาห์ที่ 7 จากนั้นแสดงความขอบคุณ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ทำการประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (Pre-test)
2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบ ถึงขั้นตอนในการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลโดย ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์
3. ทำการ ประเมิน แบบวัดทักษะชีวิตโดย ครอบครัว (Post-test) ซ้ำอีกครั้ง ใน สัปดาห์ที่ 7 จากนั้นแสดงความขอบคุณพร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่รวบรวมได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. วิเคราะห์การกระจายคะแนน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test
3. คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Paired t-test)
4. คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทำการทดลอง นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.999$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนน เฉลี่ย การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.416$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่ง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถบ่งชี้ได้ว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวมีผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30- 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ (\bar{X} = 39.95 และ 37.35, SD = 6.58 และ 8.23) และระดับการศึกษาอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 และ 80 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ มาโนชญ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเป็นแล้วอาการของโรคมักเรื้อรังและไม่หายขาดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานได้มากกว่า 2 ปี ไปจนถึง 10 ปีขึ้นไป จากผลของข้อมูล เมื่อคำนวณระยะเวลาแล้ว จะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 และ 80 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท ของ ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์ (2552) ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่า เพศหญิงถึง 1.4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในเรื่องของช่วงอายุที่เป็นตั้งแต่อายุยังไม่มาก ระดับการศึกษาไม่สูง และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่งผลให้เห็นถึงปัญหาซึ่งบ่งบอกถึงการทำหน้าที่ (Functioning) ที่เสียไป แสดงให้เห็นจากในกลุ่มทดลองมี คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของครอบครัวก่อนการทดลองต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) จำนวน 16 คนและในกลุ่มควบคุมมี คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ของครอบครัวต่ำกว่ามาตรฐาน (0-119 คะแนน) ทั้งก่อนและหลังการทดลองจำนวน 16 คน

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ (\bar{X} = 50.85 และ 52.7, SD = 6.37 และ 6.37) ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 และ 95 และมีอาชีพส่วนใหญ่คือค้าขายและรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 90 และ 75 ตามลำดับ ส่งผลให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวเป็นช่วงวัยทำงานจากระดับการศึกษาและอาชีพ พบว่าเป็นกลุ่มที่ต้องการเข้าถึงค่า มีรายได้เป็นรายวัน เมื่อมีบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและต้องดูแล ทำให้เกิดเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียรายได้ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งของตัวผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีการศึกษา

น้อย ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อ ความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย มีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเครียด ในครอบครัวและเกิดความขัดแย้งตามมา(Lim & Ahn, 2003)

นอกจากนั้นข้อมูลที่สนับสนุนเกี่ยวกับช่วงอายุที่พบในกลุ่มผู้ป่วยเป็นวัยทำงาน แต่จากข้อมูล ในด้านอาชีพพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (ว่างงาน)ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คิดเป็น ร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ เนื่องจากสถานะของโรคจิตเภท ทำให้มีความพร่องใน หน้าที่ด้านความ รับผิดชอบต่างๆทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วง วัยทำงานส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ด้านเศรษฐกิจ และรายได้หลักของครอบครัว ทำให้ ครอบครัว สูญเสียรายได้ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) นอกจากนี้ ยังส่งผลถึงค่าใช้จ่าย ในการดูแล และค่า รักษาที่ต้องเพิ่มสูงขึ้น และยังได้มีการศึกษาของ เทียม ศรีคำจักร และคณะ (2550)ในเรื่องแบบแผน กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับการนอน และ การอยู่บ้านเฉยๆไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

จากข้อมูลของการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษา มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 70 และ 50 ตามลำดับ($X = 4.65$ และ 4.05 , $SD = 1.14$ และ 1.32) ซึ่งส่งผลให้ ต้องกลับมาเป็นภาระให้ครอบครัวของผู้ป่วย (บิดา/มารดา, พี่/น้อง) คิดเป็นร้อยละ 85 และ 100 ตามลำดับ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากงานประจำที่ต้องทำอยู่แล้ว มีผลให้การใช้ชีวิตปกติประจำวันของครอบครัวเปลี่ยนแปลง ไป มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (สกาวิรัตน์ ภูผา, 2543)

การเจ็บป่วย บ่อยๆและ ต้องกลับมารักษาซ้ำๆ ทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลายาวนานขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆลดลง (Norman et al., 2002) เช่นมีปัญหาในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจ การจัดการกับอาการต่างๆ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ยอมรับมีความขัดแย้งภายในครอบครัว ครอบครัวต้องมีภาระในการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถานภาพที่พบว่าเป็น โสด หรือหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 90 ตามลำดับ

ในขณะที่ผลจากการเก็บข้อมูลด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ กว่า 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85 และ 85 ตามลำดับ($\bar{X} = 5,100$ และ $4,900$, $SD = 3683.53$ และ 2751.08) สอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะของครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสป่วย ด้วยโรคจิตเภทได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาโนชญ์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2548) และ Sadock & Sadock (2003)

จากการศึกษาผลการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชนซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่า ก่อนได้รับกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.999$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐาน การวิจัย ข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลได้ว่า การได้รับ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังจากการได้รับความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงขึ้น เป็นผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำกิจกรรมกลุ่ม มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และระหว่างครอบครัว ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนาแก้ไขการทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพที่บกพร่องในการติดต่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเองในด้านการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจได้เพิ่มมากขึ้น เมื่อได้เรียนรู้ในเรื่ององค์ความรู้พื้นฐานของโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วย และ ครอบครัวมีความรู้ให้เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น ประกอบกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยและครอบครัวก็มีส่วนช่วยในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ซึ่ง ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการดูแลตนเองดีขึ้น นอกจากนี้ยังได้มีการฝึกพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียด และดูแลอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น และในกิจกรรมยังได้ การฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้อื่นเกิดการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกัน และตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น (Chien et al., 2003) และยังได้มีการ วางแผนร่วมกันในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองดีขึ้น ในกิจกรรมยังได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้ถึงความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของผู้อื่น รวมถึงการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะสามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้แต่ละครอบครัวรู้จักกันมากขึ้นเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างครอบครัว ที่ติดต่อกันได้ ในการดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายความช่วยเหลือทางสังคม (Chien et al., 2004) นอกจากนั้นผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลักษณะของ เพศ และอายุที่ใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดความ เกิดความมั่นใจ และไว้วางใจกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

2. จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ภายหลังการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.416$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอภิปรายผลได้ว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาแบบวิจัยการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ในกลุ่มทดลองร่วมกับการให้การดูแล ตามปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุมให้เฉพาะการดูแลตามปกติ มีการใช้เครื่องมือแบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al., (1989) ที่ได้ศึกษาการประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.98 และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค(Chronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.96 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเพื่อเพิ่มความตรงภายใน โดยการจับคู่ (Matched-pair) กลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในระดับเดียวกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) และรายได้ของครอบครัว (มาโนชัย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) แล้วจัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้ จึงเป็นผลที่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมตามการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นอย่างแท้จริง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในเรื่องของ การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน

กิจกรรมในเรื่องของ การสร้างสัมพันธภาพ : จะเน้น ประเด็นให้ กลุ่มตัวอย่าง ได้เริ่มพูดคุยมีส่วนร่วมในการแสดงออก โดยให้สมาชิกแต่ละครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ จากแผ่นป้ายชื่อ เขียนชื่อ พร้อมทั้งลักษณะเด่น หรือความสามารถพิเศษของตน 3 อย่าง เพื่อทำความรู้จักกัน การรู้ลักษณะเด่นและความสามารถของตนเองและผู้อื่น ช่วยสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง สนุกสนาน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้ในเรื่องที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐาน และถ้าหากครอบครัวได้ช่วยกันดูแลซึ่งกันและกันก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาเกิดแรงกระตุ้นให้สนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมนี้ สมาชิกกลุ่มให้ความเห็นคล้ายๆกันว่า : “รู้สึกผ่อนคลาย จากตอนแรกๆที่ไม่รู้จักกันทำให้เกร็งๆ” “ดีใจที่มีเพื่อน” “ทุกคนมีความดีอยู่ในตัวเอง”

กิจกรรมฐานทั้ง 4 ฐาน ในการ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน: จากการสังเกตกลุ่มสมาชิก มีความกระตือรือร้นในการที่จะเล่าเรื่อง สามารถแลกเปลี่ยนในเรื่อง

ของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตและบอกถึงแนวทางในการจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วยได้

ทำแล้วได้อะไรบ้าง : “รู้สึกดีที่ได้มาเล่าประสบการณ์ที่พยายามเลิกบุหรี่ให้เพื่อนฟัง”
 “อยากเป็นกำลังใจให้เพื่อน” “ตอนกินยาใหม่ๆ ลูกนั่งแล้วหน้ามืด เวียนหัว” “มีอาการคลื่นเหมือนมันซาๆ แข็งๆ น้ำลายไหล ตาพร่า”

จากกิจกรรมครั้งที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างการยอมรับ รวมถึงความไว้วางใจให้เกิดขึ้น ในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและระหว่างครอบครัว การเรียนรู้โดยผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง ช่วยสร้างความน่าสนใจ ทำให้สามารถจดจำข้อมูลได้ง่ายขึ้น และการเรียนรู้เป็นกลุ่มจะทำให้เกิดความเข้าใจเห็นใจกันมากขึ้นจากการที่ฟังผู้อื่นได้เล่าเรื่องของเขาร่วมกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ส่งผลให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมร ดวงเดช (2545) และเป็นไปตามแนวทางเดียวกับการศึกษาของ McFarlane et al.(1995) ในเรื่องการส่งเสริมให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน รวมถึงการจัดให้สมาชิกครอบครัว จากหลายๆครอบครัว มีการพูดคุย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ของครอบครัว การประคับประคองด้านจิตใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจต่อกลุ่มสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดีขึ้นในด้านการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะการอยู่ในสังคม

ครั้งที่ 2 ในเรื่องของการระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรม”ตักบาตรความทุกข์” : เพื่อสร้างบรรยากาศ และเน้นในประเด็นของการฝึก การผ่อนคลายความรู้สึก ด้วยวิธีการนำหลักพุทธศาสนาในเรื่องของการปล่อยวาง การละทิ้งที่เป็นทุกข์ออกจากจิตใจเป็นวิธีการผ่อนคลายง่ายๆที่สามารถทำเองได้เมื่อรู้สึกเป็นทุกข์

เมื่อทำแล้วรู้สึกอย่างไร : “ผมรู้สึกโล่งใจ อยากให้มันออกไปจากชีวิตซะที” “จะเอาไว้ ไปทำที่บ้านบ้างได้มั้ย เพราะไม่มีใครพาไปวัด” “ปกติหนูก็ไปวัดกับแม่”

กิจกรรม”ระบายความรู้สึก” : เน้นให้กลุ่มได้ฝึกการเป็นผู้ ฟังอย่างตั้งใจ ให้เกียรติผู้พูด ไม่แสดงความคิดเห็นที่เป็นเชิงลบ ผู้พูดสามารถ สังเกตและบอกได้ว่า เมื่อได้ระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ติดค้างอยู่ในจิตใจออกมา มีผลต่อความเครียดเช่นไร

เมื่อได้พูดออกมาแล้วรู้สึกอย่างไร :

กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท : “พ่อกับแม่ชอบค่า หนูไม่ชอบ” “ไม่อยากจะพูดมาก อยากให้แม่อยู่เฉยๆไม่ต้องพูดอะไร” “จริงๆทนได้นะ แต่ไม่ชอบให้พูดถึงบุพการีจะโมโหทุกที”

กลุ่มสมาชิกครอบครัว : “จริงๆแล้วอยากให้เค้ารู้ว่าเรารักเค้า (ร้องไห้)” “แรกๆพยายามทำทุกอย่างอยากให้เค้าหาย แต่ตอนนี้ทำใจแล้ว” “ได้เล่าบ้างก็รู้สึกเหมือนได้ระบายจริงๆ เพราะไม่รู้จะพูดกับใคร มันอึดอัด (พูดแล้วเอามือทาบที่อกตนเองเบาๆ)”

กิจกรรม”เรียน รู้อารมณ์ จากบัตรคำ” : เน้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้เรียนรู้ความเป็นจริงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และจับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะนั้น การหยิบบัตรคำอารมณ์โดยที่ไม่เห็นไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งอารมณ์ที่เป็นบวก หรืออารมณ์ที่เป็นลบการเห็นอารมณ์ในบัตรคำเปรียบเหมือนการสังเกตเห็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อสามารถจับอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ก็จะสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

จากการซักถามว่าเราสามารถเลือกอารมณ์ที่จะเกิดกับเราได้หรือไม่ : “ไม่ได้เลย ขนาดตั้งใจเปลี่ยนแล้วนะ” “โชคดียิ่งเพื่อนมาเปลี่ยนแล้วได้ดีทั้ง 2 ใบ” “พยายามจะเปลี่ยนตั้งหลายรอบ ก็ยังไม่ถูกใจ เลยใจเฉยเปลี่ยนแล้ว”

เมื่อหยิบได้แล้วรู้สึกอย่างไร : “รู้สึกดีใจ มีความสุข” “เฉยๆ ไม่อยากได้แต่ไม่รู้จะทำยังไง” “ได้คำว่าโกรธ ถ้ามันเกิดก็ต้องรู้ว่าเรากำลังโกรธ ก็เดินหนีซะ” “รู้สึกไม่อยากได้”

จากกิจกรรมครั้งที่ 2 มีข้อค้นพบที่ทำให้เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนมีปัญหาที่อยู่ภายในใจที่ไม่เคยบอกเล่าให้ใครฟัง และถ้ามันใจแล้วว่าเรื่องของเขาจะเป็นความลับ เขาจะสามารถระบายความรู้สึกนั้นออกมาได้ การระบายความรู้สึก เป็นวิธีการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหาของแต่ละครอบครัว ดังนั้นกิจกรรมตักบาตรความทุกข์ และการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่อยู่ภายในใจออกมาบ้าง ก็จะสามารถลดความเครียดได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องในแนวเดียวกันกับที่ Gispens-de Wied (2000) ได้ศึกษาถึงวิธีการผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์และด้านจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มี การผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ และยังทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ความต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรม”สายใย แห่งความสัมพันธ์” : กลุ่มใหม่พรมที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ถืออยู่ในมือจะเป็นตัวแทนความสัมพันธ์ ทางด้านจิตใจ ความรู้สึกดีๆ ความห่วงใย ที่ทุกคนเตรียมส่งมอบให้เพื่อนในกลุ่ม ซึ่งให้แต่ละครอบครัวเห็นดาบ้ายของใหม่พรม ที่เปรียบเสมือนดาบ้ายความสัมพันธ์ ทางด้านจิตใจของคนในครอบครัว ที่โยงโยหนาขึ้นเรื่อยๆ และที่ผ่านมาก็มีความผูกพันกันยากที่จะแก้กลับให้

เป็นกลุ่มใหม่ อย่างเดิมได้ ดังนั้นการรักษาความสัมพันธ์ด้านจิตใจ รักษาหัวใจต่อกัน การดูแลช่วยเหลือกัน ในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก

รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรม : “รู้สึกเสียใจที่เคยโกรธพี่ คิดว่าพี่ไม่รักเรา” “เมื่อก่อนแม่เรียกตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาล คิดว่าแม่ไม่รัก” “ที่ต้องส่งโรงพยาบาล เพราะกลัวคนอื่นที่เค้าไม่เข้าใจเค้าจะทำร้ายเอา” “จริงๆแล้วทุกคนคงเป็นห่วงเราอย่างที่แม่....พูด” “คุณพ่อ : กิจกรรมนี้ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวได้ดีมาก”

กิจกรรม”บทบาทสมมุติเรื่องการสื่อสาร” : เน้นให้เห็นการสื่อสารทั้งทางบวกและทางลบและพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากการสังเกต : พบว่าทั้งผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลองให้เพื่อนดูทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส สนุกสนานกับการแสดงของเพื่อน เมื่อให้แสดงความคิดเห็น : “บางครั้งที่เรามีปัญหา ก็มักจะเกิดจากการพูดไม่ดี พูดด้วยอารมณ์ ทำให้ทะเลาะกัน” “บางที่เราก็ไม่ฟังใครจะเอาแต่ใจเราเอง” นอกจากนี้กลุ่มสามารถช่วยกันในการฝึกใช้ภาษาที่เป็นเชิงบวกได้มากขึ้น

กิจกรรม”เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน” กระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้ร่วมกันวางแผน ในการทำหน้าที่ๆได้รับมอบหมายใน 1 วันในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จากการสังเกต: พบว่าครอบครัว และผู้ป่วยสามารถช่วยกันแสดงความคิดเห็นและเขียนแผนที่จะสามารถปฏิบัติได้ง่ายใน 1 วันสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็บอกว่าสามารถทำได้

จากกิจกรรมครั้งที่ 3: มีข้อค้นพบที่ทำให้เห็นได้ถึงความรู้สึกลงใจของตนเองที่ไม่เคยรู้สึกถึงความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว รวมทั้งการสื่อสารจะเป็นสิ่งที่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวได้มาก ถ้าไม่พัฒนาให้เป็น และการสร้างรูปแบบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการคิดร่วมกันจะทำให้เข้าใจผู้อื่นได้มากขึ้น และอยากปฏิบัติตาม มีการศึกษาที่คล้ายกันของ Chien et al. (2003)ในเรื่องของการพัฒนาทักษะที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว โดยการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง ในการขอความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว ชุมชน และสังคมช่วยให้ผู้อื่นเกิดการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกัน และตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547) และ Gispens-de Wied. (2000) ที่พบว่าการวางแผนร่วมกันในครอบครัว ในการพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยการกำหนด กิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วย และให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ

มีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองดีขึ้นได้

ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

กิจกรรม” ทุกปัญหาที่มีทางออก ” ให้แต่ละครอบครัว เลือกจับคู่กันตามใจชอบ นำเชือกคล้องข้อมือ โดยให้เชือก 2 เส้นเกี่ยวกันไว้ คิดหาทางทำให้เชือกแยกจากกัน โดยที่ห่วงเชือกคล้องมือไม่หลุดออกจากข้อมือใครทั้ง 2 คน กิจกรรมนี้จะเน้นให้เห็นว่า ทุกปัญหาที่มีทางออกเสมอ แต่ถ้าแก้ไขเองไม่ได้ให้ขอความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ว่าเมื่อเกิดปัญหาใดๆก็ตามที่เราไม่สามารถแก้ไขได้ เรายังมีเพื่อน มีครอบครัว และมีผู้อื่นที่ยังพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เราไม่ได้อยู่ตามลำพัง ขอให้นึกถึงผู้ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้

จากการสังเกต : ผู้ป่วยและครอบครัว สนใจที่จะทำกิจกรรม และพยายามคิดช่วยกันในการแก้ไขเชือกให้ออกจากกันให้ได้ หลากหลายวิธีการ ส่วนใหญ่จะแก้ไขไม่ได้ เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้วิจัยจึงช่วยเหลือโดยการแนะนำวิธีการให้กับครอบครัว 1 คู่ เมื่อมีผู้ที่แก้ไขได้แล้วก็จะพยายามไปช่วยสอนคู่อื่นๆให้ทำให้ได้ด้วยกัน บางคู่ก็วิ่งมาหาเพื่อน เพื่อให้เพื่อนช่วยสอน เป็นต้น

เมื่อให้แสดงความคิดเห็น : “ตอนแรกยากมากเลย แก้ไม่ออก แต่พอเพื่อนสอน ง่ายมากเลย” “ใช่ ไม่นึกว่าจะง่ายขนาดนี้” “ก็เหมือนปัญหาใจ พอเราแก้ได้มันก็ง่าย” “แต่แก้ไขไม่ได้ก็ปวดหัวเหมือนกัน พาให้อารมณ์เสียอีก “

“แล้วเรามีวิธีแก้ไขอะไรคะ” : “ก็ให้เพื่อนช่วยได้คะ” “เลิกทำไปก่อน แล้วค่อยทำใหม่” “พอทำใหม่ เราก็ถามคนที่เค้ารู้ก่อนก็ได้” “ถามดีกว่า อย่าคิดเอง เดี่ยวจะเป็นเรื่องใหญ่”

กิจกรรม “เรื่อง ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว ” : ให้กลุ่มครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าหลายๆ ครอบครัวก็มีปัญหาอุปสรรคคล้ายๆกัน การได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กัน จะทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสมองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา เพราะว่าปัญหาทุกปัญหาย่อมมีทางออกเหมือนกับกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกัน ขอให้แต่ละครอบครัว มีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเอง และเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกันในการที่จะเอาชนะอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากการสังเกต : พบว่าสมาชิกครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ มีการแนะนำที่เป็นประโยชน์ “ต้องทำความเข้าใจ และยอมรับมันให้ได้ก่อน” “คุณแม่ : อย่าอายคนอื่น เวลามีปัญหาเค้าจะเข้าใจ” “เรื่องกินยาสำคัญมากนะ” “อาการเริ่มแรกๆก็สำคัญ ต้องรีบไปหาหมอ” “คนในบ้านนี้แหละสำคัญที่สุด ถ้าเข้าใจ” “ต้องมีเมตตา และเข้าใจว่าเค้าทุกข์อยู่แล้ว อย่าซ้ำเติมกัน” “ไม่มีใครอยากเป็นคนบ้าหรอก จริงมั๊ยคะ” “ต้องช่วยดูแลกัน”

ตัวอย่างความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัว : สมาชิกครอบครัวได้เล่าว่า “เมื่อก่อนลูกชายเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยมาก ยิ่งเคยเจอที่เค้าอยู่เลยที่โรงพยาบาล จำได้ แต่ตอนหลังมีพยาบาลที่ศูนย์บางแค ไปเยี่ยมที่บ้าน เค้าก็สอน แนะนำ ก็ดีนะ เพราะเวลาเราพูดเอง เค้า (หมายถึงผู้ป่วย) ก็ไม่ค่อยเชื่อ คือ แรกก็ไม่ค่อยเข้าใจหรอก แต่ก็พยายามทำที่พยาบาลบอก ค่อยๆ แก่ไป เค้าก็ดีขึ้น ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาลนานแล้วนะ ไปรับแต่ยาเฉยๆ แต่บางทีก็ยังมีหงุดหงิด บางทีเราเองก็โมโหอดไม่ได้เหมือนกัน มาทำกิจกรรมแบบนี้ก็ดีขึ้นเรื่อยๆ มีเพื่อนได้พูดได้ระบาย อึดอัดนะบอกตรงๆ แต่พูดอะไรไม่ได้ ที่พ่อของ.....แนะนำก็ดีนะ ให้ลูกมาช่วยขายของ แล้วของน้องชาย.....ก็ดีนะให้พี่ชาย (ผู้ป่วย) ให้ช่วยเงินรถขายผลไม้ไปส่งที่ตลาดทุกวัน เหมือนเค้ามีงานประจำทำ” “ทำแล้วรู้สึกเป็นไงล่ะ” (หันไปถามผู้ป่วย) “ก็ดีครับ ไม่เครียด ไม่งั้นนอนทั้งวัน พอทำงานก็ดี แต่อยากมาทำกิจกรรมแบบนี้ดีกว่า ได้เจอเพื่อน ผมชอบเกมส์เชือก มองเห็นจริงด้วยว่าปัญหามันแก้ไม่ออก แต่มันก็แก้ได้แล้ว ถ้าเรารู้ แล้วถ้าเราไม่รู้เราก็คงมาถามพยาบาลเอา”(พูดแล้วยิ้ม)

จากกิจกรรมครั้งที่ 4 ทำให้มองเห็นวิธีการแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้นจากการใช้กลุ่มแบบหลายครอบครัวที่สมาชิกของแต่ละครอบครัวเล่าประสบการณ์ของครอบครัวให้กลุ่มฟังในลักษณะการเผชิญปัญหาคล้ายๆกัน การแลกเปลี่ยนในสิ่งที่เคยพบเหมือนกันแต่ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง เลยไม่สามารถแก้ปัญหาได้พอเจอกลุ่มที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและ ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันได้ง่ายขึ้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการศึกษาของ Dyck et al. (2002), Hazel et al. (2004), Bradley et al. (2006) ที่ได้นำเอาครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ ที่มีลักษณะการเผชิญปัญหาคล้ายคลึงกัน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้แต่ละครอบครัวเกิดความรู้สึกร่วมกัน ช่วยกันระดมความคิดด้านจิตใจ ซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ในเรื่องทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

กิจกรรม“การค้นหาคุณค่าที่มองข้าม” : ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก หีบของที่ไม่ได้ใช้แล้วคนละ 1 ชิ้น ตามใจชอบ แล้วคิดว่าของที่หีบมาจะสามารถนำไปทำอะไรที่จะเกิดประโยชน์ จับกลุ่มกันกลุ่มละ 5 คนช่วยกันคิดว่าของที่หีบมาเมื่อนำมารวมกันแล้ว จะสามารถทำอะไรประโยชน์อะไร ได้อีกบ้าง ชี้ให้เห็นการเรียนรู้ถึงคุณค่า และประโยชน์ของสิ่งของที่บางครั้งเราอาจจะมองข้าม

จากการสังเกต : การทำกิจกรรมมีประเด็นที่น่าสนใจ ”พอเอาของมารวมกันก็สวยดี” “คุณพ่อ: ผมว่าคนทุกคนมีคุณค่าของตัวเอง ถ้าเรามองเห็นประโยชน์ของเค้า เหมือนของพวกนี้แหละ” “กระดาดหนังสือพิมพ์เค้ายังเอามาพับถุงขายเลย” “อยู่ดีๆคุณเหมือนจะใช้ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเอามารวมกันกลับมีประโยชน์คุณคิดอะ”

กิจกรรม”เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน” : ให้ครอบครัวช่วยกันคิดและค้นหาแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึง การสร้างเครือข่ายทางสังคมของ ครอบครัว ในกลุ่มที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา เกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีความเข้าใจในความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันได้ดีกว่า

จากการสังเกต : จากบรรยากาศพบว่าแต่ละครอบครัว มีความสนิทสนมกันมากขึ้น ช่วยกันในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และยินดีแลกเปลี่ยนที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์กันด้วยความ เต็มใจ แต่มีประเด็นในเรื่องการทำกิจกรรมของกลุ่มเครือข่าย ที่อยากให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนิน การให้ “อยากให้นัดกันมาทำกิจกรรมแบบนี้ สนุกดี ได้ความรู้” “กิจกรรมสนุกมากไม่เครียด” “ขอไปต่างจังหวัดบ้างได้มัย” “ตอนแรกไม่ยอมมาเลย กลัวปวดหัว นึกว่าต้องเรียน”

จากกิจกรรมครั้งที่ 5 : ทำให้แต่ละครอบครัวสามารถมองเห็นคุณค่าที่คิดว่าเป็นเรื่อง ไม่สำคัญของผู้อื่นได้ การรู้จักกันเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายๆกัน สามารถให้ความช่วยเหลือกันได้ง่ายขึ้น มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง เป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างครอบครัว ที่ติดต่อกันได้ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แต่ละครอบครัวมีความมั่นใจในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ในการจัดกิจกรรมนี้ กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันหาข้อมูลของแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ได้แก่ พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลจิตเวช(สถาบันกัลยาณราชนครินทร์,สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา) ศูนย์สุขภาพชุมชน ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien et al. (2004) ที่ได้ศึกษาเรื่องของการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวสร้างเครือข่ายการดูแล หรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่รู้สึกแยกจากสังคม หรือชุมชนที่อยู่

เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Chien et al. (2005) ที่สนับสนุนการช่วยเหลือครอบครัวแบบกลุ่ม Multiple Family Group ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดทักษะด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น

นอกจากนี้ Chien&Chan (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่อง One Year Follow-up of Multiple Family Group Intervention for Chinese Families of Patients with Schizophrenia โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทใน 3 รูปแบบ 1.Mutual Support Multiple Family Group 2.Psycho education 3.Standard care ต่อการลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย ผลการทดลองพบว่าการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยในกลุ่ม Mutual Support Multiple Family Group มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุด และมีจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการรักษาลดลงมากที่สุด

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการใช้ การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นไปตามแนวทางเดียวกับการศึกษาของ McFarlane et al. (1995) โดยเน้นการให้ความรู้แบบกลุ่มครอบครัว การ สร้างสัมพันธภาพของครอบครัว และให้ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีส่วนสำคัญ ในการ ช่วยดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้กลุ่ม Mutual Support Multiple Family Group ของ Chien & Chan (2004) ซึ่งใช้การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว ร่วมกับ การประคับประคองด้านจิตใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจต่อกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถเปิดใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาช่วยให้การทำหน้าที่ในด้านการดูแลตนเอง ดีขึ้น และเพิ่มทักษะการอยู่ในสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลในเรื่องการกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว ที่ได้พัฒนาขึ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน การนำไปใช้ พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเนื่องจากกิจกรรมต้องใช้ทั้งในเรื่องของนันทนาการ การให้ความรู้ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกสามารถเพิ่มทักษะในการทำหน้าที่ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวนี้ควรมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง และมีการขยายผลในศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขมีพยาบาลที่มีพื้นฐานอย่างน้อยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช มีทักษะในการให้การปรึกษา มีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ได้รับการบริการที่ดีและมีคุณภาพอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดทำหลักสูตร เนื้อหาวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆในชุมชนให้กับพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการจัดเจนในการพยาบาลด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ประชาชนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

2.2 ควรจัดให้มีการอบรม ให้ความรู้ระยะสั้นๆ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยชุมชนในรูปแบบหรือ โครงการในการที่จะดูแลส่งเสริม และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง ซึ่งจะมีบริบทที่แตกต่างจากในพื้นที่ต่างจังหวัด หรือชนบท

2.3 ควรจัดเพิ่มเติมในหลักสูตรเนื้อหาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนให้ครอบคลุมในการให้การดูแล หรือการฝึกงานในชุมชนในเขตเมือง จะทำให้มองเห็นความแตกต่างในการให้การดูแล รวมถึงการสร้างเครือข่ายในชุมชนเมือง เพื่อให้สามารถประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือในภาวะวิกฤติได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในรูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ว่าจะสามารถทำให้การทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ ถ้าแตกต่างจะมีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

3.2 ควรมีการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำ เป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวในรูปแบบการวิจัยในระยะยาว เพื่อศึกษาความยั่งยืนของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท(ภาคผนวก)**. นนทบุรี: ดิจิตอลเวลด์ก็อปปี.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อก.
- ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). **โครงการศึกษาอิสระเรื่องการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิสนา เขมมณี. (2553). **องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียม ศรีคำจักษ์, และ คณะ. (2550). **แบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้มีภาวะจิตเภทในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่**. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เพ็ญศิริภา, ปราณิ ภานุภาส, และจำเรียง เรืองมาก. (2551). **การเสริมพลังกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด :แนวคิด และการปฏิบัติ**. นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
- นันทิกา ทิวชาชาติ. (2548). **ระบดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ : ยูเอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุษกล ศุภอักษร. (2553). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). **พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ. (2547). **ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านปีงบประมาณ 2540-2546**. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต . 20(1), 1-9.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบอบวิทยาของ ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาतिकานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). **ตราบาย: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ,18(1):,1-9.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2548). **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน :รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล**.ในการประชุมวิชาการ, เชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ. (2551) . **ความแม่นยำแบบข้ามวัฒนธรรมและความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินของแบบวัด Personal and Social Performance ฉบับภาษาไทย**. *J Med Assoc Thai*, 91 (10), 1603-1608.
- มารศรี ปาณีวัตร. (2548). **บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2552). **เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ :แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์ . (2552). โรคจิตเภท : ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย., 54:,21-37.

ศิริเนตร สุชาติ. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี .
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข . (2549). รายงานผลการศึกษาระยะโรค
ในประเทศไทย ระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2549 . [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.hiso.or.th/hiso/teachnology/teachnology4.php> (สิงหาคม 2549).

สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. (2548). การศึกษารอบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ในการ
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4, หน้า 67-90. กรุงเทพมหานคร.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สุรรัตน์ โบริต. (2547). การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 21(2), 36-51.

เสาวนีย์ เมืองด้วง. (2551). การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อดิญา โพธิ์ศรี .(2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอนก สุภินันท์ และคณะ. (2550). ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ปี 2547. บทคัดย่อ.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(1), 1.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
दानสุทธาการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้
ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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.
- Badley, G.M., Psych, M., Couchran, G.M., Psych, D., Perlesz, A., Nguyen, A. T., ETAL. (2006)., Multiple-Family group treatment for English and Vietnames speaking Families living with schizophrenia. **Psychiatric Services**, 57, 521-530.
- Bethesda, D. (1999). Schizophrenia retrieved. [Online] Available Form: nimh.nih.gov/publicat/chizoph. Cfim National institute of Mental Health. (2007, Oct22)
- Brown, G., Birley, J. & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. **British Journal of Psychiatry**, 121:241-258.
- Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T., (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock (Eds.), **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Buck walter, K. C., (1991). Community mental health and home care. In G. K. Mcfarlane & M. D. Thomas (Eds.), **Psychitric Mental health nursing: Application of the Nursing process. Philadelphia: J. B. Lippincott.**
- Burns, N. and Grove S. K. (2001). **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization**. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Carra, G., Mantomoli, C., Clerici, M., & Cazzullo, C. L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. **European Archives of Psychiatric Clinical Neuroscience**, 257, 23-30.
- 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.
- Chien, W. T., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D., (2005). Effectiveness of patients with schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing**, 51(6), 595-608.
- Chien, W. T., & Chan, S. W., (2004). One year Follow-up of a multiple Family group intervention For Chinese Families of patients with schizophrenia, **Psychiatric services**, 55(11), 1276-1284.

- Cunningham,P.A., (2007). The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse.** 25(10), 645-652.
- Danielson,C.B.,Bissell,B.H. andFryP.W. , (1993). Family Health&Illness,Perspective on Coping and Intervention.Missouri: **Mosby-year book.**
- Denise F. Polit, Bemadette P. Hungler. (1999). **Nursing Research:Principles and Methods.** Lippincott Williams & Wilkins.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 26: 5-20.
- Dyck,D.G.,Hendryx,M.S.,Short,R.A.,Voss,W.D.,&Mcfarlane,W.R., (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational Multiple-Family group treatment. **Psychitric Service**, 53(6), 749-754.
- Hazel,N.A.,McDonell,M.G.,short,R.A.,Berry,C.M.,Voss,W.D.,Rodgers,M.L.,et al., (2004). Impact of multiple family group for outpatients with schizophrenia on Caregivers'disstress and resources. **Psychitric Services**, 55(1), 35-41.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (1995). **Comprehensive textbook of Psychaitry.** Baltimore: Williams&Wilkins.
- King, S.& Dixon, J.M. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. **Schizophrenia Bulletin**, 25(2), 377-386.
- Lim, YM. & Ahm, YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research**, 16(2): 110-117.
- Linzen.D.H.,Dingemans,P.M.,Nugter,M.A.,Van der Dose,A.J.W.Scholte,W.F.&Lenior,M.A. (1997). Patien attributes and expressed emotion as risk factor for psychiatric relapes. **Schizophrenia Bulletin**, 23(1), 119-130.
- Marvin,I.H.&Stephen,R.M. (2002). **Schizophrenia comprehensive treatment and management.** Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- McFarlane,W.R.,Lukens,E.,Link,B.,Dushay,R.,Deakins,S.A.,Newmark,M.,et al., (1995). Multiple - family group and psycho education in the treatment of schizophrenia. **Archives General Psychiatry**, 52, 679-687.

- Morosini Pierluisi, Dennis D. Gaqnon, Henry Nasrallah. (2000). Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. **Psychiatry Research**, 161(2), 213-224.
- Mulcahy, K., et al. (2003). Diabetes Self-Management Education Core Outcomes Measures. **The Diabetes Educator**. 29, 5, 768-803.
- Norman, E. 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.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., & Hadzi-Pavlovic, D. (1991). The life skills profile: Psychometric properties of a measure assessing function & disability in schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 83, 145-152.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L., & Link, B.G. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. **Psychiatric Services**, 52(12), 1627-1632.
- P Lelliott, J Wing and P Clifford., (1994). The Camberwell Elderly Mentally Ill and Their Needs for Services. **The British Journal of Psychiatry**, 55, 82-90.
- Ran, M.S., et al., (2010). Risk factors for poor work functioning of person with schizophrenia in rural China. **SOC Psychiatric Epidemiol**.
- Ran, M.S., Xiang, M.Z., Chan, C.L., Leff, J., Simpson, P., Huang, M.S. et al., (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese family experiencing schizophrenia. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol**, 38, 67-75.
- Robert W. Buchanan., (2006). Negative symptoms in schizophrenia: An Overview. [online]. Available from <http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>. [2009, May 22]
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., and Parker, G., (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in schizophrenia. (doi:). **Schizophrenia Bulletin**, 15(2), 325-337.
- Rusch, 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.&Sadock,V.A., (2000). Kaplan&Sadock's Comprehensive. **Textbook of psychiatry (3thed.)**. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.
- Sadock,B.J.&Sadock,V.A., (2002). **Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th .ed.)**. Lippincott Willams&Wilkins.New York.
- Sadock,B.J.&Sadock,V.A., (2003). **Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (9th .ed.)**.Philadelphia:Lippincott Willams&Wilkins.
- Sadock,B.J.&Sadock,V.A., (2007). **Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th .ed.)**. Philadelphia:Willams&Wilkins. New York.
- Schulze,B.,&Angermeyer,M.C. (2003). Subjective experiences of stigma:A focus group study of schizophrenic patients,their relatives and mental health professional. **Social Science&Medicine**, 56(2), 299-312.
- Sullivan,G., Well,k.b.,Morgenstern,H.&Leake,B. (1995).Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case control study of serious mentally ill person in Mississippi. **American Journal of Psychiatry**, 152(12), 1749-1756.(2005).
- 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.
- Thara,R.,Rajkumar,S.&Valecha,V.(1988).The Schedule For the Assessment of Psychiatric Disability.**Indian Journal of Psychiatry**, 30, 47-53.
- Tsai, S.L., Chan, M.B.,&Yin, J.C. (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospitalbased home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. **Journal of Nursing Research**, 13(3), 165-172..
- Vrdoljak,M.,Ivezic, S., and Jukic, M. K. (2008).Social functioning and stress coping in schizophrenic patient. [doi: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.701]. **European Psychiatry**, 23(Supplement 2), S90-S91.
- Ware, and Gandex, (1998). Methodes for testing data quality,scaling assumption,and liability:The IQOLA Project approach.**J.Clin.Epidemiol**. 51: 945-952.
- World Health Organization. (2012). **10 facts burden of disease on the state of global health**. [Online].Available: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/en/index.html (2013, December).

World Health Organization. (2007). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. 10th Revision Version.** [Online]. Available: [http://www.who.int/classifications/apps/icd/\(2009, April 9\)](http://www.who.int/classifications/apps/icd/(2009, April 9)).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์)
กลุ่มงานจิตเวชชุมชน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. นพ.พงศกร เล็งดี นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์)
กลุ่มงานจิตเวชชุมชน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไทร อาจารย์ประจำสาขาวิชา
การพยาบาลบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ เอื้ออารีย์ สาลิกา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. ดร.ชลพร กองคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

$$CVI = \frac{10}{10} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

$$CVI = \frac{39}{38} = 0.98$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

$$CVI = \frac{20}{17} = 0.85$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว

$$CVI = \frac{20}{19} = 0.95$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่บ้าน

$$CVI = \frac{50}{49} = 0.98$$

6. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

$$CVI = \frac{20}{20} = 0.95$$

ภาคผนวก ก
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

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

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\bar{X} = \Sigma X / N$$

\bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

ΣX หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

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

S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ΣX หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

ΣX^2 หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง

n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นแบบอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าความแปรปรวน

2.1 สถิติการหาความเชื่อมั่น ตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$\text{สูตร KR-20} \quad r_{tt} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left(1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right)$$

k หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

p หมายถึง สัดส่วนของคนที่ทำถูกแต่ละข้อ

q หมายถึง สัดส่วนของคนที่ทำผิดแต่ละข้อ =1-p

St² หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.1.1แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกครอบครัว

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าจากสูตร} &= \left[\frac{20}{19} \right] \left(1 - \frac{0.58}{313.64} \right) \\ &= 0.95 \quad (1-0) \\ r_{tt} &= 0.95 \end{aligned}$$

2.1.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าจากสูตร} &= \left[\frac{20}{19} \right] \left(1 - \frac{9.34}{263.74} \right) \\ &= 1.05 \quad (1-0.04) \\ r_{tt} &= 0.91 \end{aligned}$$

2.2 สถิติการหาความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach' Alpha Coefficient (ค.ศ.1951) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547)

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

α หมายถึง ค่าความเชื่อมั่น

n หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

$\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_i^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.2.1 แบบวัดทักษะชีวิต

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าจากสูตร } \alpha &= \frac{39}{39-1} \left[1 - \frac{81.66}{1,291.68} \right] \\ &= 1.02 (1 - 0.06) \\ \alpha &= 0.96 \end{aligned}$$

2.2.2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าจากสูตร } \alpha &= \frac{50}{50-1} \left[1 - \frac{43.06}{1,511.65} \right] \\ &= 1.02 (1 - 0.02) \\ \alpha &= 0.99 \end{aligned}$$

3.สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test เพื่อ วิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.สถิติทดสอบ t (Pair t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายรอบคร้ว

5.สถิติทดสอบ t (Independent t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงมากที่สุด
สำหรับท่านเพียงข้อเดียว

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หย่า () ม้าย () แยกกันอยู่ () อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ () ไม่ได้ทำงาน () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย () รับราชการ () อื่น ๆ
6. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)
() ต่ำกว่า 4,000 บาท () 4,000 - 8,000 บาท () 8,000-10,000 บาท () มากกว่า 10,000 บาท
7. รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี
9. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
10. ผู้ดูแลผู้ป่วยชื่อ.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

แบบวัดทักษะชีวิต

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับพฤติกรรม โดยทั่วไปของผู้ป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

1. ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการริเริ่มสนทนาหรือสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่น
 1. ยากลำบากที่สุดกับการสนทนา
 2. ยากลำบากปานกลางกับการสนทนา
 3. ยากลำบากเล็กน้อยกับการสนทนา
 4. ไม่มีความยากลำบากกับการสนทนา
2. ผู้ป่วยเข้าไปก้าวก่าย หรือ ทำให้เกิดความวุ่นวายในการสนทนาของบุคคลอื่น (เช่น ชัดจังหวะคุณเมื่อคุณกำลังพูด)
 1. ก้าวก่ายมากที่สุด
 2. ก้าวก่ายปานกลาง
 3. ก้าวก่ายเล็กน้อย
 4. ไม่ก้าวก่าย
3. ผู้ป่วยมีการแยกตัวออกจากสังคม
 1. แยกตัวออกไปเลย
 2. แยกตัวปานกลาง
 3. แยกตัวเล็กน้อย
 4. ไม่แยกตัว
39. ผู้ป่วยทำความรู้จักกับคนอื่น และ/ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นได้
 1. ไม่ได้สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือ ไม่รักษาสัมพันธ์ภาพไว้เลย
 2. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพยากลำบาก ค่อนข้างมาก
 3. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพยากลำบากเล็กน้อย
 4. สร้างมนุษย์สัมพันธ์ หรือรักษาสัมพันธ์ภาพได้

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวโรคจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางสมองที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรมร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม		
2.อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก		
3.โรคจิตเภท เกิดจากโคเคนคูลไฮส เช่น โคนฟีเข้า โคนเสกของ		
4.การติดยาเสพติดทุกชนิดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดอาการกำเริบซ้ำได้		
5.โรคจิตเภท พบได้เฉพาะเพศชาย		
6.คนที่เป็นโรคจิตเภท อาจมีอาการอะอะอาละวาด ทำร้ายผู้อื่น พุดจาสับสน		
7.คนที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการหวาดระแวง มักจะแยกตัวเอง นอนมาก ไม่สนใจตัวเอง		
.		
.		
.		
.		
.		
20.เมื่อมีอาการปากคอแห้ง ผู้ป่วยควรบ้วนปาก จิบน้ำ หรือนำมะนาวบอ่อยๆ เพื่อให้ปากชุ่มชื้น		

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวโรคจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคทางสมองชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรมร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม		
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะการพูดที่ผิดปกติ พูดสับสน พูดจาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อ		
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการ ก้าวร้าว ะอะอะ อาละวาด อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น		
4. สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือการได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ		
5. ในขณะที่กำลังใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช ไม่ควรให้ผู้ป่วยดื่มเบียร์ สุรา ชาคองคาเฟอีน น้ำอัดลม และสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ		
6. การสื่อสารกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้นๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่มั่นคง นุ่มนวล และไม่ใช้อารมณ์		
7. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ ควรให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเหมาะสมในช่วงเวลากลางวัน เช่น การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้		
.		
.		
.		
20. ควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือการโต้แย้งกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด		

แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความ ซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับการกระทำของท่าน ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับสิ่งที่ท่านได้กระทำมากที่สุด

1. ท่านสามารถประเมินอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
 1. ไม่สามารถประเมินได้เลย
 2. ประเมินได้บ้าง
 3. ประเมินได้ทุกครั้ง
 4. ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ท่านรู้ว่าเมื่ออาการเตือนที่ผิดปกติอะไรบ้างที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
 1. ไม่รู้เลย
 2. รู้บ้างแต่ไม่มาก
 3. รู้และแนะนำผู้อื่นได้
3. ท่านรู้วิธีการประเมินความคิดอยากทำร้ายตนเองของผู้ป่วย และติดตามดูแลเป็นระยะๆอย่างใกล้ชิด
 1. ไม่รู้ว่าประเมินอย่างไร
 2. รู้แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่
 3. รู้และทำทุกครั้ง
 4. ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการดังกล่าวจึงไม่ได้ประเมิน
- .
- .
- .
- .
- .
50. ท่านทราบวิธีการควบคุมตัว หรือจำกัดบริเวณผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อให้เขาปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง และผู้อื่น
 1. ไม่ทราบเลย
 2. ไม่แน่ใจ
 3. ทราบและทำได้ดี
 4. ผู้ป่วยไม่เคยเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว



โดย

นางณัฐฐิญา โสพิศพรมงคล

รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ดีขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบ และป่วยซ้ำ สมาชิกครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางการศึกษาของ McFarlane et al. (1995) ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษากลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group) โดยเน้นในเรื่องการสนับสนุนประคับประคอง ความต้องการด้านจิตสังคม การเรียนรู้ในเรื่องทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับผู้ป่วย จากแนวทางการศึกษาดังกล่าวพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆดีขึ้น อัตราการป่วยซ้ำลดลง อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Chien et al., 2005) จากหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนาเป็นการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น โดยในกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้งๆละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน

ครั้งที่ 2: การระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

ครั้งที่ 3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

ครั้งที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวฉบับนี้ จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อีกแนวทางหนึ่ง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ การทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบ และป่วยซ้ำจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

นางฉัฐฉิญา โสพิศพรมงคล

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 1	
แนวคิดหลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	2
การให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว	2
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	4
ระยะเวลาการร่วมกิจกรรมในกิจกรรม	4
ส่วนที่ 2	
รายละเอียดของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว	5
ครั้งที่1: การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการ และอาการเตือน	
ครั้งที่2: การระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์	
ครั้งที่3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน	
ครั้งที่4: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว	
ครั้งที่5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม	
ส่วนที่ 3	
แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al., (1989)	29
แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท	37
แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว	39
แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	41
ส่วนที่ 4	
รายการอ้างอิง	50

แผนการดำเนินการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและอาการเตือน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กับครอบครัวผู้ป่วย และระหว่างครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัว ได้ทราบถึงรูปแบบและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ในเรื่องของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช
4. เพื่อฝึกให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ครอบครัวสามารถ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการทักทาย และพูดคุยกับบุคคลอื่นได้
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. บอกถึงความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้
4. สังเกตและบอกถึงแนวทางในการจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วยได้

ระยะเวลา 120 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นจากการให้แต่ละครอบครัว ได้พบปะพูดคุย กล่าวสวัสดิกับเพื่อนใหม่ และศึกษาข้อมูลของเพื่อน เพื่อสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง เน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงออก เป็นการสร้างการยอมรับ รวมถึงความไว้วางใจให้เกิดขึ้น ในการทำกิจกรรมกลุ่มนำไปสู่การพัฒนาแก้ไขการทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพที่บกพร่องในการติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในเรื่องที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรงกระตุ้นให้สนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น จะทำให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้นจากนั้นมีการแบ่งกลุ่มทำฐานร่วมกันในแต่ละครอบครัวเพื่อให้ความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมทั้งการจัดการกับอาการข้างเคียง พร้อมทั้งฝึกให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือนของผู้ป่วย

สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้

1. แผ่นกระดาษแข็งร้อยด้วยเชือกสำหรับทำป้ายชื่อคล้องคอ
2. ปากกาปลายสีกหลายสี /ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
3. ใบงานที่ 1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน
4. ใบงานที่ 1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ
5. ใบงานที่ 1/3 ผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เราต้องรู้
6. ใบงานที่ 1/4 บัตรคำของอาการเตือนและการจัดการ
7. คู่มือความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท
8. คู่มือความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
9. คู่มือความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการเตือน และการจัดการ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแจกแผ่นป้ายชื่อ 1 แผ่นต่อคน แล้วให้แต่ละครอบครัวเขียนชื่อ พร้อมทั้งลักษณะเด่น หรือความสามารถพิเศษของตน 3 อย่าง (เป็นลักษณะด้านดีที่เราภูมิใจ) และวันเกิด (จันทร์-อาทิตย์) บนแผ่นป้ายชื่อแล้วคล้องคอไว้
2. ผู้วิจัยอธิบาย ทดึกว่า จะให้ทุกคนได้พบปะพูดคุยโดยกล่าวสวัสดิกับเพื่อนใหม่ และศึกษาข้อมูลของเพื่อน
 - 2.1 ถ้ามีลักษณะบนแผ่นป้ายตรงกัน 1 ลักษณะ ให้ยกฝ่ามือตบกัน 1 ครั้ง
 - 2.2 ถ้ามีลักษณะบนแผ่นป้ายตรงกัน 2 หรือ 3 ลักษณะ ให้ยกฝ่ามือตบกัน 2 หรือ 3 ครั้งตามลักษณะที่เหมือนกัน
 - 2.3 ถ้าไม่พบลักษณะที่ไม่เหมือนกับตนเอง ให้ยกมือไหว้ พร้อมกับพูดคำว่า “สวัสดิ” แล้วพยายามพบปะพูดคุยกับทุกคน
3. ให้เวลาแต่ละครอบครัวได้ทำความรู้จักกันตามกติกาให้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นให้สมาชิกที่ละคนลองบอกชื่อและลักษณะของบุคคลที่พบปะอย่างน้อย 3 คน
4. ให้แต่ละครอบครัวรวมกลุ่มตามวันเกิด แล้วทำความรู้จักกันในกลุ่ม เลือกลักษณะเดียวกันของคนตามวันเกิดของกลุ่ม แล้วส่งตัวแทนออกมาแนะนำลักษณะตามวันเกิด และข้อมูลของสมาชิกในกลุ่มให้เพื่อนในกลุ่มอื่นได้รู้จัก จนครบทุกกลุ่ม
5. ผู้วิจัยถามประ โยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ แล้วสรุปประเด็น การได้รู้จักกันรู้ลักษณะเด่นและความสามารถของตนเองและผู้อื่น สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง สนุกสนาน ได้เริ่มพูดคุยและแสดงออกซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้ ในเรื่องที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่เน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพูดคุยแสดงออก แล้วชี้ให้เห็นลักษณะที่ดีหรือความสามารถของสมาชิกที่น่าภาคภูมิใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

ความสำเร็จในชีวิตและครอบครัว ซึ่งหากครอบครัวได้ช่วยกันดูแลซึ่งกันและกัน ก็ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลตนเองได้มากขึ้น

6. แบ่งกลุ่มแต่ละครอบครัวให้เป็น 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน โดยใช้วิธีนับเลข 1,2,3,4 และให้สมาชิกที่นับเลขเหมือนกันมาอยู่กลุ่มเดียวกัน กำหนดผู้นำกลุ่มประจำกลุ่มทั้ง 4 ฐาน ได้แก่

ฐานที่1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน

ฐานที่2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ

ฐานที่3 ผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เราต้องรู้

ฐานที่4 บัตรคำของอาการเตือนและการจัดการ

7. ผู้วิจัยกำหนดกติกาในเรื่องของ ลำดับการเปลี่ยนฐาน เวลาขณะอยู่ในแต่ละฐาน ซึ่งทุกกลุ่มต้องผ่านทั้ง 4 ฐาน การเลือกผู้นำกลุ่ม และให้แต่ละกลุ่มตั้งชื่อกลุ่มในทางสร้างสรรค์ ค่ ตลก สนุกสนาน พร้อมทั้งมีสัญลักษณ์/ท่าทางประกอบสั้นๆ และให้มีคำขวัญประจำกลุ่มด้วยเพื่อให้เกิดความสนุกสนานไปพร้อมกับกันได้เรียนรู้และประสบการณ์ จากนั้น แยกกันไปตามฐานที่กำหนด

8. ผู้นำกลุ่มย่อยในแต่ละฐานรออยู่ที่ฐาน เตรียมใบงานและใบความรู้ประจำฐาน เมื่อ กลุ่มมาถึงฐาน ผู้นำกลุ่มย่อยกล่าวต้อนรับ แจ่งชื่อฐาน แนะนำตนเอง พร้อมกับให้แต่ละครอบครัวทุกคนแนะนำตัวว่าเป็นผู้ป่วยหรือครอบครัว บอกชื่อกลุ่ม คำขวัญ แสดงสัญลักษณ์/ท่าทางประกอบสั้นๆ

9. ผู้นำกลุ่มย่อยให้ทำใบงานหรือกิจกรรมที่เตรียมไว้ จากนั้นผู้นำกลุ่มย่อยพูดถึงความรู้ในฐาน ของตน พร้อมทั้งให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็น ก่อนย้ายฐานผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้รับจากฐานของตนเอง แล้วให้แต่ละครอบครัวทุกคนบอกชื่อกลุ่ม คำขวัญ แสดงสัญลักษณ์/ท่าทางประกอบสั้นๆ เป็นการอำลาฐานทุกครั้ง ใช้เวลาในการทำฐานกลุ่มละ 15 นาที

10. เมื่อแต่ละครอบครัวทุกกลุ่มทำกิจกรรมจนครบทุกฐาน ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เกิดขึ้นว่าได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สมาชิกมีข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมหรือไม่

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม ความกระตือรือร้น ขณะร่วมกิจกรรม
2. จากบรรยากาศ ความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม
3. จากการทำใบงาน การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมครั้งที่ 2: การระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียด โดยการระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหา ร่วมกันกับแต่ละครอบครัวในกลุ่ม
2. เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ความต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น
3. เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัวในการค้นหาสาเหตุของการจัดการอารมณ์ต่างๆที่เป็น ปัญหา ที่เคยใช้ไม่ได้ผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสังเกตและบอกได้ว่า เมื่อได้ระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ติดค้างอยู่ใน จิตใจออกมา มีผลต่อความเครียดเช่นไร
2. ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถเข้าใจและบอกได้ถึงความต้องการด้านอารมณ์และความรู้สึกทั้งของ ตนเองและผู้อื่น
3. ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถบอกแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 120 นาที

สาระสำคัญ

การระบายความรู้สึกเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการบอกเล่าถึงความรู้สึก อารมณ์ ต่างๆที่เป็นปัญหา รวมถึงการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เคยใช้ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล นำมา แลกเปลี่ยนและวางแผนในการจัดการร่วมกัน เกิดความร่วมมือและความมั่นใจใน แต่ละครอบครัว ใน การที่จะจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ในการฝึกการจัดการกับ อารมณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหา นำกลับไปฝึกเป็นการบ้าน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ความ ต้องการด้านความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุม อารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้

1. กระดาษขาว ขนาด 3 x 4 นิ้ว
2. พระพุทธรูป พร้อมบาตรพระ
3. บัตรคำอารมณ์ ขนาด 2 x 3 นิ้ว ที่มีอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวนมากกว่าสมาชิก 2 เท่า
4. ใบงานที่ 2 สถานการณ์ตัวอย่างในการจัดการกับอารมณ์
5. คู่มือความรู้เรื่องอารมณ์
6. ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ทำกิจกรรมนันทนาการ “ตัดบัตรความทุกข์” เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย และเพิ่มความกล้าแสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัวโดย
 - 1.1 แจกกระดาษขาวที่เตรียมไว้ พร้อมปากกา ให้กับสมาชิกทุกคน คนละ 1 ชุด
 - 1.2 ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเขียนถึงความรู้สึก อารมณ์ของตนเองที่ทำให้ตนเองรู้สึก อกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ไม่อยากให้เกิดขึ้นอีก ถ้าไม่มี ให้เขียนความหวังของตนเองที่อยากให้เป็นหรือสิ่งดีๆ ที่อยากให้เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นข้อความสั้นๆ พับให้เรียบร้อย
 - 1.3 ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกคนตั้งจิตอธิษฐาน จากนั้นให้ผลัดกันนำกระดาษที่ตนเขียนไว้ ไปใส่ในบาตรที่ตั้งอยู่หน้าพระพุทธรูป
 - 1.4 ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมนี้ในประเด็นของการฝึกการผ่อนคลายความรู้สึก ด้วยวิธีการนำหลักพุทธศาสนาในเรื่องของการปล่อยวาง การละสิ่งที่ เป็นทุกข์ออกจากจิตใจเป็นวิธีการผ่อนคลายง่ายๆ ที่สามารถทำเองได้เมื่อรู้สึกเป็นทุกข์
2. ผู้วิจัยทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปในครั้งที่แล้ว พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน จากนั้นให้ ผู้ป่วยและครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย โดยแยกระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว และให้เข้าประจำกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่ม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มของตนเองนั่งล้อมเป็นวงกลม เลือกตำแหน่งตามใจชอบ
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายกติกาในการเข้ากลุ่มว่าจะให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกคนได้มีโอกาสในการได้พูดระบายอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการแก้ไขที่เคยใช้ทั้งที่ได้ผล และไม่ได้ผลให้เพื่อนๆ สมาชิกในครอบครัวอื่นได้ฟังอย่างเต็มที่ โดยสมาชิกที่เป็นผู้ฟัง ต้องฟังอย่างตั้งใจ ให้เกียรติผู้พูด ไม่แสดงความคิดเห็นที่เป็นเชิงลบ หรือเป็นการตำหนิ อาจถามคำถามเพิ่มเติมได้ และต้องเป็นคำถามในเรื่องที่สมาชิกกำลังพูดอยู่
5. ผู้นำกลุ่มให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัว แลกเปลี่ยนและวางแผนในการที่จะจัดการแก้ไขกับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เป็นปัญหาร่วมกัน จากนั้นสรุปและเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดไป
6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกคนมารวมกัน และนั่งล้อมวง เลือกตำแหน่งตามใจชอบ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักกับบัตรคำอารมณ์
7. นำบัตรคำใส่กล่องแยกอารมณ์บวกและลบออกจากกัน วางกล่องไว้บน โต๊ะกลางกลุ่ม
8. ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวผลัดกันเดิน ไปหยิบบัตรคำอารมณ์กล่องละ 1 แผ่น แล้วกลับมานั่งที่เดิม ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกคนอ่านบัตรคำอารมณ์ที่ตนเองหยิบมาทั้ง 2 แผ่น แล้วพิจารณาความรู้สึกของตนเองต่ออารมณ์ในบัตรคำนั้น รวมทั้งหาวิธีจัดการ

9. ผู้วิจัยบอกให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกคนสามารถนำบัตรคำที่ตนเองไม่พอใจไปแลกกับเพื่อนในกลุ่ม โดยมีข้อตกลงดังนี้

9.1 ถ้าเพื่อนมาแลกต้องให้แลก

9.2 ให้คำว่าบัตรคำทั้ง 2 ใบ ก่อนให้เพื่อนหยิบโดยไม่ให้รู้ว่าเป็นอารมณ์บวกหรือลบ

10. ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวบอกความรู้สึกของตนที่ได้รับบัตรคำอารมณ์ในครั้งแรก และความรู้สึกหลังจากได้เปลี่ยนบัตรคำอารมณ์แล้ว

11. ผู้วิจัยสรุปในมุมมองของการเรียนรู้ว่า

11.1 การหยิบบัตรคำอารมณ์โดยที่ไม่เห็นเป็นการให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รู้ว่า อารมณ์โดยทั่วไปเกิดขึ้นได้โดยที่เราไม่ได้ตั้งใจ และเป็นได้ทั้งอารมณ์ที่เป็นบวก หรืออารมณ์ที่เป็นลบ การเห็นอารมณ์ในบัตรคำเปรียบเหมือนการสังเกตเห็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อสามารถจับอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ก็จะสามารถหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

11.2 การแลกบัตรคำอารมณ์ เป็นวิธีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการสังเกตอารมณ์ของตนเอง และหาทางจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่ไม่พึงประสงค์ ให้ตนเองรู้สึกมีความสุขขึ้น มีความสบายใจขึ้น

12. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นแจกใบงานที่ 2 สถานการณ์ตัวอย่างในการจัดการกับอารมณ์

13. ผู้วิจัยให้เวลาแต่ละกลุ่มศึกษาใบงาน และให้ส่งตัวแทนออกมาแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เกิดจินตนาการและความรู้สึกเหมือนอยู่ในสถานการณ์จริง

14. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมใน คู่มือ ความรู้เรื่องอารมณ์ สำหรับกิจกรรมในวันนี้ และให้กลับไปฝึกเป็นการบ้านในเรื่องของการสังเกตและจับความรู้สึก เมื่อมีอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

2. จากการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมครั้งที่ 3: การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวในการติดต่อทางสังคมด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อพัฒนาทักษะของ ผู้ป่วยและ ครอบครัว ด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้รับมอบหมาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อการติดต่อกับผู้อื่นได้
2. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 120 นาที

สาระสำคัญ

การฝึกเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทักษะ ด้านการสื่อสาร และทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการฝึกให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง ในการขอความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ช่วยให้ผู้อื่นเกิดการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ได้ถูกต้องตรงกัน และตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น ส่วนทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่นการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและยา การทำหน้าที่ๆที่ได้รับมอบหมายโดยการวางแผนร่วมกันในครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองดีขึ้น

สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้

1. กลุ่มใหม่พรหมหลากสี 6 กลุ่ม
2. ใบงานที่3/1 สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางบวก
3. ใบงานที่3/2 สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางลบ
4. ใบงานที่3/3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ใบงานที่3/4 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
6. คู่มือเรื่อง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
7. คู่มือเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายทำกิจกรรมนันทนาการ "สายใยแห่งความสัมพันธ์" เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มความความคุ้นเคยกันของผู้ป่วยและครอบครัวโดย
 - 1.1 ให้สมาชิกแต่ละครอบครัวยื่นล้อมกันเป็นวงกลม แจกกลุ่มไหมพรมให้สมาชิกถือไว้เป็นจุด ห่างกันเป็นช่วงพอประมาณ
 - 1.2 ผู้วิจัยอธิบายให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวทราบว่า กลุ่มไหมพรมที่สมาชิกถืออยู่ในมือ จะเป็นตัวแทนความสัมพันธ์ ทางด้านจิตใจ ความรู้สึกดีๆ ความห่วงใย ที่ทุกคนเตรียมส่งมอบให้เพื่อนในกลุ่ม ก่อนที่จะส่งให้ใครให้เรียกชื่อเพื่อนแล้วโยนกลุ่มไหมพรมไปให้ด้วยความรู้สึกปรารถนาดี ทุกจุดที่ถือไหมพรมให้เริ่มโยนพร้อมกัน เมื่อโยนกลุ่มไหมพรมไป มืออีกข้างต้องจับปลายเส้นไหมไว้ ส่วนมือที่โยนกลุ่มไหมต้องเตรียมที่จะรับกลุ่มไหมจากเพื่อน แล้วโยนต่อไปให้เพื่อนคนอื่นๆ จนไหมหมดกลุ่ม
 - 1.3 ผู้วิจัยชี้ให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวเห็นตาข่ายของไหมพรม ที่เปรียบเสมือนตาข่ายความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ ที่โยงใยหนาแน่นเรื่อยๆ จากนั้นให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวยกตาข่ายขึ้นพร้อมๆกัน เพื่อมองดูความสัมพันธ์ด้านจิตใจ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเห็นว่า ความสัมพันธ์ ด้านจิตใจ ของแต่ละคนที่ผ่านมา มีความผูกพันกัน ยกที่จะแก้กลับให้เป็นกลุ่มไหมอย่างเดิมได้ ดังนั้นการรักษาความสัมพันธ์ ด้านจิตใจ รักษาหัวใจต่อกัน การดูแลช่วยเหลือกันจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก
2. ผู้วิจัยทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปในครั้งที่แล้ว พูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเรื่องอารมณ์ที่กลับไปฝึกเป็นการบ้าน
3. ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยและครอบครัวออกเป็น 2 กลุ่ม โดยให้กลุ่มที่ 1 ศึกษาใบงานที่ 3/1 สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางบวก กลุ่มที่ 2 ศึกษาใบงานที่ 3/2 สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางลบ จากนั้น ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาแสดงบทบาทสมมุติ ตามสถานการณ์ตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
5. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ตามคู่มือเรื่อง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแยกเข้ากลุ่มเดิม 2 กลุ่ม แจกใบงานที่ 3/3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ลองฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน ในกลุ่มของตนเอง
7. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้คู่มือเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

8. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 3/4 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันวางแผน ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและยา การทำหน้าที่ๆ ได้รับมอบหมายใน 1 วัน
9. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ อภิปรายร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม
10. ผู้วิจัยสรุปทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และให้นำกลับไปฝึกต่อที่บ้าน

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม ความกระตือรือร้นขณะร่วมกิจกรรม
2. จากบรรยากาศ ความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆภายในกลุ่ม
3. จากการทำใบงาน การร่วมแสดงออกในบทบาทตัวอย่างต่างๆ รวมถึงสามารถร่วมกันวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 : การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวได้เรียนรู้ ถึงปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ของแต่ละครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทักษะในการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น
3. เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ให้ครอบครัวได้มองเห็นความสำคัญของปัญหาที่มีผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและ ครอบครัว สามารถบอกได้ถึงทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัว พุคคย เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ไข ปัญหา ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึก ประโยชน์ที่เกิดขึ้น จะเป็นการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยในการสนับสนุนด้านจิตใจว่าสมาชิกหลายๆครอบครัวมีปัญหาอุปสรรค คล้ายๆกัน มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้ข้อมูลความรู้ รวมถึงวิธีการและความสำเร็จในการ ดูแลผู้ป่วย ได้มองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีการ เปลี่ยนแปลงการรับรู้ รวมถึงมองเห็นความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหา ให้ลดลงหรือหมดไป

สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้

- 1.เชือกป่านยาว 1-1.5 เมตร ผูกเป็นห่วงสำหรับคล้องมือได้สะดวกที่ปลายทั้ง 2 ข้าง
- 2.ใบงานที่4/1 ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว
- 3.กระดาษชาร์ตและปากกาสีเมจิกเพื่อใช้ในกิจกรรม

กิจกรรม

- 1.ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ทำกิจกรรมนันทนาการ โดยใช้เกมส์ "ทุกปัญหามีทางออก" เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพิ่มความความคุ้นเคย และความกล้าแสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัว โดย
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวล้อมเป็นวงกลม เลือกรับคู่กันตามใจชอบ
 - 1.2 แจกเชือกป่าน ที่เตรียมไว้คนละ 1 เส้น นำเชือกคล้องข้อมือ โดยให้เชือก 2 เส้นเกี่ยวกันไว้
 - 1.3 ให้ทั้งคู่คิดหาทางทำให้เชือกแยกจากกัน โดยที่ห่วงเชือกคล้องมือไม่หลุดออกจากข้อมือใครทั้ง 2 คน
 - 1.4 ถ้ามีใครทำได้ ให้สาธิตให้เพื่อนดู จนสามารถทำได้ทุกคู่
 - 1.5 ผู้วิจัย ถามความรู้สึกของ ผู้ป่วยและ ครอบครัวเมื่อมีปัญหา จนสามารถปลดเชือกออกได้ จากนั้นสรุปข้อคิดที่ได้จากการทำกิจกรรม ว่าทุกปัญหามีทางออกเสมอ แต่ถ้าแก้ไม่ได้ ให้ขอความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำ
- 2.ผู้วิจัยทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปในครั้งที่แล้ว พุคคยแลกเปลี่ยนกันในเรื่อง ทักษะที่จำเป็นในการ ดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ที่กลับไปฝึกเป็นการบ้าน
- 3.ผู้วิจัยให้สมาชิก ผู้ป่วยและ ครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นให้แต่ละกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ พุคคยกันอย่างเป็นกันเอง โดยให้ทุกคนเล่าถึงประสบการณ์ที่คิดว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ไขปัญหา ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์ที่เกิดขึ้น และ ความรู้สึกจากประสบการณ์ดังกล่าว ตามใบงานที่4/1

4. ผู้วิจัยสรุปว่า ได้ข้อคิดที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยว่าอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการที่กลุ่มช่วยกันคิดในการแก้ไขปัญหา นั้น พร้อมทั้งเลือกสมาชิกในกลุ่มที่เป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความสำเร็จให้ผู้อื่น รวมทั้งเป็นกำลังใจให้กับเพื่อนสมาชิก

5. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้งว่า สมาชิกหลายๆครอบครัวก็มีปัญหาอุปสรรคคล้ายๆกัน การได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสมองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา เพราะว่าปัญหาทุกปัญหาย่อมมีทางออกเหมือนกับกิจกรรมเกมส์ ที่สมาชิกได้ทำร่วมกัน ขอให้สมาชิกแต่ละครอบครัวเชื่อในความสามารถของตนเอง และเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน ในการที่จะเอาชนะอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรมความสามารถ ความกระตือรือร้นของผู้ป่วยและครอบครัวขณะร่วมกิจกรรม
2. จากบรรยากาศ ความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆภายในกลุ่ม
3. จากการทำใบงานและการได้ต้นแบบที่ดี

กิจกรรมครั้งที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึง แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา
2. เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยทางสังคมของแต่ละครอบครัวในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถบอกได้ถึงแหล่งช่วยเหลือทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนของตนเองที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา
2. ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีทำเนียบเครือข่าย ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในกลุ่มกันเองได้แก่ ชื่อสมาชิก ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เป็นต้น

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการให้กลุ่มครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุน แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ที่มีอยู่ในชุมชน ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ และการสร้างเครือข่าย ทางสังคมของ แต่ละครอบครัว ในกลุ่มเองในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จะทำให้ สามารถติดต่อกันได้ การขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดปัญหา จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมของแต่ละ ครอบครัวที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา เกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

สื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้

1. วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ไม่ได้แล้ว จำนวนเท่ากับผู้ป่วยและครอบครัว
2. ใบงานที่5/1แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน
3. ใบงานที่5/2เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่ม
4. กระดาษชาร์ตและปากกาสีเมจิกเพื่อใช้ในกิจกรรม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ทำกิจกรรมนันทนาการ “การค้นหาคุณค่าที่มองข้าม” เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและเพิ่มความคุ้นเคยกันของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวนั่งล้อมวง แล้วผลัดกันเดินไปหยิบของที่ใช้ไม่ได้แล้ว ในตะกร้าที่เตรียมไว้อยู่กลางวง คนละ 1 ชิ้นตามใจชอบ กลับมานั่งที่เดิม
 - 1.2 ให้แต่ละคนช่วยกันคิดว่าของที่หยิบมาของตัวเอง จะสามารถนำไปทำอะไรได้อีกบ้างที่จะเกิดประโยชน์ ขอให้อาสาสมัครช่วยบอกซัก 2-3 คน
 - 1.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวจับกลุ่มกันกลุ่มละ 5 คน 4 กลุ่ม แล้วให้ช่วยกันคิดว่าของที่หยิบมาเมื่อนำมารวมกันแล้ว จะสามารถทำอะไรได้อีกบ้าง ส่งตัวแทนนำเสนอ
 - 1.4 ผู้วิจัยสรุปการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ทำในประเด็นการเรียนรู้ถึงคุณค่า และประโยชน์ของสิ่งของที่มองข้าม
2. ผู้วิจัยทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปในครั้งที่แล้ว พูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นให้แต่ละกลุ่ม ช่วยกันคิดและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ว่ามีแหล่งสนับสนุนใดบ้างที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา ตามใบงานที่5/1 และส่งตัวแทนนำเสนอ
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวนั่งล้อมวงเป็นกลุ่มเดียว ตั้งคำถามถึงความต้องการในการสร้างเครือข่ายกันเองในกลุ่มที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ สนับสนุนกันเอง ให้วิเคราะห์ความเป็นไปได้ ในการ

สร้างเครือข่าย ศักยภาพในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เป็นผู้ช่วยสนับสนุน จากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินการร่วมกัน ตามใบงานที่5/2 ส่งตัวแทนนำเสนอ

5.ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ได้ทำ รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับ ว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มเองนั้น จะสามารถก่อให้เกิดความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา เกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีความเข้าใจในความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกด้วยกัน จะเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันได้ดีกว่า

การประเมินผล

- 1.จากการสังเกตพฤติกรรมความสามารถ ความกระตือรือร้นของผู้ป่วยและครอบครัวขณะร่วมกิจกรรม
- 2.จากบรรยากาศ ความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆภายในกลุ่ม
- 3.จากการทำใบงานและการมีทำเนียบเครือข่าย ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในกลุ่มกันเอง

ใบงานที่1/1
จิตเภทในความเข้าใจของฉัน

คำชี้แจง: ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามประเด็นที่กำหนด

ประเด็น: ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการที่แตกต่างจากคนปกติอย่างไร

ใบงานที่ 1/2
มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ

คำชี้แจง: ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามประเด็นที่กำหนด

- ประเด็น :**
1. ความหมายของโรคจิตเภท
 2. สาเหตุเกิดจากอะไรได้บ้าง
 3. อาการของโรคที่ท่านเคยพบ
 4. มีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่ท่านคิดว่าทำให้มีอาการมากขึ้น

ใบงานที่1/3
ผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เราต้องรู้

คำชี้แจง : ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามประเด็นที่กำหนด

- ประเด็น :
1. ท่านเคยมี หรือทราบอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาทางจิตเวชว่ามีอาการอย่างไรบ้าง
 2. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงท่านสามารถแก้ไขเบื้องต้นได้อย่างไร
 3. มีอาการข้างเคียงใดบ้างที่ควรต้องรีบกลับไปพบแพทย์

ใบงานที่ 1/4

บัตรคำของอาการเตือนและการจัดการ

- คำชี้แจง :**
- 1.ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามประเด็นที่กำหนด
 - 2.ผู้นำกลุ่มแจกบัตรคำในเรื่องของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย
 - 3.ให้ทุกคนพิจารณาคำที่ได้รับและนำไปติดบนชาร์ตให้ถูกต้องตรงกับอาการที่เกิดขึ้น
- ประเด็น :**
- 1.อาการเตือนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่ควรต้องรู้มีอะไรบ้าง
 - 2.หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านั้น ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร

ตัวอย่างบัตรคำ

อาการเตือน	อาการเตือน	อาการเตือน
อาการนอนไม่หลับ หลับขาก หลับ ไม่สนิท นอนมาก	อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด	อาการเฉื่อยชา ไม่สนใจทำกิจวัตร ประจำวัน

อาการเตือน	อาการเตือน
อาการเฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม	อาการเฉื่อยชา ไม่สนใจทำงาน ไม่มีสมาธิ

วิธีการจัดการ	วิธีการจัดการ	วิธีการจัดการ	วิธีการจัดการ	วิธีการจัดการ
1.ดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง	1.หลีกเลี่ยงการ เผชิญหน้า....	1.กระตุ้น/สอนการ ดูแลทำกิจวัตร ประจำวัน....	1.ช่วยกระตุ้น ผลักดัน สนับสนุน ให้เกิดกลุ่มกิจกรรม	1.ประเมิน ความสามารถให้ เหมาะสมกับงาน....
2.กระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ทำกิจกรรม.....	2.พูดด้วยน้ำเสียง ท่าทีที่มั่นคง.....	2.ให้กำลังใจ ชมเชย	2.ฝึกทักษะทาง สังคม.....	2.มอบหมายงานให้ ผู้ป่วยทำ.....
3.พบแพทย์.....	3.ไม่แสดงอารมณ์ โกรธ.....	3.....	3.....	3.....
	4.....			

ใบงานที่ 2

สถานการณ์ตัวอย่างในการจัดการกับอารมณ์

คำชี้แจง: 1.ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มที่ 1และกลุ่มที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ตัวอย่างจากใบงานที่ 2
2.นำเสนอในบทบาทสมมุติ ดำเนินเรื่องราว ให้ครอบคลุมกับเนื้อหาโดยพยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงที่มีตัวหลัก ตัวประกอบ

ประเด็น : การจัดการกับอารมณ์

สถานการณ์ที่ 1 “ เมื่อรู้สึกโกรธ ”

วันนี้วันดีซึ่งเป็นเพื่อนสนิทของแม่มาที่บ้าน แม่พูดคุยและเล่าเรื่องด้านลบของสมชาย ให้น้ำวันดีฟัง ในขณะที่สมชายได้เห็นและได้ยิน สมชายรู้สึกที่ถูกประจานต่อหน้า คนอื่น กระตุ้นให้สมชายรู้สึกโกรธ หงุดหงิด น้อยใจ จนเมื่อน้ำวันดีลากลับไปแล้วสมชาย ก็ยังอารมณ์ไม่ดี แม่ถามก็ไม่ยอมพูดด้วย พอน้องมาเล่นด้วย สมชายก็ไม่เล่น อาละวาด ตะโกน คำว่าและตีน้อง

คำถาม ผู้ป่วยและครอบครัวจะแนะนำสมชายให้ทำอะไร เมื่อมีอารมณ์โกรธ

สถานการณ์ที่ 2 “ เมื่อรู้สึกน้อยใจ ”

พงษ์ป่วยเป็นโรคจิตเภทมาหลายปี เมื่อ 2 วันก่อนมีอาการกำเริบ จึงกลับมารักษาและต้องนอนพักที่โรงพยาบาล ยังไม่มีใครมาเยี่ยม พงษ์โทรหาแม่ แต่แม่พาน้องพลอยไปเยี่ยมคุณย่าที่ต่างจังหวัด เพราะคุณย่าไม่สบาย พงษ์รู้สึกน้อยใจแม่มาก ที่ไม่ยอมมาเยี่ยมตนเองแต่ไปเยี่ยมคนอื่น พงษ์ไม่ยอมพูดกับใคร จนกลับมาบ้านก็เข้าไปอยู่คนเดียวในห้องไม่พูดกับใคร และนอนทั้งวัน

คำถาม ผู้ป่วยและครอบครัวจะแนะนำให้พงษ์ทำอะไร เมื่อรู้สึกน้อยใจ

ใบงานที่3/1
สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางบวก

คำชี้แจง: ให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวในกลุ่มที่ 1 ศึกษาบัตรคำการสื่อสารที่สร้างสรรค์ทางบวก และ นำเสนอในบทบาทสมมติ

ประเด็น: การแสดงบทบาทสมมติ โดยใช้บัตรคำที่แจกให้เป็นตัวกำหนด ดำเนินเรื่องราว ให้ครอบคลุมกับเนื้อหาโดยพยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงที่มีตัวหลัก ตัวประกอบจากนั้น ให้แต่ละกลุ่มร้อยเรียงบัตรคำเป็นเรื่องราวที่แสดงถึงการสื่อสารภายใน ครอบครัว ในประเด็น “เมื่อต้องการจะไปเที่ยวกับเพื่อน”

ใบงานที่3/2
สถานการณ์ตัวอย่าง เรื่อง การสื่อสารทางลบ

- คำชี้แจง :** ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวในกลุ่มที่ 2 ศึกษาบัตรคำการสื่อสารที่สร้างสรรค์ทางลบ และ นำเสนอในบทบาทสมมติ
- ประเด็น :** การแสดงบทบาทสมมติ โดยใช้บัตรคำที่แจกให้เป็นตัวกำหนด ดำเนินเรื่องราว ให้ครอบคลุมกับเนื้อหาโดยพยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงที่มีตัวหลัก ตัวประกอบจากนั้นให้แต่ละกลุ่มร้อยเรียงบัตรคำเป็นเรื่องราวที่แสดงถึงการสื่อสารภายใน ครอบครัว ในประเด็น “เมื่อต้องการขอไปเที่ยวกับเพื่อน”

ใบงานที่ 3/3
การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

คำชี้แจง : ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ได้ศึกษาบัตรคำที่ได้รับไป จากนั้นให้พิจารณาว่าถ้าจะสื่อสารแบบมีประสิทธิภาพ ต้องปรับคำพูดเป็นอย่างไร

ประเด็น : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวกควรสื่อสารกันอย่างไร

ตัวอย่างบัตรคำ

การสื่อสารทั่วไป	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
1. “คุณรีบๆ หน่อยได้ไหมสายมากแล้วนะ”	1. “ฉันกลัวจะไปทำงานไม่ทัน เราจะต้องรีบกันหน่อย”
2. “กลับบ้านเร็วหน่อยนะวันนี้”	2. “เลิกงานแล้ว รีบกลับบ้านนะคะ”
3. “คุณไม่เคยช่วยฉันเลี้ยงลูกเลย”	3. “ฉันอยากให้เราช่วยกันเลี้ยงลูก”
4. “ลูกทำอะไรไม่เคยเรียบร้อยเลย”	4. “ลูกช่วยเก็บเสื้อผ้าที่ใส่แล้วใส่ตะกร้าให้แม่ด้วยนะจ๊ะ”
5.....	5.....

ใบงานที่3/4
การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง: ให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ได้ช่วยกันคิดกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการดูแลตนเองใน 1 วัน

ประเด็น : ทดลองการวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองใน 1 วัน

เวลา	กิจกรรมในการดูแลตนเอง	ประโยชน์ที่ได้รับ
ช่วงเช้า (6.00-11.00น.)		
ช่วงเที่ยง (12.00-13.00น.)		
ช่วงบ่าย (13.00-15.00น.)		
ช่วงเย็น (15.00-19.00น.)		
ช่วงกลางคืน (19.00-21.00น.)		

ใบงานที่ 4
ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว

- คำชี้แจง :**
1. ให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยหาผู้นำกลุ่มย่อยในการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 2. พูดคุยอย่างเป็นกันเองในแต่ละกลุ่ม
 3. สรุปตามประเด็น แล้วส่งตัวแทนนำเสนอ
- ประเด็น :**
1. ประสบการณ์จากปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
 2. วิธีการที่สามารถใช้แก้ปัญหาได้เป็นผลสำเร็จ
 3. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง
 4. ประโยชน์ที่ได้รับ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความสำเร็จนั้น

แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน

- คำชี้แจง :** 1.ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยหาผู้นำกลุ่มย่อยในการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 2.ให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็น ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน
- ประเด็น :** แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน				
รายชื่อแหล่งสนับสนุน	สถานที่ตั้ง	ผู้รับผิดชอบ/ดูแล	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ
1.				
2.				
3.....				

ใบงานที่ 5/2
เครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในกลุ่ม

- คำชี้แจง :**
1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรวมกันเป็นกลุ่มเดียว หาผู้นำกลุ่มในการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 2. ให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ความเป็นไปได้ รวมถึงความต้องการในการสร้างเครือข่าย
- ประเด็น :**
1. การสร้างเครือข่ายกันเองในกลุ่ม ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือกันได้
 2. ศักยภาพในการทำกิจกรรมร่วมกัน

ชื่อกลุ่มเครือข่าย.....			
รายชื่อสมาชิก	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ ได้(บ้าน/มือถือ)	หมายเหตุ
1.			
2.			
3.			
.....			

การทำกิจกรรมประจำเดือน.....		
วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมที่ทำ	หมายเหตุ
วันพุธที่ 15 มค. 56	
วันพุธที่ 30 มค. 56	
.....	

คู่มือ

การส่งเสริมการดำเนินชีวิตในชุมชน



จัดทำโดย

นางณัฐธิดา โสพิศพรมงคล

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือการส่งเสริมการดำเนินชีวิตในชุมชนที่ได้จัดทำขึ้นนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวได้ใช้ศึกษาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ทาง ยาจิตเวชและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการเตือน และการจัดการ ความรู้เรื่องอารมณ์ การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ รวมถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ครอบครัวเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจ ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ การป่วยซ้ำๆ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้นตามมา

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท	1
ยารักษาโรคจิตเวชและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น	3
อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการเตือน และการจัดการ	5
ความรู้เรื่องอารมณ์	7
การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ	9
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท	12

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และบุคลิกภาพ ร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม ประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการป่วยในช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคส่วนใหญ่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน อาจจะมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. **กลุ่มอาการทางบวก** เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงชัดเจน มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ จะมีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาต้อสน และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน
2. **กลุ่มอาการทางลบ** เป็นกลุ่มอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย บางรายมีอาการซึมเศร้า ต้อสน โดยทั่วไปมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ มักจะแยกตัวเอง นอนมาก ไม่สนใจตัวเอง

สาเหตุของโรคจิตเภท

เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยไว้ อย่างหลากหลาย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่

1.1 พันธุกรรม คือ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นทั่วไป เช่น มีประวัติว่า มีพ่อ แม่ หรือญาติป่วย

1.2 สารเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง ปัจจุบันเชื่อว่า เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรค จากสาเหตุดังกล่าวจึงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยได้เช่นเดียวกัน

การรักษา

จะเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม

1. การรักษาด้านร่างกาย จะประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก ซึ่งแพทย์จะกำหนดขนาดของยาที่เหมาะสมตามอาการทางจิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยแพทย์จะคอยๆลดขนาดของยาลง จนอาจจะหยุดยาได้ ซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นปี หรือหลายปี ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาที่จะต้องมีย่อบ่งชี้ ดังนี้

- มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด โดยไม่สามารถควบคุมด้วยยา กินหรือยาฉีดได้
- มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น เหยื่อง ไม่ขยับเขยื้อนร่างกาย ไม่ยอม กินอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินยา ทำให้ร่างกายได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ
- ใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมแล้วไม่ได้ผล อาการทางจิตไม่ดีขึ้น
- ผู้ป่วยมีฤทธิ์ข้างเคียงของยามากจนไม่สามารถใช้ยาได้

2. การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาโดยใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มพฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดประคับประคอง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึง กลุ่มให้ความรู้ต่างๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ

1. การกินยาหรือการฉีดยาที่ไม่สม่ำเสมอ หรือการขาดยา
2. สิ่งแวดล้อมของตัวผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ และสังคม เช่น ผิดหวังเรื่องการเรียน ผิดหวังเรื่องความรัก ปัญหาของสัมพันธภาพในครอบครัว
3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และชุมชน
4. การใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น สุรา กัญชา ยาบ้า เป็นต้น
5. การพักผ่อนไม่เพียงพอ

ยารักษาโรคจิตเวชและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ข้อควรรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเวช

1. ยารักษาโรคทางจิตเวชมีประโยชน์คือ สามารถรักษาอาการต่างๆของโรคจิตเวชได้ เช่น อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวายประสาทหลอนหูแว่ว พุดและหัวเราะคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี รวมทั้งป้องกันการกลับมาเป็นใหม่ได้
2. ยารักษาโรคทางจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์เร่งเหมือนยาแก้ปวดอาจจะต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล
3. ยารักษาโรคทางจิตเวช ไม่ทำให้เกิดการติดยา สามารถให้รับประทานในระยะเวลาต่างๆได้ไม่ควรวิตกกังวล และหยุดรับประทานยาเอง
4. ยารักษาโรคทางจิตเวช มีทั้งชนิดเม็ดและชนิดฉีด ซึ่งชนิดฉีดจะออกฤทธิ์นาน สามารถควบคุมอาการได้เป็นเดือน การเลือกชนิดของยา แพทย์จะเลือกให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของผู้ป่วย
5. ยารักษาโรคทางจิตเวช อาจทำให้เกิด มือสั่น อาการข้างเคียง ซึ่งมักเรียกว่า แพ้ยา เช่นมีอาการน้ำลายยืด ลิ้นแข็งซึ่งอาการเหล่านี้ สามารถแก้ไขได้ด้วยยาแก้แพ้ และแพทย์มักจะให้ผู้ป่วยไปด้วยทุกครั้ง
6. ยารักษาโรคทางจิตเวช เมื่อใช้ไปซักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มักจะค่อยๆลดขนาดของยาลง ส่วนปัญหาที่ว่าจำเป็นต้องใช้ยาตลอดไปหรือไม่ นั้น แพทย์จะพิจารณาเป็นระยะๆไป
7. ยารักษาโรคทางจิตเวช ในขณะที่กำลังใช้ยารักษา ไม่ควรดื่มเบียร์ สุรา ยาคุม ชากาแฟ และน้ำอัดลม

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช

อาการข้างเคียงของยา อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช อาการที่เกิดขึ้นนี้ จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตราย จะหายไปได้เมื่อใช้ยาแก้แพ้ และผู้ป่วยควรปฏิบัติตัว เมื่อเกิดอาการข้างเคียงดังนี้

1. อาการง่วงซึม : ผู้ป่วยไม่ควรขับรถ หรือถ้าทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ต้องระมัดระวัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้
2. อาการง่วงนอนมาก : หลีกเลี่ยงการขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ปรึกษาแพทย์เพื่อลดหรือเปลี่ยนยา
3. ปากแห้งคอแห้ง: ควรบ้วนปาก จิบน้ำ หรือน้ำมะนาวบ่อยๆ เพื่อให้ปากชุ่มชื้น
4. ท้องผูก: ควรรับประทานอาหารที่มีกาก รับประทานผักและผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ ให้เพียงพอมีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายทุกวัน
5. คลื่นไส้: ควรทำความสะอาดปาก ฟัน ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว หรืออมลูกอม

6. ซึมหรือเซื่องช้าลง: ระมัดระวังการขับขี้ หรือทำงานเกี่ยวกับของมีคม หรือเครื่องจักรกล
7. ตัวแข็ง: ระวังการหกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุ
8. ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล: ดูแลเรื่องความสะอาด ควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดพูดสื่อสารซ้ำ ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจ
9. ตาพร่า: ระวังการมองเห็นไม่ชัด ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
10. ใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก: ควบนอนพัก ปรึกษาแพทย์
11. น้ำหนักเพิ่ม: ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ และชั่งน้ำหนักทุกวัน

หมายเหตุ: อาการเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยควรทราบว่าเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ควรกังวลใจหรือตกใจ อาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้ เมื่อรับประทานยาแก้แพ้ แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง

อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการเตือน และการจัดการ

อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท อาจมีอาการกำเริบถึงขั้นรุนแรงจนครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อน ที่อาการทางจิตจะกำเริบจะช่วยป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย คนรอบข้างตลอดจนทรัพย์สินของส่วนรวมได้ โดยอาการเตือนที่สามารถสังเกตได้ เช่น หงุดหงิดก้าวร้าว นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่าน แยกตัว ซึมเศร้า เป็นต้น

การแนะนำผู้ป่วยหรือครอบครัวในการสังเกตอาการและการแนะนำการปฏิบัติตัวดังนี้คือ

1. กินยาตามแพทย์สั่ง
2. ไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด
3. ถ้ามีปัญหาหรือเครียด ควรหาทางแก้ไขโดยการพูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวหรือผู้ที่สามารถปรึกษาได้ หากไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

อาการเตือนและการจัดการ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่ที่ควรรู้เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีปัญหาการนอนหลับ ไม่ว่าจะเป็นการหลับยาก การนอนหลับไม่สนิท การนอนมาก อาการเหล่านี้เกิดจากอาการของโรค หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นดังนี้ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเหมาะสมในช่วงเวลากลางวัน เช่นการทำงานบ้านการรดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า และแนะนำให้ไปพบแพทย์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้น

2. ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด อาจเป็นผลจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีเหตุกระตุ้น เช่น ถูกตำหนิ คำทอ มีความขัดแย้ง หรือรับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง ฯลฯ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นในการช่วยเหลือเบื้องต้นควรปฏิบัติ ดังนี้

2.1 หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือการโต้แย้งกับผู้ป่วย

2.2 พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่มั่นคงและนุ่มนวล แสดงท่าทีที่บอกถึงความจริงใจที่อยากจะให้การช่วยเหลือ ไม่พูดเยาะเย้ย เสียดสีผู้ป่วย

2.3 ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือหงุดหงิดให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น

2.4 เก็บของใช้ที่แหลมคม อาวุธ หรือวัสดุอุปกรณ์ที่อาจเป็นเครื่องมือในการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยและการทำร้ายผู้อื่นให้มีขีด

2.5 กรณีที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงผู้ดูแลควรอยู่ห่างจากผู้ป่วยในจุดที่ปลอดภัย

2.6 หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นควรประสาน เจ้าหน้าที่ตำรวจ อปพร. เพื่อนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษา

3.ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยชา ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ทำงาน

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น มีความกระตือรือร้นสนใจตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อม และทำงานได้ตามความสามารถ มีดังต่อไปนี้

3.1 ครอบครัวยุติการดูแลกระตุ้น /สอนผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดส่วนตัว หรือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น และครอบครัวควรสอนผู้ป่วยเป็นขั้นตอน ดูแลให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง หรือช่วยเหลือในบางส่วนให้กำลังใจ ชมเชย กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเป็นระยะ จนผู้ป่วยเกิดความเคยชินและทำได้ด้วยตนเอง

3.2 พูดคุยกับผู้ป่วยถึงการช่วยทำงานบ้าน เพื่อประเมินความสามารถให้เหมาะสมกับงานที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ถางหญ้า รดน้ำต้นไม้ ฯลฯ

3.3 ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวร่วมลงมือทำกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทำได้คล่อง และคอยอยู่ห่าง ๆ จนสามารถปล่อยให้ทำเอง

3.4 หมั่นพูดคุย ชื่นชม ให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้สำเร็จ

3.5 ครอบครัวมีส่วนช่วยและผลักดัน สนับสนุน ให้เกิดกลุ่มกิจกรรมในการฝึกทักษะทางสังคม ทักษะชีวิต ฝึกอาชีพ และร่วมดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

ความรู้เรื่องอารมณ์

ความหมายของอารมณ์

เป็นภาวะของจิตใจที่เกิดการตอบสนองเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ทำให้เกิดภาวะผิดไปจากธรรมดา อาจรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น มือสั่น คอแห้ง เหงื่อออก มือเท้าเย็น มือเกร็ง คลื่นไส้ อาจรู้สึกปั่นป่วนในท้อง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่จะอยู่นานหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มากกระทบทำให้ เกิดอารมณ์ ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ และการตอบสนองต่ออารมณ์ของบุคคลก็จะแตกต่างกัน

ความสำคัญของอารมณ์

อารมณ์มีความสำคัญต่อบุคลิกและพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น อารมณ์ที่เป็นสุขอารมณ์ที่ร่าเริง จะทำให้สุขภาพจิตดี ลดความเครียด อารมณ์กลัว จะทำให้ไม่ประมาท รอบคอบ รู้จักระมัดระวัง อารมณ์โกรธ จะทำให้เราเรียนรู้ที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ และ จะประสบความสำเร็จได้ อารมณ์เป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ประกอบภารกิจต่างๆ ได้ ทำให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจ ทำให้กระตือรือร้นอยากทำงาน ทำให้เกิดการปรับตัว ทำให้เกิดการเตรียมความพร้อม ในการต่อสู้กับเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ เพื่อให้ชีวิตอยู่รอด

อารมณ์เกิดจากอะไร

อารมณ์มีได้ตั้งแต่กำเนิด เด็กจะมีอารมณ์อย่างไร ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของแม่ขณะตั้งครรภ์ หรือเกิดจากการเรียนรู้จากผู้ใหญ่ จากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว บางครั้งอาจจะเกิดจากสิ่งเร้าที่อยู่ในตัวเราเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ฮอร์โมนในร่างกาย สุขภาพในขณะนั้น ความเจ็บป่วย โรคต่างๆ

เราจะสามารถสังเกตอารมณ์ของบุคคลได้จาก พฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ปฏิกริยาจากคำพูด อารมณ์ที่เป็นอารมณ์พื้นฐาน ได้แก่

1.อารมณ์สุข เป็นอารมณ์ของความร่าเริง ยินดี เป็นความรู้สึกพอใจเมื่อประสบความสำเร็จ ประสบความสำเร็จ สุขุมความปราถนา จะทำให้คนรู้สึกเบิกบานใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำอะไรให้บรรลุเป้าหมาย อารมณ์สุขที่พอดี จะเป็นประโยชน์ แต่ถ้าหากมากเกินไปก็จะไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

การจัดการรับรู้ว่าอารมณ์เป็นสุขที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ความสุขไม่ได้อยู่ตลอดเวลา บางครั้งหากไม่ประสบความสำเร็จ ให้มีกำลังใจ เก็บความรู้สึกที่ดีไว้เป็นทุนในอนาคต

2. อารมณ์โกรธ เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกรบกวน ถูกขัดขวางความต้องการ ความรู้สึกคับข้องใจไม่ได้ตามความปรารถนา รู้สึกดิ่งเครียด จะแสดงออกมาในรูปของอาการเกรี้ยวกราด กริสร้องร้องไห้ ก้าวร้าว คำว่าผู้อื่น อาฆาต พยาบาท

การจัดการกับอารมณ์โกรธจึงต้องทำให้เกิดอาการผ่อนคลายความตึงเครียด สูดลมหายใจลึกๆ ทำอะไรให้ช้าลง หรือหลีกเลี่ยงไปจากสถานการณ์นั้น การพูดคุยระบายอารมณ์ในเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม การพักผ่อนด้วยการดูทีวี ฟังเพลง ออกกำลังกาย หรือไปในสถานที่ๆ เป็นบรรยากาศผ่อนคลาย เป็นต้น

3. อารมณ์กลัว เป็นอารมณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่ไม่ปรารถนา บางคนกลัวในสิ่งที่ยังไม่ถึง ความกลัวที่อยู่ในระดับปกติจะช่วยทำให้ไม่ประมาท

การจัดการกับความกลัวจะต้องมีความตั้งใจ มีสติ แล้วลองทบทวนสิ่งที่เป็นสาเหตุของความกลัวนั้น พยายามหลีกเลี่ยง จัดสาเหตุ หากคนช่วยเหลือ หรือการใช้จินตนาการในการบำบัดความกลัวที่รุนแรงมากๆ

4. อารมณ์โศกเศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพราะความสูญเสีย ผิดหวัง เสียใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณค่าของสิ่งที่สูญเสีย สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีอาการเศร้าโศก ร้องไห้ นอนไม่หลับ หงุดหงิด หลบหน้าไม่ยอมเข้าสังคม เบื่ออาหาร เป็นต้น

การจัดการกับความโศกเศร้า จะต้องรีบจัดการให้หายไป ไม่ปล่อยให้ไว้นานจนเกินไป เพราะอาจจะมีผลทำให้เกิดโรคมึนเศร้าได้ ควรยอมรับ หาโอกาสเปลี่ยนบรรยากาศ หากคนพูดคุยระบายความรู้สึกเศร้าของตนเอง การไปออกกำลังกาย ฝึกเรียนรู้ที่จะปรับความคิดและรู้จักมองโลกในทางบวก จะทำให้ความรู้สึกดีขึ้นได้

การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

ในครอบครัวจะเกิดสัมพันธภาพที่ดีได้ สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องตระหนัก และมีการสื่อสารกัน ทั้งภาษากาย และภาษาพูดอย่างสร้างสรรค์ ที่ต้องเริ่มต้นจาก คิดบวก คิดก่อนพูด พูดทางบวก และถูกกาลเทศะ ในขณะเดียวกัน การสื่อสารที่ดีจะต้องเป็นการสื่อสารสองทาง ที่ทั้งสองฝ่าย ต้องเปิดใจรับฟัง อย่างตั้งใจ มีการสอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพราะไม่เช่นนั้นแล้วอาจเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และจะนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัว

ลักษณะที่ควรแสดงออก

1. สีหน้า สีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงการใส่ใจรับฟังที่แสดงออกจะช่วยให้บรรยากาศในการสื่อสารดีขึ้น
2. การสบสายตาส่งจะทำให้การพูดง่ายขึ้น และอาจช่วยระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุยกันได้
3. ท่าทาง การแสดงออกว่าสนใจรับฟังสิ่งที่อีกฝ่ายพูด จะทำให้อีกฝ่ายอยากพูดคุยด้วย เช่นอาจแสดงออกด้วยการ ผงกศีรษะรับ การโน้มตัวเข้าหา แทนที่จะยื่นกอดอก หรือยื่นตัวแข็งพูดคุยกัน
4. การสัมผัสจะช่วยให้เกิดความรู้สึกทางใจถึงความรักใคร่ อบอุ่นและสนิทสนม เช่นการจับมือจับดันแขนการโอบกอด
5. ระยะห่าง ควรมีการพูดคุยกันในระยะใกล้ เพื่อที่จะไม่คลาดเคลื่อนในการรับฟัง และจะได้ไม่ต้องตะโกนใส่กัน

เทคนิคการสื่อสารทางบวก

1. พูดอย่างชัดเจนและตรงประเด็น
2. เปิดเผยความคิดเห็นและความรู้สึกโดยตรงไปตรงมา
3. อย่าเอาใจกันเพราะอาจเกิดการเข้าใจผิด
4. เรียนรู้ศิลปะในการพูดว่าสิ่งไหนควรพูด ไม่ควรพูด และควรพูดเมื่อไร
5. เปิดโอกาสให้อีกฝ่ายได้พูดด้วย ไม่ใช่พูดอยู่ฝ่ายเดียว
6. หากจะพูดคุยเรื่องที่ขัดแย้งกันอยู่ ก็ควรเริ่มต้นการสนทนาเชิงบวกเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี
7. พยายามอย่ารื้อฟื้นเรื่องอดีต
8. พยายามใช้คำพูดถึงตนเองแทนที่จะพูดถึงคนอื่น พูดว่าคุณต้องการอะไร ไม่ใช่พูดว่าเขาไม่ได้ทำอะไรให้ เพื่อให้อีกฝ่ายไม่รู้สึกรังเกียจถูกตำหนิ เช่น แทนที่จะพูดว่า “คุณริบๆหน่อย ได้ไหม สายมากแล้วนะ” ก็ควรพูดใหม่ว่า “ฉันกลัวจะไปทำงานไม่ทัน เราอาจต้องรีบกันหน่อย”

- 9.อย่าเงิบเมื่ออีกฝ่ายพยายามสื่อสารด้วย (อย่าปิดช่องทางการสื่อสาร)
- 10.ตั้งใจฟังอย่างตั้งใจ และตั้งคำถามอย่างเหมาะสม
- 11.ควบคุมอารมณ์ ก่อนจะแสดงท่าทีใดๆ ออกมา
- 12.อย่าพูดแทรก ขัดคอ หรือ โต้ตอบโดยที่ยังฟังไม่จบ
- 13.พยายามทำความเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของคนรัก
- 14.เมื่ออีกฝ่ายพูดจาไม่เข้าหู อย่าตีความในเชิงลบในทันที
- 15.รับฟังความคิดเห็นไม่ว่าจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ตาม

การสื่อสารที่ไม่สร้างสรรค์ สาเหตุ อาจมีหลายสาเหตุ เช่น

- 1.ความเข้าใจผิด ที่เกิดจากการสื่อสารบกพร่อง
- 2.ความแตกต่างระหว่างเพศ
- 3.มุมมองและความต้องการแตกต่างกัน
- 4.สไตล์การสื่อสารแตกต่างกัน
- 5.การแปลความหมายผิด
- 6.การปกป้องตนเอง กลัวการไม่ยอมรับ

ลักษณะการสื่อสารทางลบ

การสื่อสารทางลบ จะแสดงออกทั้งภาษาท่าทางและทางคำพูด

ด้านท่าทาง เช่น

- 1.การจ้อง มองอย่างไม่เหมาะสม
- 2.สีหน้าบึ้งตึง
- 3.เฉยเมยเพิกเฉย ท่าทีเย็นชา
- 4.ขาดความใกล้ชิด
- 5.ไม่มีการปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัส

ด้านทางคำพูด เช่น

- 1.คลุมเครือ พูดไม่ชัดเจน กำกวมไม่รู้เรื่อง หรือไม่บอกให้ชัดเจนว่าต้องการอะไร
- 2.เจ้ากี้เจ้าการ เป็นลักษณะของการกำหนดกฎเกณฑ์ให้คนอื่นทำ เช่น

“ทำไมคุณไม่ไปจ่ายค่าน้ำค่าไฟตอนนี้เลยล่ะ”

- 3.สั่ง เป็นการกำหนดให้ต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เช่น “กลับบ้านเร็วหน่อยนะวันนี้”

- 4.สอน ใช้คำพูดโดยแสดงถึงการใช้คำพูดสอนกล่าว เช่น “คุณเป็นพ่อคนแล้วน่าจะมีควม

รับผิดชอบมากกว่านี้”

- 5.ประชดประชัน เช่น “ตะวันยังไม่ตกดินเลย ทำไมไม่กลับมาแต่วันเชียว”

6. กล่าวหา เช่น “คุณไม่เคยช่วยฉันเลี้ยงลูกเลย”
7. เปรียบเทียบ เช่น “สามีของคุณดี ไม่เห็นเขาเป็นเหมือนคุณเลย”
8. คำหยาบ ดิเสียน เช่น “ทำอะไรไม่เคยเรียบร้อยเลย”
9. บ่น เช่น พุดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ยืดยาวในเรื่องหนึ่ง ๆ
10. คำว่า เช่น การใช้คำหยาบ ไม่สุภาพ

ด้านอื่นๆ ได้แก่

1. ไม่พุดเพราะคิดว่าอีกฝ่ายรู้แล้ว
2. พุดผ่านคนอื่น ทำให้เกิดความเข้าใจผิด
3. คำนวณรูปทรงแบบที่ยังฟังความไม่ครบถ้วน
4. แปลความหมายในเชิงลบ
5. ชอบพุดถึงความผิดพลาดในอดีตของอีกฝ่าย
6. ไม่ใส่ใจในสิ่งที่อีกฝ่ายพุด
7. ไม่ยอมพุดคุยกัน หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง เพราะคิดว่าพุดที่ไรทะเลาะกันทุกที แต่ภายในอาจจะเต็มไปด้วยความโกรธ น้อยใจ และไม่สบายใจ เป็นต้น

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง หรือได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้อื่นเพียงบางส่วน ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขอนามัย ในเรื่องของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การดูแลความสะอาดของร่างกาย การหวีผม การเลือกเสื้อผ้า การแต่งตัวให้เหมาะสมและถูกกาลเทศะ การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

2. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่มีประโยชน์ มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมหรือประกอบอาหารได้ หลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างจานทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

3. การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ตื่นขึ้นจะทำให้สดชื่น ไม่ง่วงซึม พยายามหลับให้ได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่ๆเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก ต้องคอยดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ได้แก่ การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร, การช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การจัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณที่เป็นส่วนตัวของตนเอง การปลูกต้นไม้ รดน้ำ ทำสวน, การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว เช่น ช่วยค้าขาย ช่วยทำนา ช่วยทำสวน ครอบครัวควรมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพของตนเอง โดยแนะนำหรือเลือกงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด งานแต่งงาน เป็นต้น

5. การเดินทางได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยควรรู้จุดมุ่งหมายของการเดินทางว่าจะไปที่ไหน อย่างไร ผู้ป่วยควรจำเส้นทางได้ สามารถเดินทางได้เองโดยลำพังและกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน แต่ถ้าไม่สามารถเดินทางด้วยตนเองได้ ครอบครัวต้องช่วยเหลือ โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเดินทางเองเพราะอาจเกิดอันตรายได้

6. ความสามารถทางสังคม มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาความสามารถ ดังนี้

6.1ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยควรเป็นผู้เริ่มต้น การสนทนาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยควรมีเพื่อน รู้จักมองผู้อื่นในแง่ดี พูดคุยหรือแสดงออกอย่างเหมาะสมถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆอย่างตรงไปตรงมา มีเหตุผล และสามารถยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ได้ด้วย

6.2ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เมื่อมีปัญหาผู้ป่วยควรพยายามหาวิธีแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี อย่างรอบคอบ อาจปรึกษาผู้อื่น หรือผู้ที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจต้องสามารถระงับอารมณ์ได้ เมื่อรู้สึกโกรธ ผิดหวัง หรือล้มเหลว และแสดงท่าทีที่เหมาะสม เมื่อเกิดความเครียด ต้องหาวิธีระบายหรือผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง หรือขอคำแนะนำจากครอบครัวและผู้อื่น ผู้ป่วย ควรควบคุมการแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศ ได้อย่างเหมาะสมตามมารยาททางสังคม

6.3ความสามารถในการแสดงออกทางท่าทาง ผู้ป่วยควรแต่งกายให้เหมาะสมกับตนเองและถูกกาลเทศะ แสดงท่าทางเหมาะสมตามเพศและวัย ในขณะที่พูดคุยกับผู้อื่นควรแสดงสีหน้าท่าทางตามเรื่องที่พูด เมื่อพบผู้อาวุโส ควรแสดงความเคารพด้วยท่าทีที่สุภาพอ่อนน้อม

6.4ความสามารถในการเข้าสังคม ผู้ป่วยควรเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัว และชุมชน สามารถต้อนรับแขกที่มาบ้านด้วยความยินดี สามารถไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ นอกบ้าน ได้ และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่นและการเสียสละ

6.5ความสามารถในการสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยควรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อควรปฏิบัติของบ้านอย่างเต็มที่ ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น ไม่กลับบ้านดึก ไม่หยิบของๆผู้อื่น โดยไม่ได้รับอนุญาต ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกอย่างรอบคอบ ช่วยดูแลเรื่องการปิดไฟ การปิดเตาแก๊ส ฯลฯ สนใจติดตามข่าวหรือเหตุการณ์สำคัญต่างๆอย่างต่อเนื่องควรแสดงออกถึงความรักและความสนใจผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ภาคผนวก จ

ข้อมูลชี้แจงสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบยินยอมของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลชี้แจงสำหรับประชาชนหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางณัฐธัญญา โสพิศพรมงคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค ช.เพชรเกษม 90 ถ.เพชรเกษม แขวง
บางแคเหนือ เขต บางแค กทม.10160

(ที่บ้าน) 9/80 หมู่บ้านสวนดอกไม้ ถ.บรมราชชนนี แขวงศาลาธรรมสพน์
เขตทวีวัฒนา กทม.10170

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2455-3870-2 ต่อ 402 โทรศัพท์มือถือ 089-120-1743

E-mail: snattiya.34@gmail.com

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3.เพื่อศึกษาผลการใช้การให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร ความรับผิดชอบ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

4.รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในกกลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัวในชุมชนและได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี ยินดีเข้าร่วม โปรแกรม สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ จำนวนทั้งหมด 40ครอบครัว แบ่งเป็นรายกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ครอบครัว

5.กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ บริการสาธารณสุขให้ ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง ดูแลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ได้รับการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว

นัดทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กลุ่มๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยใช้หลักการของการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group) ของ McFarlane et al. (1995) คือ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการกับอาการและ อาการเตือน ครั้งที่ 2 การระบายความรู้สึก และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว ครั้งที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

6. ในการร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ทำให้เกิดอันตราย แต่อาจเกิดความเครียดได้ในระหว่างร่วมกิจกรรม หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจะหยุดพักกิจกรรมเพื่อประเมินความพร้อมและใช้กิจกรรมคลายเครียดเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

7. การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านรวมถึงครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้อง ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ท่านก็มีสิทธิ์ที่จะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่า จะขอออกจากกรวิจัยก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงได้ โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ หรือสามารถขอการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งการขอการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการ และการรักษาที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะ ดำเนินการ แจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว และจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวท่าน ทั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างของท่านจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปของผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อของท่าน

9. โครงการวิจัยนี้ไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนให้ แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทางในการมาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นจำนวน 200 บาท ต่อ 1 ครอบครัว ต่อ ครั้ง

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ของกรุงเทพมหานคร

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... หมู่ที่.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบ โครงการวิจัยของ นางณัฐธัญญา โสพิศพรมงคล พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ เรื่อง ผลของการให้ความรู้กลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ในชุมชน

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชู่เชิญ
หลอกลวง แต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย จากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกรวิจัย วิธีการวิจัย
ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย
โดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะ
เปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ
ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัย
ดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ / หรือผู้สนับสนุน
การวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตามมาตรฐาน
ค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมาตรฐานค่าแรง
ขั้นต่ำตามกฎหมาย และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ ความตาย ทายาทของข้าพเจ้า
มีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วม โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และ
การบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่า
ทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์
ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ ให้ข้าพเจ้าได้
ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ
ข้าพเจ้า จึง ได้ลงรายชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย
(นางณัฐธัญญา โสพิศพรมงคล)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้
ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลง
นาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย
- 2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็น
ผู้ให้ความยินยอมด้วย

ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บก
วันที่ ๒๕/๖/๕๕
วันที่ ๒๕ พ.ย. ๒๕๕๕

ส่วนราชการ...สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข (กลุ่มวิจัยและพัฒนาทางสาธารณสุข โทร./โทรสาร ๐ ๒๒๔๕ ๐๘๕๗)
 ที่...ภท.๐๗๐๒/๓๖๒๑...วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
 เรื่อง...ขอส่งในวันรองกรวิจัยของนางณัฐธิดา โสพิศพรมงคล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐

ตามที่ท่านส่งโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของ นางณัฐธิดา โสพิศพรมงคล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พิจารณา ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของ กรุงเทพมหานคร พิจารณานั้น

โครงการวิจัยของท่านได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของ กรุงเทพมหานครแล้ว ซึ่งคณะกรรมการ พิจารณาและเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตราย แก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อ คณะกรรมการฯ ทุก ๖ เดือน และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการ เสร็จสมบูรณ์พร้อมบทความย่อ ลงในแผ่น CD มายังสำนักงานพัฒนาระบบงานสาธารณสุข พร้อมทั้งได้ส่งใบรับรอง โครงการวิจัยดังกล่าวจำนวน ๑ ฉบับ มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและรายงานผลการดำเนินงานตามกำหนด

(นางรัตนา บรรณาธรรม)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(ด้านบริการทางวิชาการ)

ศึกษการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข
สำนักอนามัย

คณะกรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย

- ทราบ
- เรียน ชุกร ด.พ.ก.วิจิตร
- ว.ค. หัวหน้าพยาบาล
- หัวหน้ากลุ่มงานบริการสุขภาพ
- เพื่อ พิจารณาคำเนินการ
- แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- เวียน/ติดประกาศ
- _____

(นายประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
 ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐ บางแค

ภาคผนวก ข
การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายของข้อมูลด้วย

Kolmogorov-Smirnov test แยกตามกลุ่ม

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

K-S Pretest control group One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PRE_C
N		20
Normal Parameters(a,b)	Mean	109.1500
	Std. Deviation	13.35064
Most Extreme Differences	Absolute	.146
	Positive	.104
	Negative	-.146
Kolmogorov-Smirnov Z		.651
Asymp. Sig. (2-tailed)		.791

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

K-S Posttest control group One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		POST_C
N		20
Normal Parameters(a,b)	Mean	112.4500
	Std. Deviation	9.58329
Most Extreme Differences	Absolute	.149
	Positive	.136
	Negative	-.149
Kolmogorov-Smirnov Z		.667
Asymp. Sig. (2-tailed)		.765

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 12 แสดงการวิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ก่อนการทดลอง ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .651 ค่า $p = .791$ ($p > .05$) และหลังการทดลองได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .667 ค่า $p = .765$ ($p > .05$) สรุปได้ว่า ยอมรับ H_0 จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ว่า คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม มีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$

ตารางการที่ 13 วิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

Pretest experiment group One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PRE_EX
N		20
Normal Parameters(a,b)	Mean	109.7000
	Std. Deviation	9.92127
Most Extreme Differences	Absolute	.105
	Positive	.075
	Negative	-.105
Kolmogorov-Smirnov Z		.468
Asymp. Sig. (2-tailed)		.981

- a Test distribution is Normal.
b Calculated from data.

Posttest experiment group One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		POST_EX
N		20
Normal Parameters(a,b)	Mean	132.3000
	Std. Deviation	9.97945
Most Extreme Differences	Absolute	.167
	Positive	.167
	Negative	-.109
Kolmogorov-Smirnov Z		.746
Asymp. Sig. (2-tailed)		.635

- a Test distribution is Normal.
b Calculated from data.

จากตารางการที่ 13 แสดงการวิเคราะห์การกระจายของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ก่อนการทดลอง ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .468 ค่า p = .981 ($p > .05$) และหลังการทดลองได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .746 ค่า p = .635 ($p > .05$) สรุปผลว่า ยอมรับ H_0 จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ว่า คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางณัฐธัญญา โสพิศพรมงคล เกิดวันที่ 23 มกราคม 2512 จังหวัดเชียงใหม่ จบการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปี พ.ศ. 2534 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร