

ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวอาทิตย์ยา นุ่มเนียม

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMOTIONAL MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Artitaya Numnama



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภท
โดย นางสาวอาทิตยา นุ่มเนียม
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อาทิตยา นุ่มเนียม : ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF EMOTIONAL MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 140 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59 ปี มีอาการทางลบที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์สำหรับพยาบาลแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดอาการทางลบ และแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777330936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EMOTIONAL MANAGEMENT / FUNCTIONING / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ARTITAYA NUMNAMA: THE EFFECT OF EMOTIONAL MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 140 pp.

The purposes of this pretest-posttest design quasi-experimental research were to compare functioning of schizophrenic patients before and after using the emotional management program, and to compare functioning of schizophrenic patients using the emotional management program involvement and those who received regular nursing care. Forty schizophrenic patients receiving services at out-patient department, who met the inclusion criteria, were matched-pair and, then, equally randomly assigned into an experimental group and a control group. The experimental group received the emotional management program for 4 weeks. The control group received regular nursing care. Research instruments included a nurses' manual of emotional management program, emotional expression assessment tool, negative symptoms scale, and the functioning assessment in schizophrenic patients. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The Cronbach's Alpha reliability of functioning assessment in schizophrenic patients was .90. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

Major findings were as followed:

1. Functioning of schizophrenic patients after using the emotional management program involvement was significantly higher than before the experiment, at the .05 level.

2. Functioning of schizophrenic patients who received emotional management program involvement was significantly higher than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ เสียสละเวลาอันเป็นส่วนตัว ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเมตตา และให้ความคิดเชิงบวก สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ ที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยมีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ให้ข้อคิดและคำแนะนำที่ดีตลอดมา มีความห่วงใยและเมตตา ตลอดจนผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคนในครอบครัว เพื่อนๆ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ป่วยจิตเภท ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	16
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ.....	34
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ (Emotion Management).....	42
4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์.....	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
การดำเนินการทดลอง.....	64
การกำกับการทดลอง.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	101
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	103
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	130
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	140

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	53
ตารางที่ 2 การแปลผลและคะแนนประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท.....	74
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย	79
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ รายได้ จำนวนการนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย	80
ตารางที่ 5 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การทดลอง	81
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ ทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ (n=20) และกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=20).....	82
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และการดูแล ตามปกติ.....	83
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ ทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ (n=20) และกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=20).....	112
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และการดูแล ตามปกติ.....	112

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังซึ่งมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์ ภาษา พฤติกรรม การตัดสินใจบกพร่อง และการทำหน้าที่การทำงานการเข้าสังคม (Suttajit and Srisurapanont, 2009) โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ประมาณ 21 ล้านคน (WHO, 2016) สำหรับในประเทศไทยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากเป็นอันดับ 1 (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีแนวโน้มมากขึ้นทั่วประเทศมีผู้ป่วยสุขภาพจิตรับการรักษาพบว่าโรคจิตเภทมีมากเป็นอันดับที่ 1 ของโรคจิตเวชทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 18.1 (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับสถิติโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกปี 2558-2560 มีจำนวน 1,043 1,106 1,222 คนตามลำดับ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2560) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

โดยปัญหาโรคจิตเภทที่มีความเรื้อรังจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศ (Ran el at., 2010) ในประเทศไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชมีความสำคัญของภาระโรคของความเจ็บป่วยที่พบความพิการและมีผลต่อประเทศชาติด้านงบประมาณ ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจตามมาและมาจากโรคจิตเภท ร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) ผู้ป่วยจิตเภทยังพบว่ามีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ การตัดสินใจทำให้การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยมีเซาว์ปัญญาที่ปกติและมีความเลวลงของโรคตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และจำนวนความถี่ของอาการกำเริบซ้ำ ทำให้เกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพที่เพิ่มมากขึ้น (Breier, Schreiber, Dyer and Picker, 1991) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบสามารถจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ แต่พบว่ามีความบกพร่องในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้ยังพบความเสื่อมของการทำหน้าที่ทั้งในด้าน

ชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการ ร้อยละ 73 มีปัญหาอาการทางลบ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2560) จากการศึกษาในระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานจะทำให้เกิดความเสื่อมถอยในด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง (Breier et al.,1991) มีการรับรู้ที่ตนเองด้อยสมรรถภาพ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูญเสีย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Dickerson, Pratt, and Rimger, 2000) และในด้านหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การทำงานในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทว่างงานคิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Thornicroft et al., 2009) หน้าที่ในการทำงานจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท การพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภท (Yildirim, Alantar and Yildirim,2016) อย่างไรก็ตามปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญและซับซ้อน ปรากฏว่าผู้ป่วยจิตเภทชุมชนนั้น ยังคงมีความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะได้รับการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีต้องใช้วิธีการบำบัดโดยวิธีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา ด้านอาการทางจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ซึ่งยาต้านโรคจิตเวชไม่สามารถพัฒนาความสามารถเชิงพฤติกรรมในด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทได้ เป้าหมายการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทนั้นจึงเน้นไปที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ และคงเหลือศักยภาพตนเองไว้ให้มากที่สุด หรือลดความพิการ ความบกพร่องให้มากที่สุดโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ได้และอยู่ในสังคมอย่างปกติให้ได้มากที่สุด

การทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำในความรับผิดชอบ บางสิ่งบางอย่างให้แก่ตนเองและผู้อื่นในด้านการทำงาน การพึ่งพาตนเอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และการสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายทางสังคมโดยทั้งได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างโดยอิสระ การพึ่งพาตนเองและมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัว และชุมชน (Goodman, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำงาน พบว่า ผู้ป่วยมีการว่างงานสูง จากการศึกษาการมีงานทำในผู้ป่วยจิตเภท 731 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทว่างงานมากถึง 513 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

จิตเภทที่มีงานทำ (Thornicroft et al., 2009) ซึ่งสาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความรู้คิดทางสังคม (Social Cognition) และมีการรับรู้อารมณ์ไม่เหมาะสมกับเพื่อนร่วมงานในสถานการณ์ต่างๆ และยังมีความผิดปกติในการแสดงออกอารมณ์ทางใบหน้าที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลง (Shannon, David and Penn, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Perioliotasa, Gramholm and Patterson (2004) การว่างงานในผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น

2) ความเป็นอยู่โดยการพึ่งพาตนเอง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในด้านชีวิตประจำวัน (Sadock and Sadock, 2002) ไม่อาบน้ำ ไม่รับประทานอาหารเช้าและไม่นอนในเวลากลางคืน ไม่ออกกำลังกาย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) มีปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย ไม่มีความสะอาดของเสื้อผ้า และไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร ไม่สนใจในการรับประทานหรือรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย (Gomez and Gomer, 1991)

3) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมักจะแสดงออกทางอารมณ์น้อย เช่น อารมณ์เฉยเมย เฉื่อยชา ซึมลง ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว และอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

4) การสร้างสัมพันธภาพเครือข่ายทางสังคม ในด้านความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่สังคม มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ มีปัญหาทางด้านการสื่อสารกับผู้อื่น พุดจาัสับสน ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (วาสนา ปานดอก, 2545, ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Kee et al., (2003) เกี่ยวกับปัจจัยการทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับกระบวนการด้านอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าในการศึกษาแบบ Cross-Section Correlation พบว่าการรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ในด้านการทำงานและการอาศัยโดยการพึ่งพาตนเอง ($r = 0.36, P = 0.002$) และพบว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้อารมณ์อย่างเหมาะสมจะทำให้การทำงานของผู้ป่วยและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การทำนายในระยะยาวที่มีความสัมพันธ์พบว่าการทำหน้าที่ในด้านการทำงานและการเป็นอยู่โดยการพึ่งพาตนเองสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยเช่นกัน ($r = 0.41, P = 0.0004$)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Brekke et al., 2005) ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ตามนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้อารมณ์ในระยะเริ่มต้น ($r = .35, P < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .30, P < .01$) หน้าที่ในด้านการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .22, P < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .27, P < .01$) การทำหน้าที่ในด้านสังคม คือ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่นและการสร้างสัมพันธภาพ เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .25, P < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .18, P < .01$) หน้าที่ในด้านการอาศัยโดยการพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .31, P < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .26, P < .01$) ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นหมายถึง การรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องคือ การขาด การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่มีความรู้สึก ไม่ทำงานและไม่มีการตอบสนองด้านอารมณ์ (Won et al., 2012) มีความผิดปกติการรับรู้ทางอารมณ์ทางใบหน้า ทางเสียงหรือการพูด มีอารมณ์ พฤติกรรมที่ผิดปกติ เฉยเมย ละเลย ไม่มีความสนใจในสิ่งรอบตัวทำให้การทํากิจกรรมช้ากว่าปกติ และขาดความสนใจในการสื่อสารที่ดี (Lieberman, 1998)

การรู้คิดทางสังคม (Social Cognition) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติในด้านการรู้คิดทางสังคม อาจจะพบผู้ป่วยจิตเภทจะมีความจำเพาะเจาะจงที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางกระบวนการด้านการจัดการทางอารมณ์ ซึ่งจะรวมไปถึงการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (Browne et al., 2016) การรู้คิดทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมอง ทำให้พบความบกพร่องของ การรับรู้ อารมณ์แสดงออกทางใบหน้า เสียง และประสบการณ์การยับยั้งอารมณ์ที่บกพร่อง ประสบการณ์ การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท (Green, Horan and Lee, 2015) พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการจำได้และการแสดงอารมณ์ออกทางใบหน้า (Bora and Pantelis, 2016) การจดจำได้และการแสดงอารมณ์ออกทางใบหน้า เช่น ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว น่ารังเกียจ ที่บกพร่องความมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการทางลบ คือ การแสดงออกไร้อารมณ์ ($r = -0.57$) ไม่พูด ($r = -0.72$) ขาดแรงจูงใจ ($r = -0.49$) ไม่อยากทำกิจกรรม ($r = -0.47$) (Kohler et al., 2003) ยังพบอีกว่าการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Couture et al., 2006) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น

ส่งผลต่อกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ตีขึ้น (Penn et al., 1997) ทำนายผลลัพธ์ที่ดีและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Sullivan et al., 1990) และในด้านของปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ จากการศึกษาของ Alen et al., (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยา พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการทำงาน โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 ที่มีโอกาสทำงานหรือได้เรียนเต็มเวลา ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เต็มวัน นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เล็กน้อยที่มีครอบครัว และมักจบลงด้วยการหย่าร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิต และเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวทางสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ปัจจัยในด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่าจะทำกิจวัตรประจำวันและเข้าสังคมได้ลดลงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Harvey et al., 2010) ปัจจัยในเรื่องเพศ เนื่องจากพบว่าเพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย (Bozikas et al., 2006) และปัจจัยของจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากยิ่งมีการทำหน้าที่ได้น้อยลง (Brier et al., 1991)

จากข้อมูลข้างต้นจะสะท้อนให้เห็นว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นมีความสำคัญยิ่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Yildirm, Alantar and Yildirm, 2016) และป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Alessandrini, 2016) ซึ่งการแก้ไขความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เป็นปัญหาดังกล่าว โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความบกพร่องจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการทำงานที่ลดลง และการพึ่งพา

ตนเอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพเครือข่ายทางสังคม จะเห็นได้ว่า ปัญหาสำคัญของความพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นมีสาเหตุมาจากการรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท (Kee el at., 2003 and Brekke et at., 2005) ทั้งนี้หากผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะและสามารถจัดการกับการรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยได้แล้วนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และพฤติกรรมอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ (Won et al., 2012) และสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น มีทักษะจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการจัดกระทำต่อตัวแปรตามคือ การทำหน้าที่ โดยโปรแกรมจัดการต่อความเครียด (บุษกุล ศุภอักษร, 2553) และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ (ชัญญา คำขำ, 2555) ซึ่งได้ผลลัพธ์ คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การทบทวนวรรณพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมาจากการจัดการทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (Kee el at., 2003 and Brekke et at., 2005) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้เองในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมที่จะส่งเสริมและให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การแก้ไขปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ และป้องกันการป่วยซ้ำ อีกทั้งเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง และมีอาการทางลบ ซึ่งได้รับการบำบัดด้วยวิธีผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ซึ่งยาต้านโรคจิตไม่สามารถพัฒนาความสามารถเชิงพฤติกรรม และถ้าขาดการบำบัดทางด้านจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรค พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ (Ran et al., 2010) ในด้านต่างๆ ความสามารถของบุคคลในการกระทำในความรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่างให้แก่ตนเองและผู้อื่น ในด้านการทำงาน การพึ่งพาตนเอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่นและการสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายทางสังคม (Goodman, 1993) โดยมีสาเหตุ มาจากปัญหาทางด้านการรับรู้ อารมณ์ของผู้ป่วยที่ผิดปกติไป จากสมมติฐานการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition) เชื่อว่า อาจจะพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีความจำเพาะเจาะจงที่เกี่ยวกับความผิดปกติของกระบวนการจัดการทางอารมณ์ ซึ่งรวมถึงการรับรู้ทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Browne et al., 2016) ทำให้ผู้ป่วยพบความบกพร่องการรับรู้อารมณ์ที่แสดงออกทางใบหน้า ภาษา และประสบการณ์การยับยั้งอารมณ์ที่บกพร่อง ประสบการณ์การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท (Bora and Pantelis, 2016) พบว่าต้องให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีทักษะในการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิด การรับรู้อารมณ์ที่เหมาะสม การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมทั้งใบหน้า ท่าทาง และการใช้ภาษา พฤติกรรมทางด้านอารมณ์ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Won et al., 2012) เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลได้อย่างปกติมากที่สุด

ด้วยเหตุนี้ในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยแนวคิดการจัดการทางอารมณ์ (Won et al., 2012) Emotion Management Program ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 4 กิจกรรมหลัก คือ

- 1) สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)
- 2) ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)
- 3) ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)
- 4) ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

อันประกอบด้วย 8 กิจกรรมย่อย คือ

- 1) สร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์
- 2) ระบุปัญหาทางอารมณ์
- 3) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง
- 4) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา
- 5) การปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกออกมา
- 6) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ
- 7) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเองและค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์
- 8) ฝึกทักษะการเผชิญกับความรู้สึกด้านลบ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ขึ้น โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จนทำให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรมหลัก ซึ่งรวมกิจกรรมที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กับ 2 กิจกรรมที่ 3 กับ 4 กิจกรรมที่ 5 กับ 6 และกิจกรรมที่ 7 กับ 8

โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 4 กิจกรรมหลัก และ 8 กิจกรรมย่อย 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละประมาณ 90 นาที และทุกกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์

ระหว่างบุคคล โดยมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ให้คำแนะนำบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และดูแลปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท โดยกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)

1) สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในเรื่อง ความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ โดยบัตรคำ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันทำความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์

2) ระบุปัญหาทางอารมณ์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้อารมณ์จากคำ : จับคู่การ์ดอารมณ์กับการ์ดใบหน้าอารมณ์

2.1) ค้นหาอารมณ์จากคำ : เลือกการ์ดคำศัพท์อารมณ์จากการ์ดใบหน้าอารมณ์

2.2) ระบุอารมณ์โดยตัวอักษร : เลือกการ์ดคำศัพท์อารมณ์จากการดูสีหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันเรียนรู้การแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมผ่านการ์ดใบหน้าอารมณ์และคำศัพท์การ์ดใบหน้าอารมณ์และเรื่องสั้น

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)

1) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง โดย 1.1) การสร้างแสดงอารมณ์ออกทางสีหน้า : การแสดงออกทางอารมณ์จากใบหน้าอารมณ์จากการ์ด 1.2) การถ่ายอารมณ์ออกทางใบหน้า : ระบุใบหน้าแสดงอารมณ์ของคนถัดไป 1.3) การเล่าเรื่องการแสดงอารมณ์ : เขียนความรู้สึกของอารมณ์จากเรื่องเล่า

2) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา โดย 2.1) การแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้การเขียนบรรยาย : เลือกการ์ดด้วยการเขียนคำแนะนำของการแสดงอารมณ์ของกลุ่ม 2.2) การทำหน้าที่ากอารมณ์: วาดความรู้สึกบนหน้ากาก 2.3) การแลกเปลี่ยนความรู้สึกของอารมณ์ผ่านหน้ากาก : สวมหน้ากากและแสดงความรู้สึกเหล่านั้น

กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)

1) การปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกโดย 1.1) การสร้างสีหน้าโดยการแสดงออกผ่านตัวอักษร : แสดงความรู้สึกโดยใช้การเขียนประโยคอารมณ์

2) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ 2.1) การสร้างเรื่องราวการสร้างประโยคของอารมณ์: การสร้างเรื่องด้วยการ์ดประโยคอารมณ์ 2.2) การเคารพตนเองและปรับตัวเข้าสังคม : การให้

ความรู้ความสำคัญของการเคารพตนเองการปรับตัวเข้าสังคม 2.3) การระบุบทบาททางสังคม : การเขียนบทบาทของตนเองและความคาดหวังของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

1) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ โดย 1.1) การเสริมพลังด้านความคิด : ให้ความรู้ความสำคัญของจิตใจผลกระทบพฤติกรรมและนิสัย 1.2) แสดงประสบการณ์ทางความคิดและอารมณ์ : ประสบการณ์ที่หลากหลายนำไปสู่อารมณ์ที่หลากหลายและพฤติกรรม โดยการ์ดสถานการณ์

2) ฝึกทักษะการเผชิญกับความรู้สึกทางลบ โดยการ เข้าใจสิ่งกระตุ้นความรู้สึก เศร้า กังวล โกรธ การตอบสนองกับพฤติกรรมตามอารมณ์ทางด้านลบโดยเชื่อมโยงความคิดและสถานการณ์และให้ความรู้ของผลกระทบด้านลบของความคิด และ แบ่งปันวิธีการรับมือความรู้สึกด้านลบพร้อมแบ่งปันประสบการณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์จะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest control group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) และไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในกระทำในความรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่างให้แก่ตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วย ในด้านการทำงาน ด้านการดูแลตนเอง ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม โดยทั้งได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างโดยอิสระ ตามแนวคิดของ Goodman, (1993 และ ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) ดังนี้

ด้านการทำงาน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการกระทำในหรือความรับผิดชอบทำบางสิ่งบางอย่างโดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าตอบแทน มุ่งให้เกิดพฤติกรรมในการทำงาน 7 พฤติกรรม 1) การเริ่มต้นการทำงาน 2) สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงาน 3) ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนขณะทำงานร่วมกัน 4) ความเป็นอิสระในการทำงาน 5) การทำงานตามขั้นตอน 6) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน 7) ความรับผิดชอบ

ด้านการดูแลตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ที่เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและความผาสุกในการดำเนินชีวิตตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย การดูแลตนเองในระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การดูแลตนเองใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารและน้ำ 2) การนอนหลับ 3) การรักษาความสะอาดร่างกาย 4) การขับถ่าย 5) การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองในระดับก้าวหน้าประกอบด้วย การดูแลตนเองใน 2 กิจกรรม 1) การเดินทาง 2) การจัดการทางการเงิน

ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของ ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557)

โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้การจัดการทางอารมณ์และเทคนิคการฝึกทักษะเพื่อมุ่งเน้นการจัดการทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางด้านลบ ให้เกิดทักษะการปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการกลุ่มในกิจกรรมทุกขั้นตอน ให้เกิดการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับรู้ทางอารมณ์ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภททั้งต่อตนเองในด้านการทำงาน การพึ่งพา

ตนเอง ครอบครัวยุติธรรมในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัว และชุมชนในการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเครือข่ายทางสังคม ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติตามขั้นตอนโดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Won et al.(2012) โดยออกแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 4 กิจกรรมหลัก และ 8 กิจกรรมย่อย 1 กิจกรรมย่อยใช้เวลาครั้งละประมาณ 90 นาที มีทั้งหมด 4 กิจกรรมหลัก ทุกกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างบุคคลโดยมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ให้คำแนะนำบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และดูแลปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีสังเขปกิจกรรมการปฏิบัติดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)

1) สร้างสัมพันธ์ภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในเรื่องความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาลในการพบปะกันครั้งแรก ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนสมาชิกให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยและให้เกิดทักษะการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ครั้งละ 30 นาที การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในเรื่อง ความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ การอธิบายโดยพยาบาลและให้ความรู้ให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจ ครั้งละ 30 นาที

2) ระบุปัญหาทางอารมณ์โดย การเรียนรู้อารมณ์จากคำ หมายถึง พยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยนั้นระบุอารมณ์โดยใช้อุปกรณ์สาธิตผ่านกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยนั้นเกิดทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง ครั้งละ 90 นาที ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการรับรู้อารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัจจัยการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Kee et al., 2003) และในด้านสัมพันธ์ภาพที่สูญเสียไปในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูญเสีย มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาททำหน้าที่ทางสังคม (Dickerson, Pratt, and Rimger, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)

1) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง **หมายถึง** พยาบาลฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทางโดยใช้อุปกรณ์สาธิตผ่านกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้เกิดทักษะการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ครั้งละ 90 นาที

2) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา **หมายถึง** พยาบาลฝึกทักษะการแสดงออกทางโดยใช้ภาษาและใช้อุปกรณ์สาธิตผ่านกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้เกิดทักษะการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ครั้งละ 90 นาที

ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมผ่านทางใบหน้า ท่าทาง และภาษา ซึ่งพบว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมทางใบหน้า ท่าทาง และภาษา ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลง ทำให้มีแนวโน้มว่างงานเพิ่มขึ้น (Shannon, David and Penn, 2006; Perioliotasa, Gramholm and Patterson, 2004) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ด้านการทำงาน

กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)

หมายถึง

1) การปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา **หมายถึง** พยาบาลให้ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและเขียนเป็นประโยคออกมาจากความรู้สึกกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อฝึกฝนทักษะการใช้อารมณ์ที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลตามสถานการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที

2) การสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ **หมายถึง** การอธิบายสถานการณ์และการฝึกทักษะโดยใช้อุปกรณ์สาธิต การเรียบเรียงประโยคอารมณ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์จำลอง ครั้งละ 90 นาที

ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 3 เพิ่มทักษะการประยุกต์ใช้อารมณ์อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น (Green, Horan and Lee, 2015)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

1) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ **หมายถึง** ฝึกฝนทักษะการตระหนักรู้ในตนเองโดยใช้อุปกรณ์สาธิตและค้นหาความคิดทางอารมณ์ เพื่อให้ได้ทราบสาเหตุการเกิดอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทและเกิดทักษะโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที

2) ฝึกทักษะการเผชิญกับความทุกข์ทางลบ **หมายถึง** ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญกับความทุกข์ทางลบโดยเลือกวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม ได้ทราบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและถูกต้อง ครั้งละ

90 นาที ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการควบคุมอารมณ์ ในด้านความคิดและอารมณ์ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Browne et al., 2016) จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดี (Couture et al., 2006) ขึ้นและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ (Penn et al., 1997)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ มีอายุ 20 – 59 ปี ที่รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20 - F29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) และเป็นผู้ป่วยซึ่งมีการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนที่มีอาการทางลบ โดยใช้เกณฑ์โดยคะแนนอาการทางด้านลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีคะแนนอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก) จากแบบประเมินอาการทางลบของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม. ป. ป.) แปลมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) และเป็นผู้รับบริการในกลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพของแผนกจิตเวช จัดให้บริการให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในชุมชนเกี่ยวกับ การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การรับประทานยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ และอาการข้างเคียงจากยาโดยมีการตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ทั้งนี้รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เสี่ยงฆ่าตัวตาย จะเยี่ยมบ้านทุกวัน และมีการประเมินการคิดฆ่าตัวตายทุกครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีการทำหน้าที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.5 การดำเนินของโรค
- 1.6 การพยากรณ์โรค
- 1.7 การรักษา
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.9 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.10 ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

- 2.1 ความหมายการทำหน้าที่
- 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 การประเมินการการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ (Emotion Management)

- 3.1 ความหมายของการจัดการทางอารมณ์
- 3.2 รูปแบบการจัดการทางอารมณ์

4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก(WHO) นิยามความหมาย โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่รู้จักกันมานาน ในปี ค.ศ.1986 Emil Krapelin เริ่มมีการจำแนกโรคจิตเวชและเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็นโรคที่เกิดจากสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมามีการศึกษาต่อใน ค.ศ.1911 Eugen Bleuler เรียกโรคนี้ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน

Classification Diseases (ICD-10) นิยามความหมาย โรคที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับด้านบุคลิกภาพด้านความคิดและด้านการรับรู้ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะและด้านเซ็กซ์ปัญหาหมักปดตี แต่จะมีการบกร่องการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย ทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุดังกล่าว

WHO (2011) นิยามความหมาย โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่แสดงถึงความผิดปกติด้าน ความคิด การรับรู้ ด้านสติปัญญา การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สัมพันธ์ และมีการดำเนินโรคมีลักษณะเรื้อรัง

Sadock & Sadock (2007) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรังผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

มาโนช หล่อตะกุล (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หาย และเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้นจึงสรุป โรคที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับด้านบุคลิกภาพด้านและมีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

และพฤติกรรม สติสัมปชัญญะและด้านเซาว์ปัญหาหมักปกติดี แม้จะมีการบกพร่องการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนานแล้วมักไม่หายขาดและเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น โดยมีระยะเวลาดำเนินอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย ทางสมองพิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุดังกล่าว

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคจิตเภท แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆสาเหตุ ซึ่งสาเหตุของปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญถ้ามีความบกพร่องทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยเลวลง (Kee et al., 2003, Brekke et al., 2005) หรืออาจเป็นปัจจัยอันร่วมด้วย ซึ่งบางอย่างอาจเป็นปัจจัยนำ (Predisposing) และปัจจัยบางอย่างเป็นตัวกระตุ้น (Precipitating) ซึ่งมีการสาเหตุของโรคจิตเภท (Sadock and Sadock, 2003)

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

1.2.1.1 ด้านกรรมพันธุ์ พบว่าญาติสายตรงมีความเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลทั่วไปถึง 10 เท่า แผลที่เกิดจากไขใบเดียวกันร้อยละ 50 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

1.2.1.2 ด้านชีวเคมีในสมอง เชื่อว่าสารสื่อประสาทไม่สมดุลกัน สมมุติฐานโดปามีนที่มากเกินไปผู้ป่วยจิตเภทพบว่า Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic รักษาโรคจิตเภทเป็นประเภทยา Dopamine anonist (พิเซซซึ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552) นอกจากนี้ความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) ที่มีความผิดปกติน้อยเกิดอารมณ์เฉื่อยชา แสดงออกทางอารมณ์ลดลง (มานิต ตรีสุรภา นนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง พบว่ามีผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังมีรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น cerebellar vermis hypoplasia or hyperplasia, third ventricle ใหญ่ , caudate เล็ก , right anterior cingulate gyrus เล็กในระบบ Limbic ที่มีขนาดเล็ก (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2554)

1.2.2 ปัจจัยทางจิต (Psychological factors)

นักจิตวิทยามีความเชื่อว่า เกิดจากบุคลิกภาพในวัยเด็กโดยเฉพาะขวบปีแรก ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติการปรับตัว ควบคุมอารมณ์ มีพัฒนาการด้าน ภาษา ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจ และการแสดงออก ขาดการเรียนรู้ วางแผน และทักษะการแก้ไขปัญหา (Shepaed, Holcomb & Gold, 2006)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคม (Social Factors)

ผู้ป่วยจิตเภท อาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ขาดความไว้วางใจผู้อื่น รู้สึกประหม่าว่างเวลาพบผู้อื่น อารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา (Sadock and Sadock, 2000) ปัญหาเสพติด ปัญหาติดสุรา และปัญหาเรื่องเพศ (Angell and Test, 2002)

สรุปสาเหตุของโรคจิตเภทเกิดได้หลายสาเหตุ ซึ่งจากการทบทวนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการแสดงผิดปกติไปจากเดิม

1.3 การวินิจฉัยโรคแยกโรค

1.3.1 การวินิจฉัยโรค ตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) มีแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือแทรกหายไปกะทันหัน (Thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (Delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perceptions)

3) อาการประสาทหลอนทางหู

4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่นานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ

5) อาการประสาทหลอนอื่นๆซึ่งเป็นอยู่นาน

6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (Neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (Excitement) จับอยู่ท่าใด มักอยู่นั้นนานๆ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (Stupor) หรือกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่นให้ผู้ป่วยนั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (Negative Symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง มีผลต่อหน้าที่ทางการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง

1.3.2 การวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจนน่าเชื่อถือจึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1) Secondary & substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆโดยเฉพาะในกรณีของ Delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือ เนื้องอกในสมอง เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบวิงบ่งซึ่งบางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อ สับสน มีอาการขณะอายุมากหรือตรวจพบความผิดปกติทางกาย

2) Mood disorders ในภาวะ Mania หรือ Depression ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะทางด้านอารมณ์เด่นออกมาหรือไม่ และอาจประเมินจากประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติด้วยพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3) Delusional disorder ใน Delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิด ไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมถอยมากกว่า

4) Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน Cluster A บางครั้งจะมีความคิดที่แปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

โดยสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีหลายเกณฑ์ ที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานสากล คือเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้อย่างแพร่หลาย

1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

1.4.1 ลักษณะอาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.4.1.1 กลุ่มอาการด้านบวก มี 3 กลุ่มอาการย่อย คือ ประสาทหลอน ความหลงผิด มีการพูดและพฤติกรรมผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

1) ประสาทหลอน (hallucination) เป็นความผิดปกติของการรับรู้ หมายถึง การรับรู้ผิดๆทางประสาท การรับรู้ (perception) ทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง) โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

2) ความหลงผิด (delusion) เป็นความผิดปกติของความคิด (thought) หมายถึงการมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เป็นความเชื่อผิด (false believe) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้เข้าใจถูกต้อง ได้ด้วยเหตุผล ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มบุคคลนั้น

3) มีการพูดและพฤติกรรมผิดปกติ (disorganization in speech and behavior) ได้แก่ มีการพูดสับสน (disorganized in speech) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดและการแสดงออกโดยผ่านการพูด เช่น อาจจะมีการพูดไม่มีความต่อเนื่องโดยอาจจะพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association) หรือพูดที่เน้นการมีคำพูดที่สัมผัสสอดคล้องกันมากกว่า การมีความหมายต่อเนื่องกัน (clanging)

4) การมีพฤติกรรมผิดปกติ (grossly disorganized behavior) ผู้ป่วยอาจจะทำอะไรแปลกๆ ทำสิ่งต่างๆโดยไม่มีจุดหมาย เช่น ผู้ป่วยอาจจะเดินไปเรื่อยๆโดยไม่มีจุดหมาย

ในขณะที่เดินไปอาจจะเอามือแตะสิ่งของต่างๆที่ผ่านไปโดยไม่มีจุดหมาย หรือ มีการแต่งตัวแปลกๆ ดู รุงรัง สะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ หรืออาจจะยืนอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ

1.4.1.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ได้แก่

- 1) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย น้ำสีราบเรียบ (flat affect) จะมีผลต่ออาการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ ชุมชน
- 2) ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (avolition)
- 3) ผู้ป่วยไม่มีความสุขความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia)
- 4) ผู้ป่วยพูดน้อยเนื่องจากเนื้อหาของความคิดมีน้อย (alogia)

สรุปว่าอาการที่พบในผู้ป่วยจิตเภทจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คืออาการทางบวก ซึ่ง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมและการพูดที่ไม่เป็นแบบแผน และอาการทางด้านลบ ซึ่ง อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ จากอาการดังกล่าว ส่งผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องทางบุคลิกภาพและความคิดผิดปกติการรับรู้ที่จำเพาะ มีการรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมทางอารมณ์ที่ผิดปกติ และมีการแสดงพฤติกรรมทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม มีผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง โดยอาการแสดงจะแตกต่างกันในแต่ละระยะ ของการดำเนินโรค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5 การดำเนินของโรค

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความแตกต่าง บางคนเป็นๆหายๆ บางรายอาจมี อาการเรื้อรัง โดยทั่วไปอาการมักไม่หายเป็นปกติ โดยระยะแรกของโรคอาการทางลบมักเด่นชัด ต่อมาจะมีอาการทางด้านบวก หากได้รับการรักษาอาการทางบวกจะหายไปแต่อาการทางลบจะคงอยู่ และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดยสามารถแบ่งการดำเนินโรค ออกเป็น 3 ระยะคือ

1.5.1 ระยะมีอาการ (prodromal phase) คือ ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน ผู้ป่วยจิตเภท โดยส่วนมากจะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักพบปัญหาการทำหน้าที่รับผิดชอบ การเรียน การทำงานเลวลง และด้านสัมพันธภาพที่เลวลง ไม่สนใจการดูแลตนเอง มีการใช้คำพูดแปลกๆ มีการ

หวาดระแวง กลัวคนแปลกหน้า ระยะนี้ไม่แน่นอนโดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ หากระยะนี้นานจะทำให้การดำเนินของโรคเลวลง

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) คือ ระยะคงเสถียรภาพ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทมีอาการทางจิตที่ลดลง ระยะนี้อยู่ในช่วง 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากรักษาเฉียบพลัน

1.5.3 ระยะอาการหลังเหลือ (residual phase) คือ ระยะคงสภาพผู้จะมีอาการคงที่ อาจจะพบอาการทางบวกหรืออาการทางลบได้ แต่ความรุนแรงไม่มากอาจพบอาการอื่นที่ไม่ใช่โรคร่วมได้เช่น การนอนหลับที่ผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และพบอาการกำเริบได้ พบบ่อยผู้ที่มีอาการทุเลาแต่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ยิ่งอาการกำเริบยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่เสื่อมลง อาการในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานโซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษย์, 2548) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในชุมชน อาจหลงเหลืออยู่และอาจมีการรับรู้อารมณ์ที่ผิดปกติมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และสัมพันธภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนทำให้กลับตัวกลับสู่สังคมในหน้าที่ด้านต่างๆที่มีความเสื่อมลงได้

1.6 การพยากรณ์โรค

โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันไปอย่างมาก มีการฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ไปจนถึงอาการเรื้อรังของอาการของโรคและพิการที่ไม่สามารถกลับมารักษาให้มาดีขึ้นได้ (ธวัชชัย สีหะนาจ, 2552) ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบกับโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมมีผลต่อผู้ป่วย (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษย์, 2552)

1.7 การรักษา

มานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษย์ (2555) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.7.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่รับ คือ มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือ ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ที่รุนแรง หรือกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือ มีปัญหาในการ

วินิจฉัยการรับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ระยะเวลาเฉลี่ยโดยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.7.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการลดอาการโรคจิตลง ยาขนานแรก ได้แก่ haloperidol โดยให้ขนาด 6มก./วัน หากผู้ป่วยมีอาการมากอาจให้ 10-15 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก. รับประทานวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึงด้วย หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ถ้าไม่ดีขึ้น จึงปรับขนาดยา โดยทั่วไปไม่ให้ haloperidol เกิน 20 มก./วัน ถ้ามีอาการ EPS(extrapyramidal side effect) หลังให้ยา haloperidol 4-6 มก./วัน ร่วมกับ trihexyphenidyl ควรเปลี่ยนยาเป็น risperidone ขนาด 4 มก./วัน

2) ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงบ้างแล้วผู้ป่วยยังต้องรับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปนาน 6 เดือน การลดยาเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะอาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังต้องให้ยาต่อเนื่องป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยา จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไป เมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยา haloperidol ที่ใช้ในระยะนี้ โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก./วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยาหลัง 1-2 ปี แล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อย โดยเป็นกลุ่มอาการไม่รุนแรงหายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ปี หรือ ตลอดชีวิต

1.7.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้ผลไม่ตีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ

การรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.7.4 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษานี้เป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากอาการผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาด้านสังคม ก็ยังคงอยู่ เช่น หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น การทำหน้าที่เป็นภาวะที่ผู้มีการพร่องในด้านต่างๆซึ่งการรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยนั้นเป็นปัญหา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึง ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่นิยมใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัด ชนิด ประคับประคองผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psycho education or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่า เป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษตนเอง บางครอบครัว ใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานาน ในแต่ละวัน ซึ่งอาจกดดันผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจึงช่วยได้

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยโดย ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาปรึกษาให้ คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยนั้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติมากที่สุด นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังและอาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการทำหน้าที่และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนให้ได้เป็นอย่างดีให้มากที่สุด

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด ในบรรดาผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะที่เรื้อรัง มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม ปัญหาที่สำคัญ คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดการดูแลตนเอง (Mcbride and Austin, 1996) ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชนี้จำเป็นต้องครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.8.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.8.1.1 การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของ พฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1) การประเมินสภาพด้านร่างกายว่าผู้ป่วยนั้นมีความสะอาดของร่างกาย และสุขภาพอนามัย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ ดูแลตนเองไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยนั้นดูแลร่างกาย บางคนไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร บางคนไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพบกพร่อง พยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินให้ได้ (สุนี เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

2) การประเมินทางด้านความคิดสิ่งที่พยาบาลควรกระทำ คือ การหา ความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนาทำให้ทราบถึงความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ทาง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงและส่งเสริมความจริง (สุนี เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอน เกิดขึ้นบ้างไหมและเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

4) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหา

ข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

5) ด้านจิตใจ อารมณ์ อารมณ์ที่ผิดปกติชัดเจนคืออารมณ์เรียวเฉย ซึ่งแสดงออกทางใบหน้า ไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ ส่งเสริมการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม (Won et al., 2012)

1.8.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มักมีลักษณะดังนี้

- 1) ร่างกายสทปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาหารหลงผิดและประสาทหลอน
- 4) พฤติกรรมดกถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.8.1.3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.8.1.3.1 การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น

- 1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

2) การดูแลสภาพร่างกายได้รับ อาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง และปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

5) การพัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

6) พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในแง่ดี

1.8.1.3.2 การวางแผนการพยาบาลระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานยา การมีกิจกรรมต่างๆโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน

2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัว และในสังคม อย่างเหมาะสม

3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

1.8.1.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.8.2 การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมคูลด้านชีวิวิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.8.3 การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดด้านชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับทำงานได้ปกติ

1.8.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.8.4.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ดังนี้

1) ผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลที่เจ็บป่วย ผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่ามีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพการรับรู้ อารมณ์พฤติกรรม และมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจะถูกครอบงำความคิด และพฤติกรรมทั้งหมด อีกทั้งมีการตีความต้องการด้วยอาการหลงผิดต่างๆที่ทำให้เกิดความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่นตามมาได้ (Trygstad et al., 2002) นอกจากนั้นยังเกิดการเสียสมาธิ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานการทำการกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน (Buccheri et al., 1996) ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ในตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลจึงเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเกือบทุกคน ปัญหาที่ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อนในการดูแล และชุมชนก็เดือดร้อนจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ไม่สะอาด (พรดุสิต คำมีสินนท์, 2550) นอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอันเกิดจากสุขภาพอนามัยที่บกพร่องการดูแลตนเองไม่เต็มที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ อาจรู้สึกที่ไม่ถูกยอมรับจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้นรู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดด้านลบกับตนเอง ขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ไร้ความสามารถ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (บุญพาณ นคร, 2538)

2) ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว การรักษาปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนให้ได้มากที่สุด โดยการรักษาพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้ป่วยนอกมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคมเดิมแต่ครอบครัวและสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มักมีความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและต่อตัวผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อบูรณาการทางสังคมของผู้ป่วย การที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายๆ ด้านโดยเฉพาะอย่าง

ยิ่งด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย การดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การปรับตัวระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังและใช้ระยะเวลาในการปรนนิบัติดูแลอย่างยาวนาน ญาติได้ประสบปัญหาหลายประการด้วยกัน เช่นปัญหาทางเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและมีต้นทุนเรื่องเวลาในการดูแล การรักษาโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง ญาติเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ญาติบางรายต้องจดทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้พิการทางจิตเพื่อลดค่าใช้จ่าย ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางคนไม่เข้าใจผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรม ต่ำหนิ ว่ากล่าว ข่มขู่ ผู้ดูแลต้องคอยแก้ไขปัญหายอยู่เสมอ ปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยมีทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวและเก็บตัว แจกสิ่งของเงินทองให้ผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการป่วย พฤติกรรมผู้ป่วยล้วนมีผลต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น และการสูญเสียการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระส่วนตัวของผู้ดูแล เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2548) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ส่วนใหญ่คือประมาณ 2 ใน 3 มักมีอาการกำเริบจนกลับป่วยซ้ำ (relapse) และต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลใหม่เป็นระยะๆ ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล (caregiver) โดยผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยหลายด้าน สอดคล้องกับ บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวานา สวลักษณ์ (2546) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ยังมีอาการและอาการแสดงคงเหลืออยู่และมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่อง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ อีกทั้งทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ (burden) รู้สึกตึงเครียด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างไป มีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารี สาลิกา, 2543) ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงลดลง ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำทำให้ผู้ดูแลเสียค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น จากค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงเป็นภาระหนักและยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง หรือต่ำ ดังเช่น การศึกษา ของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) ศึกษาเรื่อง การรักษาพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆลดลง และหลายครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ

3) ผลกระทบที่มีต่อสังคม ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งจากผู้ป่วยเอง กล่าวคือ จากอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดลอม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ส่วนในด้านทางสังคมจากอาการทางจิตและสุขวิทยาที่บกพร่องเป็นผลให้คนในชุมชน มักจะเลียงที่จะพบผะพุดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้นในด้านสังคมจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้ง หรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง ยิ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทักษะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง

1.9 อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.9.1 ความหมาย

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมาย อาการทางด้านลบเป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกจากผลของอารมณ์นั้นอย่างจำกัด เช่นอารมณ์ที่เรียบเฉย การพูดและการคิดทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง

มาโนชหล่อ ตระกูล (2551) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการที่มักพบหลังจากผู้ป่วยจิตเภทป่วยมานานหลายปีหลังจากที่ระยะทุเลาลงแล้ว โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด หรือขาดความกระตือรือร้น โดยผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่ยุ่งกับใคร นิสัยที่เปลี่ยนไป เก็บตัวอยู่เฉยๆ แยกตัวไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมสนุกสนาน หรือเป็นคนขี้เกียจ

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ หมายถึง การแสดงการตอบสนองอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4) การแยกตัวจากสังคม คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์พบกับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการกระทำ

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ คือ การมีคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้น จากภายใน การระมัดระวังตนหรือบกพร่องของการรับรู้ การแสดงออกโดยกระแสดำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว คือ การคิดที่ขาดความสั้นไหลความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและยืดหยุ่น ซึ่งมีการแสดงออกการคิดตายตัว คิดซ้ำซาก หรือความคิดที่ว่างเปล่าไม่มีเนื้อหา

จากความหมายของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสรุปได้ว่า อาการทางลบเป็นอาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ เป็นลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย ความคิดและการพูดที่ช้าลง มีพฤติกรรมการแสดงออกลดลงขาดความกระตือรือร้น ขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยนั้นขาดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่

1.10 ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายแนวคิดที่อธิบายปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดังต่อไปนี้

American Psychiatric Association (2000) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบมี การแสดงออกทางอารมณ์จากผลของอารมณ์นั้นอย่างจำกัด เช่นอารมณ์ที่เรียบเฉย การพูดและการ คิดทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง การทำหน้าที่ลดลง

มาโนชหล่อ ตระกูล (2551) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทอาการทางลบเป็นอาการที่มักพบหลังจาก ผู้ป่วยจิตเภทป่วยมานานหลายปีหลังจากที่ระยะทุเลาลงแล้ว โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ แสดงออกทาง อารมณ์เรียบเฉย

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ และมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

- 1) การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ หมายถึง การแสดงการตอบสนองอารมณ์น้อยกว่า ปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรเป็น
- 2) การแยกตัวทางอารมณ์ คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มี ความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

ทูลภา บุปผาสังข์ (2545) ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทาง ลบ พบว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่นโดยผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมักจะ แสดงออกทางอารมณ์น้อย เช่น อารมณ์เฉยเมย เฉื่อยชา ซึมลง ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว และอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย แสดงออกลดลงขาด ความกระตือรือร้น เกิดปัญหาขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและชุมชน อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยนั้นขาด ทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเกิดความบกพร่องสอดคล้องกับ การศึกษาของ Milev et al. (2005) กล่าวว่า อาการทางด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นตัวทำนาย การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

2.1 ความหมายของการทำหน้าที่

Sarawat et al., (2006) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยหลัก 2 ส่วน 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2) ความสามารถในการจัดการตนเอง โดยใช้การสื่อสารและทักษะทางสังคมเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน

Rosen et al. (1989) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการทำกิจกรรมโดยการจัดการกับแรงกดดันของสิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสมในด้าน การดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม การติดต่อทางสังคม การสื่อสาร การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

Goodman (1993) และ ไพฑูรย์ และคณะ (2557) การทำหน้าที่ คือ ความสามารถของบุคคลในกระทำในความรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่างให้แก่ตนเองและผู้อื่นในด้านการทำงาน การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคมโดยทั้งได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างโดยอิสระ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำงาน พบว่าผู้ป่วยมีการว่างงานสูงจากการศึกษาการมีงานทำในผู้ป่วยจิตเภท 731 คน ผู้ป่วยจิตเภทว่างงานมากถึง 513 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีงานทำ (Thornicroft et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Perioliotasa, Gramholm and Patterson (2004) การว่างงานในผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มมาก

2) การดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านชีวิตประจำวัน (Sadock and Sadock, 2002) ไม่อาบน้ำ ไม่รับประทานอาหารเช้า การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหารเช้า ไม่นอนในเวลากลางคืน (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3) การทำหน้าที่ทางสังคม โดยสร้างสัมพันธภาพกับระหว่างครอบครัวและผู้อื่น โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมักจะ แสดงออกทางอารมณ์น้อย เช่น เฉื่อยชา ซึมลง แยกตัว และอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) และการสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายสังคม ในด้านความสามารถในการปรับตัวเข้าสังคม มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ มีปัญหาทางด้านการ

สื่อสารกับผู้อื่น พุดจาสับสน ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (วาสนา ปานทอง, 2545, ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

สรุปการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถของบุคคลในกระทำในความรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่างให้แก่ตนเองและผู้อื่นในด้านการทำงาน การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคมโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่นและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเครือข่ายทางสังคมโดยทั้งได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างโดยอิสระการพึ่งพาตนเองและมีสัมพันธ์ภาพกับ เพื่อน ครอบครัว และชุมชน

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังต่อไปนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

เพศ อธิบายว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนซึ่งทำให้การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันโดยพบว่าเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ที่ดีกว่าเพศชาย(Bozikas et al.,2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ran et al. (2010) ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มสูงอายุชนบทของประเทศจีน มีการทำงานต่ำจากผลการศึกษาพบว่าเพศชายจะมีหน้าที่ในการทำงานต่ำกว่าเพศหญิง

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทโดยมากมักเคยเป็นผู้ป่วยในอยู่ระยะหนึ่งบางคนอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลาหลายปี การศึกษาระยะยาวได้มีการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ออกจากโรงพยาบาลโดยติดตามมากที่สุด 45 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าจำทำหน้าที่ได้แย่ โดยการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเข้าสังคมได้แย่กว่า (Harvey et al., 2010)

จำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยิ่งมากจะมีการทำหน้าที่ได้ลดลง (Brier et al., 1991)

ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Alen et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชนชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 70% ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐาน

ได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยา พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการทำงาน โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 มีโอกาสทำงานหรือได้เรียนเต็มเวลา ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เต็มวัน นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เล็กน้อยที่มีครอบครัว และมักจบลงด้วยการหย่าร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิต และเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวทางสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ตามการศึกษาของ (Kee et al., 2003) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับกระบวนการด้านอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าในการศึกษาแบบ Cross-Section Correlation พบว่าการรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ในด้านการงานและการอาศัยโดยพึ่งพาตนเอง ($r = 0.36, p = 0.002$) และพบว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้อารมณ์อย่างเหมาะสมจะทำให้การทำงานของผู้ป่วยและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การทำนายในระยะยาวที่มีความสัมพันธ์พบว่าการทำหน้าที่ในด้านการงานและการเป็นอยู่โดยพึ่งพาตนเองสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยเช่นกัน ($r = 0.41, p = 0.0004$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Brekke et al., 2005) ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ตามนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้อารมณ์ในระยะเริ่มต้น ($r = .35, p < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .30, p < .01$) หน้าที่ในด้านการงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .22, p < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .27, p < .01$) การทำหน้าที่ในด้านสังคม คือ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่นและการสร้างสัมพันธภาพเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .25, p < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .18, p < .01$) หน้าที่ในด้านการอาศัยโดยพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ตามนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเริ่มต้น ($r = .31, p < .01$) และใน 12 เดือน ($r = .26, p < .01$) ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นหมายถึง การรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องคือ การขาดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่มีความรู้สึก ไม่ทำงานและไม่มีการตอบสนองด้านอารมณ์ (Won et al., 2012) มีความผิดปกติการรับรู้ทางอารมณ์ทางใบหน้า ทางเสียงหรือการพูด มีอารมณ์

พฤติกรรมที่ผิดปกติเฉยเมย ละเลย ไม่มีความสนใจในสิ่งรอบตัวทำให้การทํากิจกรรมช้ากว่าปกติ และขาดความสนใจในการสื่อสารที่ดี (Lieberman, 1998)

ในสมมุติฐานการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติในด้านการรู้คิดทางสังคม อาจจะพบผู้ป่วยจิตเภทจะมีความจำเพาะเจาะจงที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางกระบวนการด้านการจัดการทางอารมณ์ ซึ่งจะรวมไปถึงการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (Browne et al., 2016) การรู้คิดทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมอง ทำให้พบความบกพร่องของ การรับรู้อารมณ์แสดงออกทางใบหน้า เสียง และประสบการณ์การยับยั้งอารมณ์ที่บกพร่อง ประสบการณ์การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท (Green, Horan and Lee, 2015) พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการจำได้และการแสดงอารมณ์ออกทางใบหน้า (Bora and Pantelis, 2016) การจดจำได้และการแสดงอารมณ์ออกทางใบหน้า เช่น ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว นำรังเกียจ ที่บกพร่องความมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการทางลบ คือ การแสดงออกไร้อารมณ์ ($r = -0.57$) ไม่พูด ($r = -0.72$) ขาดแรงจูงใจ ($r = -0.49$) ไม่อยากทํากิจกรรม ($r = -0.47$) (Kohler et al., 2003) ยังพบอีกว่าการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Couture et al., 2006) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้นมีส่งผลต่อกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น (Penn et al., 1997) ทำนายผลลัพธ์ที่ดีและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Sullivan et al., 1990)

ดังนั้นสรุป ได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งในการเข้ารักษาในโรงพยาบาล อาการทางบวกและอาการทางลบ และปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์ตามนัยสำคัญทางสถิติและทำนายความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการทำนายหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จากกรทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายชนิด ตัวอย่าง

2.3.1 The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้การวัด (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อซึ่งได้แบ่งการทำหน้าที่ออกเป็น 5 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อสังคม 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 4 สามารถระดับและประเมินคะแนนดังนี้ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติน้อยกว่า 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติมาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ .088,0.85,0.79,0.67 และ 0.77

2.3.2 The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswat เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมและง่ายในการดำเนินการในคลินิกเป็นแบบวัดที่มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิตมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ 1 = ไม่บกพร่อง 2 = บกพร่องเล็กน้อย 3 = บกพร่องปานกลาง 4 = บกพร่องมาก 5 = บกพร่องมากที่สุดมีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และความตรงสูง ($r=0.70$)

2.3.3 Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย (Birchwood et al., 1990) SFS เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการประเมินผลการทำงานที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบทดสอบ SFS จะวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน พิสัยของ คะแนน 0- 3 คะแนน คือ

1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ
2. การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ
3. การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ
4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 15 ข้อ
5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ
6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ

7. การจ้างงาน/อาชีพ คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คำถาม โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผล มีค่าความเที่ยง 0.80 และ ค่าความตรง 0.94

2.3.4 The Role Functioning Scale (RFS) ตามแนวคิด Goodman et al.(1993) เป็นเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้านโดยวัด 1) ผลงานการทำงาน พิสัยของคะแนน 1-7 คะแนน 2) การอาศัยโดยการพึ่งพาตนเอง มีคำถามทั้งหมดข้อ 7 ข้อ พิสัยของคะแนน 1-7 คะแนน 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว มีคำถามทั้งหมดข้อ 7 ข้อ พิสัยของคะแนน 1-7 4) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับสังคม มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยคะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน ความค่าระดับความเที่ยง 0.80 และค่าความตรงของเครื่องมือ 0.94 โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ประเมิน

2.3.5 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) ซึ่งวัดfunctional ability assessment tool for chronic schizophrenic ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ใน 3 มิติ ได้แก่

1) การดูแลตนเอง (Self-care) พัฒนามาจากแนวคิดของ Mohoney and Barthel, (1965) ซึ่งใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรมในผู้สูงอายุ คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การแต่งตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ปรับ มีทั้งหมด 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำกิจกรรมให้ ระดับที่ 2 ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม ระดับที่ 3 ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ระดับที่ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้ด้วยตนเอง การดูแลตนเองประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 7ข้อ ได้แก่ 1) รับประทานอาหารและน้ำ 2) การนอน 3) การรักษาความสะอาดของร่างกาย 4) การขับถ่าย 5) การออกกำลังกาย 6) การเดินทาง 7) การจัดการทางการเงิน ค่าความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.959, 0.800 ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC .996, 1.000

2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) พัฒนามาจากทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตของกรมสุขภาพจิต, (2541) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ 1) ทักษะการสร้าง 2) ทักษะการสื่อสารบอก

ความต้องการ 3) ทักษะการตัดสินใจ 4) ทักษะการปฏิเสธ 5) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ระดับ 1-3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน แต่ นพ. ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) เห็นว่าไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการปรับเพิ่มความสามารถให้ผู้สัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งหมด 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำกิจกรรมให้ ระดับที่ 2 ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม ระดับที่ 3 ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ระดับที่ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้ด้วยตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคมประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 2 ข้อดังนี้ 1) การสื่อสารกับผู้อื่น 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยมีค่าสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.908 ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC 1.000

3) ความสามารถในการทำงาน (Task capacity) พัฒนามาจากประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบอาชีพของบุคคลแนวคิด The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) Karen and Sara (1975) ที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้ มี 3 องค์ประกอบ 1) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป ได้แก่ ลักษณะภายนอก พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย ระดับการทำงาน การแสดงความรู้สึก ความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลาหรือความใส่ใจ การรับรู้ความเป็นจริง และความคิดรอบยอด 2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเป็นอิสระ ความร่วมมือ การรักษาสีห์ การเข้าสังคม การเรียกร้องความสนใจ และการไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน ได้แก่ การร่วมกิจกรรม สมมติหรือความตั้งใจ สหสัมพันธ์ การทำงานตามขั้นตอน ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน การแก้ปัญหา การจัดระเบียบ ความซ้าซ้อน การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรม ความสนใจในผลสำเร็จของงาน การตัดสินใจ การอดทนต่อความคับข้องใจ ระดับคะแนนคือ 5 ระดับ คือ ปกติ บกพร่องเล็กน้อย บกพร่องปานกลาง บกพร่องมาก บกพร่องรุนแรง ซึ่ง ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) เห็นว่าค่อนข้างยากไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยทั่วกันโดยสะดวกจึงปรับปรุงดังนี้ 1) การเริ่มต้นการทำงาน 2) สมมติ 3) ปฏิสัมพันธ์ 4) ความเป็นอิสระ 5) การทำงานตามขั้นตอน 6) ความละเอียดเรียบร้อย 7) ความรับผิดชอบ มีทั้งหมด 4 ระดับดังนี้ ระดับที่ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำกิจกรรมให้ ระดับที่ 2 ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม ระดับที่ 3 ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ระดับที่ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้

ด้วยตนเองค่าสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.987 ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC 1.000

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รวมทั้งหมด 16 ข้อ และ แปลคะแนนโดย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีทักษะการทำหน้าที่มาก ส่วนค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีทักษะการทำหน้าที่น้อย

เครื่องมือต้นฉบับมีการแบ่งระดับคะแนน และแปลผล ดังนี้

คะแนน 43-64 คะแนนถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่มาก

คะแนน 21-42 คะแนนถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่ปานกลาง

คะแนน 0-20 คะแนน ถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่น้อย

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแนวคิดพัฒนาโดย ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) ตาม functional ability assessment tool for chronic schizophrenic ซึ่งเหมาะสมสำหรับบริบทในประเทศไทย และผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ ให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยเลือกมา ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ 1) การดูแลตนเอง 2) การทำหน้าที่ทางสังคม 3) ความสามารถในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Goodman et al.(1993) ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1) การดูแลตนเองซึ่งมีความสอดคล้องกับการพึ่งพาตนเอง องค์ประกอบที่ 2) การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสอดคล้องกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และการสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายทางสังคม องค์ประกอบที่ 3) ความสามารถในการทำงานมีความสอดคล้องกับด้านการทำงาน และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยเนื่องจากมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการวิเคราะห์ พบว่า เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคุณสมบัติเพียงพอที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน โดยรวมร้อยละ 49 รองลงมา ร้อยละ 42.2 ไม่พบมีทักษะการทำหน้าที่น้อย (ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ (Emotion Management)

3.1 ความหมายของการจัดการทางอารมณ์

Won et al. (2012) ได้อธิบายการจัดการทางอารมณ์เป็นผลมาจากการจัดการการแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้อารมณ์ พฤติกรรมทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วัตถุประสงค์มุ่งเน้นให้ผู้ช่วยมีทักษะในการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสมและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติมากที่สุด

3.2 รูปแบบการจัดการทางอารมณ์ รูปแบบการจัดการทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Won et al. (2012) โดเน้นการฝึกทักษะการจัดการทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทรายการกลุ่ม

3.2.1 สร้างสัมพันธ์ภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training) โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

3.2.1.1 สร้างสัมพันธ์ภาพและเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์

3.2.1.2 ระบุปัญหาทางอารมณ์

3.2.2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training) โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

3.2.2.1 ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้า และ ท่าทาง

3.2.2.2 ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา

3.2.3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

3.2.3.1 การปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกออกมา

3.2.3.2 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ

3.2.4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

3.2.4.1 ฝึกการตระหนักรู้ในตนเองและค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์

3.2.4.2 ฝึกทักษะการเผชิญ กับความรู้สึกทางลบ

4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

ในงานวิจัยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ Emotion Management Program ของ (Won et al., 2012) Emotion Management Program ซึ่งประกอบด้วยหลักการบำบัด 4 ประการ คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training) 2) ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training) 3) ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) และ 4) ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) ของผู้ป่วยจิตเภทรายการกลุ่มประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ 2) ระบุปัญหาทางอารมณ์ 3) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง 4) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา 5) การปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกออกมา 6) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ 7) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเองและการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ 8) ฝึกทักษะการเผชิญกับความรู้สึกด้านลบ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ขึ้น โดยประยุกต์ให้ตรงตามสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จนทำให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรมหลัก โดยรวมกิจกรรมซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กับ 2 กิจกรรมที่ 3 กับ 4 กิจกรรมที่ 5 กับ 6 และกิจกรรมที่ 7 กับ 8 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 4 กิจกรรมหลัก 8 กิจกรรมย่อย 1 กิจกรรมใช้ครั้งละเวลาประมาณ 90 นาที มีทั้งหมด 4 กิจกรรมใหญ่ มีรายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรมที่ปรับปรุงและใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยทุกกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการที่ได้กลับไปอยู่ในสังคมและใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเหล่านี้ โดยพัฒนาโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมในโปรแกรมการ จัดการอารมณ์	แนวคิดหลัก (Won et al.,2012)	การพัฒนา
<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)</p>	<p>-การสร้างสัมพันธภาพและฝึก การรับรู้อารมณ์ตนเอง พัฒนา มาจากแนวคิด Lee et al.,(2004) แล้วมาปรับให้เข้า กับบริบทของสังคมผู้ป่วยจิต เภทชุมชนในเกาหลีโดย Won et al.,(2012)</p>	<p>-การสร้างสัมพันธภาพและฝึก การรับรู้อารมณ์ตนเอง ตาม แนวคิดของ Won et al., (2012)</p> <p>-ผู้วิจัยได้เพิ่มการให้ความรู้และ ทบทวนความหมายของอารมณ์ ให้เหมาะสมกับเนื้อหาและ ระยะเวลาดำเนินการ และเพิ่ม เนื้อหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภท ตามแนวคิดของ Goodman, (1993) ด้านการ ทำงาน ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านสัมพันธภาพระหว่าง ครอบครัวและผู้อื่น</p> <p>-ผู้วิจัยได้เพิ่มร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันกับพยาบาลอธิบาย การระบุปัญหาทางอารมณ์ที่ ถูกต้องให้สมาชิกในกลุ่มทราบ เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่ม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมากขึ้น</p>

กิจกรรมในโปรแกรมการ จัดการอารมณ์	แนวคิดหลัก (Won et al.,2012)	การพัฒนา
<p>กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการ แสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)</p>	<p>-ฝึกทักษะการแสดงออกทาง อารมณ์(Emotion expression training) พัฒนามาจากแนวคิด Lee et al.,(2004) แล้วมาปรับ ให้เข้ากับบริบทของสังคมผู้ป่วย จิตเภทชุมชนในเกาหลีโดย Won et al.,(2012)</p>	<p>-ฝึกทักษะการแสดงออกทาง อารมณ์(Emotion expression training) พัฒนามาจากแนวคิด Won et al., (2012) -ผู้วิจัยได้เพิ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันกับพยาบาลอธิบายการ แสดงอารมณ์ผ่านทางใบหน้าและ ท่าทางการแสดงออกทางอารมณ์ และภาษา/ ทักษะการสื่อสาร ตัวอย่าง ใบหน้า อารมณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับประโยชน์</p>
<p>กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้ อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)</p>	<p>-ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ใน สถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) พัฒนา มาจาแนวคิด Lee et al.,(2004) แล้วมาปรับให้เข้า กับบริบทของสังคมผู้ป่วยชุมชน ในเกาหลีโดย Won et al.,(2012)</p>	<p>-ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ใน สถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) ตาม แนวคิด Won et al.,(2012) -ผู้วิจัยได้เพิ่ม อธิบายการแสดง อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ และมี ตัวอย่างเหตุการณ์สมมติให้ผู้ป่วยได้ ฝึกทักษะ พยาบาลอธิบายการ ปรับตัวเข้าสังคม และความคาดหวัง ในชีวิต สบายและเปิดโอกาสให้สมาชิก ในกลุ่มได้ซักถามพยาบาล พร้อมทั้ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อสั่ง</p>

กิจกรรมในโปรแกรมการ จัดการอารมณ์	แนวคิดหลัก (Won et al.,2012)	การพัฒนา
กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุม อารมณ์ (Emotion control training)	-ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) พัฒนามาจากแนวคิด Lee et al.,(2004) แล้วมาปรับให้เข้า กับบริบทของสังคมผู้ป่วยชุมชน ในเกาหลีโดย Won et al.,(2012)	-ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) ตามแนวคิด Won et al.,(2012) -ผู้วิจัยเพิ่มเติม ทักษะทางสังคม เน้นการควบคุมอารมณ์ ระบบ สนับสนุนทางสังคม และ เครือข่ายทางสังคม สรุปข้อที่ สมาชิกทำได้ดีและถูกต้อง อธิบาย และให้กำลังใจในส่วนที่ผิดพลาด และพร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องคืน กลับสู่สมาชิก อันส่งผลต่อการทำ หน้าที่ทางสังคมต่อไป เพื่อให้ สอดคล้องกับปัญหาทางวิจัยที่ ต้องการทราบผล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัชชฎา คมขำ (2555) ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มี

ทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 40 คน จับฉลากแบ่งกลุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ประกอบกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะ ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมความเข้มแข็งของร่างกาย การบริหารการเงินและเวลา การสื่อสาร และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Jaracz et al. (2007) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งติดตามเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 74 คน เป็นชาย 46 คน และหญิง 28 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้มีสุขภาพดี เพศชาย 52 คน และเพศหญิง 34 คน มีการติดตามการทำหน้าที่ใน 3 ช่วงเวลา คือ 1 เดือน (T1), 13 เดือน (T2) และ 4 - 6 ปี (T3) หลังจากการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้เครื่องมือวัดทางจิตเวช คือ Social Functioning Scale (SFS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment Scale (GAS) และ Socio-demographic questionnaire ผลของการศึกษาพบว่า คะแนน SFS ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาต่างๆ (T1 - 103.5; T2 - 104.4; T3 - 107.0) จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ 117.0 ($p < 0.001$) การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมาจากอาการของโรค และจะดีขึ้นได้ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพศหญิง ระดับการศึกษา การทำหน้าที่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่า จะเป็นตัวทำนายที่สำคัญ ถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Ran et al. (2010) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพรัองในการทำหน้าที่ด้านการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทในชนบทจีน เป็นการศึกษาในระยะยาวใช้เวลา 10 ปี (1994-2004) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของประเทศจีนจำนวน 510 คน ผลการศึกษา พบว่าอัตราการ

ว่างงานเพิ่มจาก 12% ในปี 1994 เป็น 23% ในปี 2004 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำงานแบบเต็มเวลา หรือมีความสามารถในการทำงาน 27.3% ซึ่งมีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ผลการวิเคราะห์พบว่า การพร่องในการทำหน้าที่ด้านกรงาน มีความสัมพันธ์กับ 12 ปัจจัย คือ เพศชาย วัยสูงอายุ อายุเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรก ระดับการศึกษาสูง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดผู้ดูแล สถานะทางการงาน ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม หรือไม่มีบ้าน ค่าคะแนน Social Disability Screening Schedule ที่สูง มีอาการทางจิต ไม่เคยได้รับยาทางจิต

Won et al. (2012) ได้ศึกษา Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia ในประเทศเกาหลี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย 52 คนซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จากสถาบันสุขภาพจิตชุมชนในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ของกลุ่มทดลองมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการทางอารมณ์ Won et al. (2012) ซึ่งมีรูปแบบการกระบวนกรกลุ่มที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีทักษะในการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสมในด้านแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้อารมณ์ พฤติกรรมทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรมหลัก 8 กิจกรรมย่อย แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 90 นาที โดยทุกกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการที่ได้กลับไปอยู่ในสังคมและใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเหล่านี้
ดังนี้

โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

ตามแนวคิดของ Won et al. (2012) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง

(Emotion perception training)

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอารมณ์ทางลบ
- 1.2 ระบุปัญหาทางอารมณ์โดย การเรียนรู้อารมณ์จากคำ

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์

(Emotion expression training)

- 2.1 ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง
- 2.2 ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา

กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ

(Emotion application training)

- 3.1 การปลดปล่อยอารมณ์ ความรู้สึกออกมา
- 3.2 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์

(Emotion control training)

- 4.1 ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์
- 4.2 ฝึกทักษะการเผชิญกับความรู้สึกทางลบ

การทำหน้าที่

Goodman
(1993)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) (Burns & Glove,2005) มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- โดย X หมายถึง โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
- O1 หมายถึง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
- O2 หมายถึง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
- O3 หมายถึง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 และเป็นผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนเข้ารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 40 คน โดยได้รับจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD 10

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้เกณฑ์โดยคะแนนอาการทางด้านลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีคะแนนอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก) จากแบบประเมินอาการทางลบของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม. ป. ป.) แปลมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)

3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

4. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

2. มีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองตามการศึกษาของ Won et al. (2012) Effect of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 81.9% และมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 18.07% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .01$ พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 18 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 36 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out 10% คำนวณโดย $30 + 4$ ซึ่งผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการทั้งหมด 40 คน (กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับการจับคู่ เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย (Bozikas et al., 2006) และปัจจัยของจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้นการทำหน้าที่ได้น้อยลง (Brier et al., 1991) แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับแพทย์หัวหน้าฝ่ายจิตเวชทำการศึกษาประวัติจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก และคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการที่โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้โดยเริ่มจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของผู้ป่วยจิตเภท ทีละ 1 คู่ ในช่วงเช้า เวลา 08.00-10.30 น. จับคู่ 10 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. จับคู่ 10 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยจากการจับคู่ (Matched-pair) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทีละ 1 คู่ ในช่วงเช้า เวลา 08.00-10.30 น. จับคู่ 10 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. จับคู่ 10 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน

(ดังตารางที่ 1)

3. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม หลังคัดเลือกผู้ป่วยจิตแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งทำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ ณ ห้องประชุมแผนกจิตเวช โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบประเมิน และให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบประเมิน โดยมีพยาบาลประจำ รพ.สต.เป็นผู้ประเมิน และในวันต่อมาผู้วิจัยพบผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง หลังจากคัดเลือกแล้ว และผู้ป่วยจิตเภทยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งทำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ในลักษณะเหมือนกันกับกลุ่มควบคุม

4.ในการดำเนินการทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มเช้า เวลา 10.00-11.30 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. และให้ผู้ป่วยเลือกช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 2 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัย นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ กลุ่มเช้า และกลุ่มบ่าย ห้องประชุมแผนกจิตเวช ส่วนในกลุ่ม ควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ คนละช่วงวันกับกลุ่มควบคุม กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย ณ ห้องประชุมแผนกจิตเวช

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลำดับคู่	เพศผู้ป่วยจิตเวช		จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	1	1
2	หญิง	หญิง	2	2
3	หญิง	หญิง	3	3
4	หญิง	หญิง	5	5
5	หญิง	หญิง	2	2
6	หญิง	หญิง	2	2
7	หญิง	หญิง	1	1
8	หญิง	หญิง	2	2
9	หญิง	หญิง	2	2
10	หญิง	หญิง	4	4
11	หญิง	หญิง	2	2
12	ชาย	ชาย	1	1
13	ชาย	ชาย	4	4
14	ชาย	ชาย	2	2

ลำดับคู่	เพศผู้ป่วยจิตเวช		จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
15	ชาย	ชาย	2	2
16	ชาย	ชาย	5	5
17	ชาย	ชาย	3	3
18	ชาย	ชาย	2	2
19	ชาย	ชาย	4	4
20	ชาย	ชาย	5	5

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 หมายเลขรับรอง Nq00761

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
 - 1.2 แบบวัดอาการทางลบ
 - 1.3 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง
 - 2.1 โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง
 - 3.1 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท

การสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
 - 1.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เพศ อายุ สถานะภาพทาสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (Cha, 2009 ; Lee, 2003; Park, 2007)
 - 1.2 แบบวัดอาการทางลบ
 - 1.2.1 แบบวัดอาการทางลบจากการศึกษาของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ได้รับการปรับปรุงแบบอาการทางลบในเนื้อหาโครงสร้างของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.)แปลและสร้างขึ้นมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) มีการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ จำแนกเป็นลักษณะการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) จำนวน 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) จำนวน 2 ข้อ สัมพันธภาพบกพร่อง (Poor rapport) จำนวน 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) จำนวน 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) จำนวน 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ จำนวน 2 ข้อ (Lack of spontaneity and flow of conversation) การคิดตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Stereotyped thinking)

จำนวน 1 ข้อ ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากเครื่องมือการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .82

1.3 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่

1.3.1 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาโดย ไพฑูรย์ สมุทร์สินธุ์ และคณะ (2557) ซึ่งวัด Functional ability assessment tool for chronic schizophrenic ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ใน 3 มิติ

1) การดูแลตนเอง พัฒนามาจากแนวคิดของ Mohoney and Barthel, (1965) ซึ่งใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรมในผู้สูงอายุ และปรับมีทั้งหมด 4 ระดับ การดูแลตนเองประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ 1) รับประทานอาหารและน้ำ 2) การนอน 3) การรักษาความสะอาดของร่างกาย 4) การขับถ่าย 5) การออกกำลังกาย 6) การเดินทาง 7) การจัดการทางการเงิน ค่าความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.959, 0.800 ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC .996, 1.000

2) การทำหน้าที่ทางสังคม พัฒนามาจากทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทแบบสั้น ของกรมสุขภาพจิต, (2541) การทำหน้าที่ทางสังคมประกอบไปด้วยคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) การสื่อสารกับผู้อื่น 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ค่าสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.908 และค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC 1.000

3) ความสามารถในการทำงาน พัฒนามาจากใช้ประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบอาชีพของบุคคลแนวคิด The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) Karen and Sara (1975) ที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่ง ไพฑูรย์ สมุทร์สินธุ์ และคณะ (2557)ปรับ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในเรื่อง 1) การเริ่มต้นการทำงาน 2) สมาธิ 3) ปฏิสัมพันธ์ 4) ความเป็นอิสระ 5) การทำงานตามขั้นตอน 6) ความละเอียดเรียบร้อย 7) ความรับผิดชอบ มีทั้งหมด 4 ระดับ ค่าสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.987 ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ ICC 1.000

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รวมทั้งหมด 16 ข้อมีการให้คะแนน และแปลคะแนนเป็น 3 ช่วง โดย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีทักษะการทำหน้าที่มาก ส่วน

ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีทักษะการทำหน้าที่น้อย แบบประเมินนี้ออกแบบให้ประเมินโดยพยาบาล วิชาชีพด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย

เครื่องมือต้นฉบับมีการแบ่งระดับคะแนน และแปลผล ดังนี้

คะแนน 43-64 คะแนนถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่มาก

คะแนน 21-42 คะแนนถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่ปานกลาง

คะแนน 0-20 คะแนน ถือว่า มีทักษะการทำหน้าที่น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยโดยนำเครื่องมือที่สร้างไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยการใช้สูตรการคำนวณดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร.)

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

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

ระดับ 1 ข้อที่ 1.1 หัวข้อ รับประทานอาหารและน้ำ ข้อ 1 ปรับจาก “ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง” เป็น “ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง มีท่าเลอะเทอะ”

ระดับ 2 ข้อที่ 1.1 หัวข้อ รับประทานอาหารและน้ำ ข้อ 1 ปรับจาก “ไม่สามารถปฏิบัติขั้นตอนอื่นๆ ได้นอกจากการรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง” เป็น “ไม่สามารถปฏิบัติขั้นตอนอื่นๆ ได้นอกจากการรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ทำเลอะเทอะ”

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำไปใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาผู้จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะการทำหน้าที่เหมือนกัน จากการบันทึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ขอนำเสนอผล 5 คนแรก ดังนี้ ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ .81 ,.85 ,.92 ,.93 และ .90 ตามลำดับ ซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ใช้สูตรการคำนวณดังนี้ แบบประเมินนี้ออกแบบให้ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึง จำนวนเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

2.เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

2.1. แนวทางปฏิบัติโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ สำหรับพยาบาล

โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ผู้วิจัยนำแนวคิด Won et al. (2012) เป็นการฝึกเสริมทักษะโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีทักษะในการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสมมาพัฒนา เป็นองค์ความรู้พัฒนาอารมณ์ให้มีความเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ถูกต้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทและการบำบัดด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2 พัฒนาโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

2.1.3 จัดทำคู่มือโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ 4 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)

1) โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ในเรื่องของความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ โดยใช้อุปกรณ์สาธิต คือบัตรคำ

2) ฝึกทักษะระบุปัญหาทางอารมณ์ โดยการเรียนรู้อารมณ์จากคำ

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)

1) โดยการฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง โดย

1.1) การสร้างแสดงอารมณ์ออกทางสีหน้า

1.2) การถ่ายอารมณ์ออกทางใบหน้า

1.3) การเล่าเรื่องการแสดงอารมณ์

2) โดยการฝึกทักษะระบุปัญหาทางอารมณ์โดย

2.1) การแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้การเขียนบรรยาย

2.2) การทำหน้ากากอารมณ์

3) การแลกเปลี่ยนความรู้สึกของอารมณ์ผ่านหน้ากาก

กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)

1) โดยการฝึกทักษะการปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา โดย

1.1) การสร้างสีหน้าโดยการแสดงออกผ่านตัวอักษร

2) การสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ โดยการ

2.1) การสร้างเรื่องราวการสร้างประโยชน์ของอารมณ์

2.2) การเคารพตนเองและปรับตัวเข้าสังคม

2.3) การระบุบทบาททางสังคม

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

1) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ โดย

1.1) การเสริมพลังด้านความคิด

1.2) แสดงประสบการณ์ทางความคิดและอารมณ์

2) ฝึกทักษะการเผชิญกับความรูสึกทางลบ โดยการ เข้าใจสิ่งกระตุ้นความรูสึก เศร้า กังวล โกรธ การตอบสนองกับพฤติกรรมตามอารมณ์ทางด้านลบ

2.1) เชื่อมโยงความคิดและสถานการณ์และให้ความรูสึกของผลกระทบด้านลบของความคิด

2.2) แบ่งปันวิธีการรับมือความรูสึกด้านลบพร้อมแบ่งปันประสบการณ์

และอธิบายการควบคุมอารมณ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติโปรแกรมจัดการทางอารมณ์ สำหรับพยาบาล ในการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมทักษะการทำหน้าที่ที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่องเพื่อผู้ป่วยนั้นใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติมากที่สุด

2.2 คู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางปฏิบัติการจัดการทางอารมณ์ สำหรับพยาบาล เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติโปรแกรมจัดการทางอารมณ์ ให้ไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยนำแนวคิด Won et al. (2012) เป็นการฝึกเสริมทักษะโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีทักษะในการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสมมาพัฒนา เป็นองค์ความรู้พัฒนาอารมณ์ให้มีความเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่ถูกต้อง โดยมีการติดตามทักษะการทำหน้าที่การใช้โปรแกรมจัดการทางอารมณ์หลังเสร็จกิจกรรมที่ 4 อีก 1 สัปดาห์โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามคู่มือการใช้การส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางผู้ป่วยจิตเภท ในการเพิ่มทักษะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ปัญหาทางอารมณ์ อารมณ์ที่แสดงออก (Affect) อารมณ์ที่ใช้บ่อยในชีวิตประจำวัน ทักษะการสื่อสาร การแสดงอารมณ์ในชีวิตประจำวัน การปรับตัวเข้าสังคมและความคาดหวังในชีวิต ทักษะทางสังคมเน้นการควบคุมอารมณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองโปรแกรมจัดการทางอารมณ์ ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือทั้ง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตผู้ใหญ่ 4 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหา ครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือทั้ง ดังกล่าว ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมี ดังนี้

แนวทางปฏิบัติโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์สำหรับพยาบาล

กระบวนการและเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์สำหรับพยาบาล เนื้อหาค่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ ละเอียด และอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

คู่มือการใช้การส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เนื้อหากิจกรรมมีภาษาอังกฤษเยอะ ให้ผู้วิจัยตัดออกใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อรูปภาพที่ดราม่ามีชื่อเสียง ให้เปลี่ยนรูปสื่อจากดราม่าให้เป็นรูปอื่น กลัวในเรื่องการละเมิดสิทธิ์ตามกฎหมาย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท

3.1.1 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท Berkely Expressivity Questionnaire (BEQ) สร้างโดย Gross & John (1997) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีทั้งหมด 16 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน 1) สร้างอารมณ์ด้านลบ 2) สร้างอารมณ์ด้านบวก 3) สร้างพลังแรงกระตุ้น คิดคะแนนโดยนำทั้ง 3 ด้านมารวมกัน และต่อมานำมาปรับใช้โดย Won el at (2012) เครื่องมือใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 คือการสร้างอารมณ์ด้านบวก ซึ่งรวมคะแนนด้านสร้างอารมณ์ด้านบวกและสร้างแรงกระตุ้นไว้ด้วยกันเพื่อความสะดวก ด้านที่ 2 การสร้างอารมณ์ด้านลบ การคิดคะแนน โดยการนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน แล้วแปลผล คะแนนสูง หมายถึง

ผู้ปวยมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง แปลความหมายทิศทางที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ปวยมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์น้อย แปลความหมายทิศทางที่แย่ง แปลโดยวิธี Back-Translation โดยนำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ปวยจิตเภทนำเสนอให้สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อแปลแบบ Back-Translation เป็นระยะเวลา 2 เดือน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ปวยจิตเภทที่แปลจากภาษาอังกฤษ เป็น ภาษาไทย และจากภาษาไทย เป็นภาษาอังกฤษ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมและพัฒนาให้สอดคล้องกับผู้ปวยจิตเภทในบริบทไทย

ผู้วิจัยประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ปวยจิตเภท โดยอาศัยการสัมภาษณ์จากผู้ปวยโดยตรงแล้วให้คะแนนตามที่กำหนด ดังนี้ 1,2,4,5,6,7,10,11,12,13,14,15,16 เป็นคะแนนด้านการสร้างอารมณ์ด้านบวก ให้คะแนนดังนี้

1	หมายถึง	ไม่ด้วยอย่างมากที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
4	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	4	คะแนน
5	หมายถึง	เห็นด้วย	ให้คะแนน	5	คะแนน
6	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน	6	คะแนน
7	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	ให้คะแนน	7	คะแนน

ผู้วิจัยประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ปวยจิตเภท โดยอาศัยการสัมภาษณ์จากผู้ปวยโดยตรงแล้วให้คะแนนตามที่กำหนด ดังนี้ 3,8,9 ให้คะแนนย้อนกลับดังนี้ การสร้างอารมณ์ด้านลบ ให้คะแนนดังนี้

1	หมายถึง	ไม่ด้วยอย่างมากที่สุด	ให้คะแนน	7	คะแนน
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน	6	คะแนน
3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	5	คะแนน
4	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	4	คะแนน
5	หมายถึง	เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
6	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
7	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

จากนั้นคิดคะแนนรวมทั้งหมด 16 ข้อ และแปลคะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย
 คะแนน 91-112 คะแนน ถือว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมาก
 คะแนน 68-90 คะแนน ถือว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง
 คะแนน 25-67 คะแนน ถือว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
 คะแนน 22-44 คะแนน ถือว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย
 คะแนน 0-21 คะแนน ถือว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยมาก

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์กำหนดว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ กลุ่มทดลองต้องมีคะแนนประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับเกณฑ์ มีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง 25-67 คะแนน ของ Won et al (2012) คะแนนแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทต้องอยู่ในระดับมีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลางขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังทำโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับมากกว่า 25 คะแนน (ดังในตารางที่ 3) ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทผ่านเกณฑ์ทั้ง 20 คนคิดเป็นร้อยละ 100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ 4 ท่าน (ภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนเนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI)โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จากการคำนวณพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ.82 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. หาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ปรับปรุงแก้ไข เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient โดยกำหนดค่าที่ ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป จากการคำนวณพบว่า มีค่า Cronbach' Alpha เท่ากับ .83

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมการในกลุ่มควบคุม

1.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินการไปอย่าง ถูกต้องและครอบคลุม ร่วมกับการเข้าศึกษาโดยลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยและรายวิชาการประเมินสุขภาพจิตขั้นสูงจำนวน 3 หน่วยกิจ

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้างรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าคลินิกจิตเวช เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างและ ใช้แบบประเมินอาการทางลบเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มโดยการจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.1.4 เตรียมผู้ป่วยจิตเภทในการใช้แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่นัดหมายผู้ป่วย ก่อนดำเนินการทดลอง 1 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามข้อสงสัย สามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

1.2 การเตรียมการในกลุ่มทดลอง

1.2.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ เทคนิคการใช้กลุ่มบำบัด คำแนะนำจาก อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2.2 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการ ใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ โดยมีการฝึกทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเภท โดยพยาบาลผู้ ปฏิบัติการพยาบาลชำนาญการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นผู้ให้คำแนะนำ

1.2.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการ ศึกษา

1.2.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับแพทย์และ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำ เรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการ ทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.2.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.2.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มี คุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากกว่า 10 ปี เพื่อช่วย ในการประเมินทักษะในการทำหน้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการเตรียมความรู้ความเข้าใจ ระหว่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย แล้วทำการหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interobserver Reliability)

1.2.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่แพทย์และหัวหน้าแผนกจิตเวช เพื่อดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.2.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มโดยการจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.2.9 เตรียมผู้ป่วยจิตเภทในการใช้แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทก่อนดำเนินการทดลอง 1 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย...บาท/เดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย...วัน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

2.ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำ รพ.สต. ทำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีพยาบาลประจำ รพ.สต.เป็นผู้ประเมิน

3.ผู้ป่วยจิตเภทพยาบาลตามปกติ ดังนี้

3.1 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่บ้าน

3.2 ให้คำแนะนำอาการกำเริบซ้ำ

3.3 ติดตามการเยี่ยมบ้านสอบถามอาการทางโทรศัพท์

3.4 ติดตามการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพของ

ผู้ป่วยกับผู้อื่นและชุมชน

3.5 โทรแจ้งการนัดหมายวันพบแพทย์ พร้อมทำแบบประเมินการทำหน้าที่

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย...บาท/เดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำ รพ.สต. ทำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ของ ในวันที่เข้ากิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 24 พฤษภาคม 2561

3. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

4. กิจกรรมหลัก รวม 4 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 อีก 1 สัปดาห์ ประเมินทักษะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเช้าและกลุ่มบ่าย กลุ่มละ 10 คน ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอน ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

2.2.1 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.1.1 กิจกรรม ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กับผู้ป่วยจิตเภท

2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ใช้ทักษะการรับรู้อารมณ์ของตนเองให้ถูกต้อง

การดำเนินการพยาบาล เริ่มด้วย การสร้างสัมพันธภาพเป็นการปฏิบัติในระยะแรกกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากเป็นการพบกันครั้งแรก ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว และให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำตัวทีละคนจนครบทุกคน บอกชื่อจริง ชื่อเล่นและอำเภอที่อยู่ สอบถามเรื่องทั่วไป “วันนี้ช่วงเช้าเดินทางมาโรงพยาบาลสมุทราปราการอย่างไร” และให้สมาชิกเอาป้ายชื่อมาใส่รวมกัน แล้วจับฉลากใครได้ป้ายชื่อเพื่อนนำไปคืนให้เพื่อนอย่างถูกต้อง ให้สมาชิกกลุ่มบอกกติกาในการเข้ากิจกรรมกลุ่ม แล้วสรุปกติกากลุ่มร่วมกัน ผู้วิจัยแนะนำกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท รายละเอียดของกิจกรรม และระยะเวลาการดำเนินการ และบอกประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากกิจกรรม อธิบายการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิด Goodman,(1993) และ ไพฑูรย์ และคณะ (2557)เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นมีความตระหนักและเข้าใจในการ

ทำหน้าที่ของของผู้ป่วย 3 ด้าน ด้านการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการว่างงานสูงร้อยละ 70 (Thornicroft et al., 2009) ด้านการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ชีวิตประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่นอนเป็นเวลา ไม่รับประทานอาหาร ไม่ออกกำลังกาย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ไม่ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (Gomez and Gomer, 1991) ด้านการสังคมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก (ตามเกณฑ์การคัดเข้า) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมาก มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย เช่น อารมณ์เฉยชาซึมลง ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมโดยไม่ต้องกระตุ้น ผู้ป่วยจิตเภททราบปัญหาในการทำหน้าที่ และทราบวิธีการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสม

การดำเนินการพยาบาล การฝึกทักษะการรับรู้ทางอารมณ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทมีการบกพร่องในด้านการจำได้และการรับรู้อารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ออกทางใบหน้า (Bora and Pantelis, 2016) ซึ่งมีนัยสำคัญกับกับอาการทางลบ (Couture et al., 2006) โดยผู้วิจัยให้อธิบายความหมายของอารมณ์ต่างๆ และมีรูปภาพประกอบเพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย ฝึกฝนการรับรู้บุอารมณ์โดยใช้อุปกรณ์สาริตการอารมณ์ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรม จับคู่ให้ตรงกับบัตรคำ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มร่วมกับสมาชิกและพยาบาล

ประเมินผล ผู้มีความสนใจในการทำกิจกรรมและรับรู้อารมณ์ผ่านบัตรคำได้อย่างถูกต้องหลังจากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สรุปผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพกันดี ส่วนมากปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจะมากจากปัญหากับคนในครอบครัวและผู้อื่น เมื่อผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้อารมณ์ได้มากขึ้น

2.2.2 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.2.1 กิจกรรม ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ใช้ทักษะการรับรู้อารมณ์ของตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล ฝึกการรับรู้ปัญหาทางอารมณ์ พบว่าการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Kee el at., 2003) ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อารมณ์ที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ดียิ่งขึ้น สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขได้ (Brekke et al., 2005) โดยผู้วิจัยให้การเรียนรู้อารมณ์จากการ์ตใบหน้าอารมณ์และบัตรคำ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา พยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยนั้นรับรู้อารมณ์โดยใช้อุปกรณ์สาดิตผ่านกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยนั้นเกิดทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยจับคู่อารมณ์นั้นด้วยตนเองร่วมกับเพื่อนสมาชิก ให้ผู้ป่วยดู VDO หนังสือการ์ตูนนาน 10 นาที และให้ผู้ป่วยได้เลือกบัตรคำอารมณ์กับการ์ตใบหน้าอารมณ์ให้สอดคล้องกับอารมณ์ของการ์ตูนหนังสือ และผู้วิจัยจะให้ดู VDO หนังสือซ้ำและกดยุติในตอนการ์ตูนแสดงสีหน้าอารมณ์ และให้ผู้ป่วยเลือก และให้เพื่อนสมาชิกเฉลยโดยผู้วิจัยจะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทระบุอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้บุคคลอื่นรู้ความต้องการของตนเองและรู้ความต้องการของคนอื่นทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ใบกิจกรรมที่ 1/3 การฝึกทักษะการรับรู้อารมณ์ โดยเลือกรูปภาพใบหน้าอารมณ์ให้ตรงกับ คำ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา พร้อมบรรยายความหมาย และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อเพิ่มความเข้าใจ

ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้อารมณ์ได้อย่างถูกต้อง

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 2 เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย และผู้ป่วยเริ่มสัมพันธภาพดีกับเพื่อนสมาชิก ไม่ต้องกระตุ้นสามารถแยงกันตอบคำถามได้ ระบุอารมณ์ช่วยกันภายในกลุ่มดีมีการเสนอข้อคิดเห็นและให้เหตุผลได้อย่างเหมาะสม

2.2.3 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.3.1 กิจกรรม ที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมทางการพยาบาล ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง เชื่อว่าการแสดงออกทางอารมณ์ใบหน้าท่าทางในผู้ป่วยจิตเภทพร้อมต้องได้รับการฝึกทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีมากขึ้น (Kee et al., 2003 and Won et al., 2012) โดยพยาบาลฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภท แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ผ่านทางใบหน้าและท่าทาง ฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ผ่านทางใบหน้าและท่าทาง (60 นาที) ให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกการ์ดใบหน้าอารมณ์ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา และแสดงสีหน้าท่าทางให้ถูกต้อง พร้อมทั้งถ่ายทอให้สมาชิกคนอื่นได้ทราบอารมณ์ของเพื่อนเล่าเรื่องของการแสดงออกของอารมณ์ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดาพร้อมแสดงท่าทางประกอบและเขียนความรู้สึกจากเรื่องเล่าดังกล่าวให้ถูกต้อง(30 นาที)เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยจิตเภทแสดงอารมณ์ได้สอดคล้องกับสีหน้าท่าทาง เขียนความรู้สึกเกี่ยวกับการเล่าเรื่องอารมณ์ได้ถูกต้อง

ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอารมณ์ได้สอดคล้องกับสีหน้าท่าทาง เขียนความรู้สึกเกี่ยวกับการเล่าเรื่องอารมณ์ได้ถูกต้อง

สรุป ผู้ป่วยสนุกกับการเล่นกิจกรรม มีการแสดงออกทางใบหน้าท่าทางเพิ่มขึ้นและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกที่ดี อยากจะเข้าร่วมกิจกรรม

2.2.4 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.4.1 กิจกรรม ที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล เชื่อว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นบกพร่อง รวมไปถึงการแสดงออกทาง สีหน้า น้ำเสียง และท่าทาง ความบกพร่องมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.57$) (Bora and Pantelis, 2016 and Couture et al., 2006) พยาบาลฝึกทักษะการแสดงออกทางโดยใช้ภาษาและใช้อุปกรณ์สาธิตผ่านกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมผ่านทางใบหน้า ท่าทาง และภาษา โดยการวาดภาพหน้ากาอารมณ์แล้วนำหน้ากาอารมณ์สวมบนใบหน้า และแสดงท่าทางพร้อมเปิดหน้ากา

จากนั้นให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าผู้ป่วยได้บรรยายหน้าฉากอารมณ์และ สอดคล้องกับ สถานการณ์อารมณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทเล่าหรือไม่

ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทางได้ ถูกต้อง และผู้ป่วยจิตเภทระบุอารมณ์ผ่านทางภาษาได้ถูกต้อง

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทสนุกกับการเล่นกิจกรรม มีการแสดงออกทางใบหน้า ท่าทางเพิ่มขึ้นและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกที่ดี อยากร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีการเล่าเรื่อง ส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว แม่ให้ทำงาน ที่บ้านชายของ หรือคนในบ้านทะเลาะกัน และแม่ ชอบบ่นใบหน้าท่าทางเหมาะสมกับเรื่องที่เล่าบางคน ใบหน้าเรียบเฉยแต่มียิ้มแยมบางครั้ง

2.2.5 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.5.1 กิจกรรม ที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภททราบถึงการแสดงอารมณ์ใน สถานการณ์ต่างๆในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นสังคม

กิจกรรมการพยาบาล เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นแสดงอารมณ์สถานการณ์ต่างๆใน สังคมบกพร่อง นำมาซึ่ง การแยกตัวทางสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์สัมพันธภาพครอบครัวและสังคม (Brekke et at., 2005) การปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา พยาบาลให้ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและเขียนเป็น ประโยคออกมาจากความรู้สึกกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อฝึกฝนทักษะการใช้อารมณ์ที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ตามสถานการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่มโดยการแสดงบทบาทสมมุติและเขียนบรรยาย “เมื่อคุณ ต้องการสื่อสารกับเพื่อนโดยการกล่าวทักทายและถาม เรื่องอาชีพการทำงานของเขาด้วยท่าทีที่เป็น มิตรใบหน้ายิ้มแยม”พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนสมาชิก

ประเมินผล การแสดงอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น สังคม พร้อมทั้งบอกว่าที่การแนะนำตัวเองที่เหมาะสม

สรุปผล ผู้ป่วยจิตเภททักทายกับเพื่อนสมาชิกอย่างเป็นกันเอง และ สื่อสารเรื่องอาชีพได้หลากหลายมีความสอดคล้อง

2.2.6 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.6.1 กิจกรรม ที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภททราบถึงบทบาทการปรับตัวเข้าสังคม และความคาดหวังในชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล Gree, Horan and Lee, (2015) เชื่อว่า ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีปัญหาในการยับยั้งอารมณ์ ดังนั้นจึงต้องมีทักษะในประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Won et al., 2012) การสร้างความเข้าใจร่วมกับเกี่ยวกับการปรับตัวเข้าสังคม และความคาดหวังในชีวิตโดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนยกตัวอย่างเหตุการณ์จริงในชีวิตของแต่ละคน เกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ อธิบายสถานการณ์และการฝึกทักษะโดยใช้อุปกรณ์สาธิต การเรียบเรียงประโยคอารมณ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น ครั้งละ 90 นาที พร้อมทั้งทำใบกิจกรรมตัวอย่างสถานการณ์สมมุติ การเริ่มสนทนากับเพื่อนที่ไม่รู้จัก บอกขั้นตอนการรับประทานอาหารในโรงอาหารที่ทำงาน บอกความคาดหวังในชีวิต พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกและพยาบาล

ประเมินผล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจบทบาทในครอบครัวแต่ไม่เข้าใจบทบาททางสังคมเท่าที่ควร อธิบายแล้วเข้าใจยิ่งขึ้นตอบถูกต้อง

สรุปกิจกรรม ผู้ป่วยเข้าใจในขั้นตอนการเข้าแถวซื้ออาหารสามารถเรียงลำดับขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

2.2.7 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.7.1 กิจกรรม ที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ทราบถึงทักษะทางสังคมโดยเน้นด้านการควบคุมอารมณ์

กิจกรรมการพยาบาล Lysaker et al., (2004) เชื่อว่ากระบวนการจัดการทางอารมณ์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมแสดงการใช้ทักษะการสังคมโดยเน้นการควบคุมอารมณ์ อธิบายทักษะทางสังคมเน้นการควบคุมอารมณ์ และให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นของแต่ละคน ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง แสดงประสบการณ์ทางความคิดและอารมณ์ ประสบการณ์ที่หลากหลายนำไปสู่อารมณ์ที่หลากหลาย และพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยเลือกโดยการอารมณ์ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ใช้อารมณ์ดังกล่าว และวิธีเผชิญกับอารมณ์ที่เหมาะสม บอกอาการนำไปซึ่งอารมณ์โกรธพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจทักษะสังคมและการควบคุมอารมณ์

สรุปผล ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจทักษะสังคมการควบคุมอารมณ์ แต่บางครั้งผู้ป่วยทราบดีว่าตนเองจะมีอารมณ์ที่รุนแรงแต่ห้ามไม่ได้

2.2.8 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 ช่วงเช้า 10.00 -11.30 น. ช่วง และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น

2.2.8.1 กิจกรรม ที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ทราบถึงวิธีควบคุมอารมณ์ด้านลบ

กิจกรรมการพยาบาลพยาบาลทบทวนใช้ทักษะการสังคมโดยเน้นการควบคุมอารมณ์ ฝึกทักษะการเผชิญกับความรู้สึกทางลบ โดยการ เข้าใจสิ่งกระตุ้นความรู้สึก เศร้า กังวล โกรธ การตอบสนองกับพฤติกรรมตามอารมณ์ทางด้านลบโดยเชื่อมโยงความคิดและสถานการณ์และให้ความรู้ของผลกระทบด้านลบของความคิด และ แบ่งปันวิธีการรับมือความรู้สึกด้านลบพร้อมแบ่งปันประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนได้เล่าเหตุการณ์และการเผชิญหน้าพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อมูลระบบสนับสนุนทางสังคม และ เครือข่ายทางสังคม ประโยชน์ที่ได้รับเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Browne et al, 2016) จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดี (Couture et al, 2006) ขึ้นและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ (Penn et al, 1997)

ประเมินผล การแสดงอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นสังคม พร้อมทั้งบอกอารมณ์โกรธและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์มีหลายคนที่บอกขณะนี้ไม่เคยมี แต่สามารถบอกวิธีเผชิญอารมณ์โกรธได้อย่างดี

สรุปกิจกรรม ผู้ให้ความร่วมมือดี และมีการแสดงออกของอารมณ์ผ่าน ใบหน้า ท่าทาง ภาษาได้มากขึ้น สัมพันธภาพในกลุ่มดี

2.2.9 รายละเอียดการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมการพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้วิจัยพร้อมประเมินทักษะการทำหน้าที่โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล และการสังเกตโดยผู้วิจัยอ่านแบบประเมิน และให้พยาบาล รพ.สต.เป็นผู้ประเมิน บางรายผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลให้คำแนะนำพร้อมกับให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

การกำกับการตลาด

แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์วัดประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ การใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 11 มิถุนายน 2561 กำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติตามคู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท (n=20) โดยกำหนดให้ปฏิบัติตาม ขึ้นไปโดยรวม ดังตาราง 2 นี้

ตารางที่ 2 การแปลผลและคะแนนประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท	แปลผล	คะแนนประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท
1	ผ่านเกณฑ์	68 แสดงออกทางอารมณ์สูง
2	ผ่านเกณฑ์	73 แสดงออกทางอารมณ์สูง
3	ผ่านเกณฑ์	75 แสดงออกทางอารมณ์สูง
4	ผ่านเกณฑ์	67 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
5	ผ่านเกณฑ์	67 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
6	ผ่านเกณฑ์	70 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
7	ผ่านเกณฑ์	81 แสดงออกทางอารมณ์สูง
8	ผ่านเกณฑ์	70 แสดงออกทางอารมณ์สูง
9	ผ่านเกณฑ์	66 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
10	ผ่านเกณฑ์	61 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
11	ผ่านเกณฑ์	70 แสดงออกทางอารมณ์สูง
12	ผ่านเกณฑ์	64 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
13	ผ่านเกณฑ์	65 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
14	ผ่านเกณฑ์	66 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
15	ผ่านเกณฑ์	71 แสดงออกทางอารมณ์สูง
16	ผ่านเกณฑ์	65 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
17	ผ่านเกณฑ์	67 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง

ผู้ป่วยจิตเภท	แปลผล	คะแนนประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท
18	ผ่านเกณฑ์	66 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
19	ผ่านเกณฑ์	69 แสดงออกทางอารมณ์สูง
20	ผ่านเกณฑ์	66 แสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง

จากตารางที่ 3 จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า 25-67 มีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง ทั้งหมดจำนวน 20 ราย ส่วนในรายที่ได้คะแนนน้อยคือ ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 10 ฉนั้นเป็นคนที่ไม่แสดงออก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อย คือ ข้อ 13 เมื่อใดก็ตามที่ฉนั้นรู้สึกไม่ดี คนอื่นสามารถรับรู้ความรู้สึกได้ตรงว่าฉนั้นรู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบการแสดงความรู้สึกลดลง พวกเขาจึงคิดว่าคนรอบข้างนั้นไม่เข้าใจความรู้สึกของเขา

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการตอบคำถามแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ โดยการสัมภาษณ์และสังเกต เข้าใจและมีความยินยอมเข้าในการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมจึงเป็นไปโดยสะดวก

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง ประเมินทักษะการทำหน้าที่ หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 อีก 1 สัปดาห์ประเมินทักษะการทำหน้าที่ (Post-test) โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ในบางรายไม่พบจึงให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแทนผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

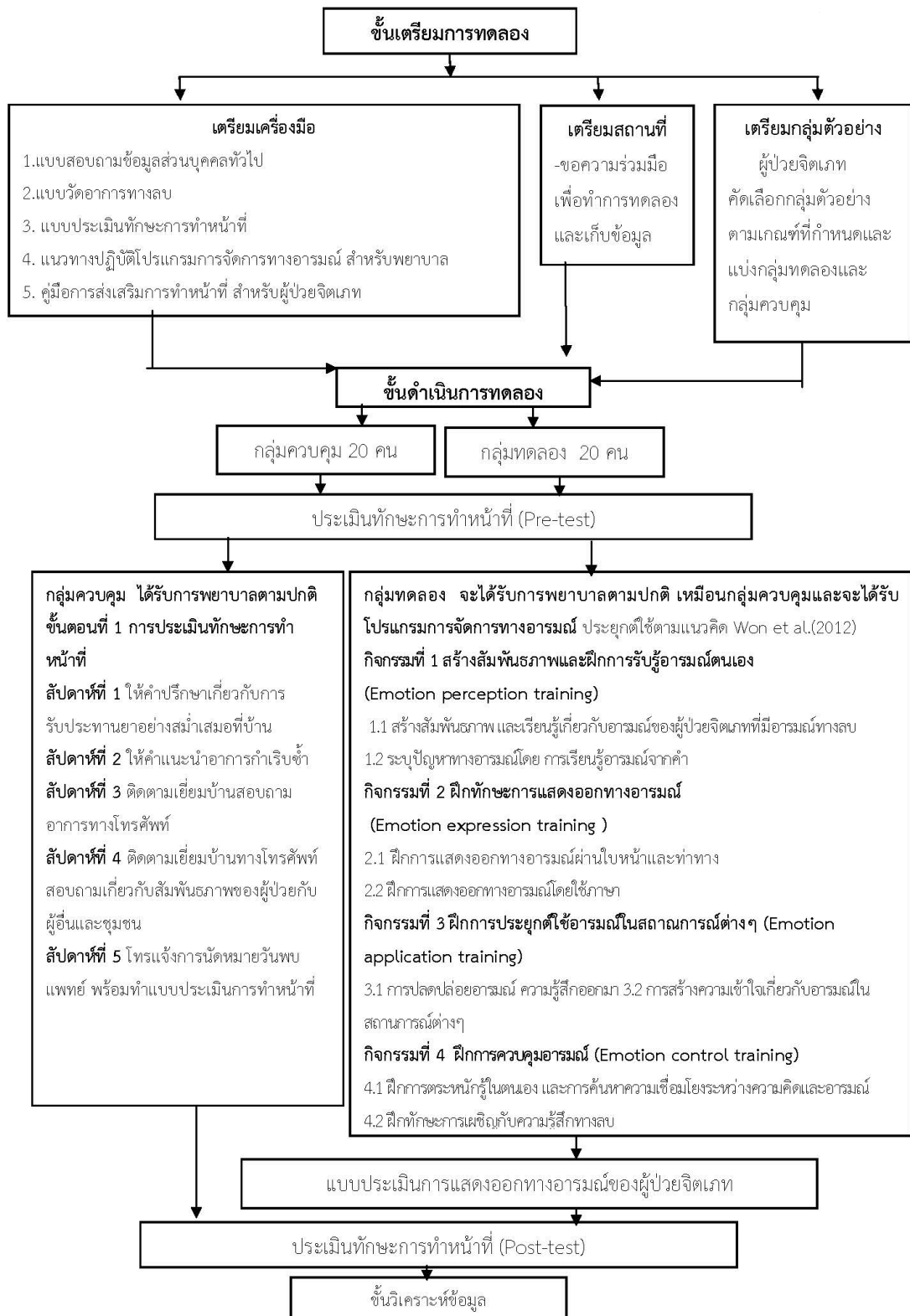
กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยโทรนัด เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยก่อนไปพบที่บ้าน ประเมินทักษะการทำหน้าที่ (Post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 5 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แจกแจงโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์โดยใช้สถิติทดสอบ t- test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ t-test
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45.00	9	45.00	18	45.00
หญิง	11	55.00	11	55.00	22	55.00
สถานภาพสมรส						
โสด	12	60.00	16	80.00	28	70.00
คู่	4	20.00	1	5.00	5	12.50
แยกกันอยู่	1	5.00	1	5.00	2	5.00
หม้าย	3	15.00	2	10.00	5	2.50
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	15.00	2	10.00	5	12.50
ประถมศึกษา	9	45.00	8	40.00	17	42.50
มัธยมศึกษา	5	25.00	10	50.00	15	37.50
อนุปริญญา	1	5.00	0	0	1	2.50
ปริญญาตรี	2	10.00	0	0	2	5.00
อาชีพ						
ว่างงาน	17	85.00	19	95.00	36	90.00
รับจ้าง	3	15.00	1	5.00	4	10.00
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย						
บิดา	2	10.00	7	35.00	9	22.5
มารดา	11	55.00	8	40.00	19	47.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พี่/น้อง	1	5.00	4	20.00	5	12.50
บุตร	3	15.00	0	0	3	7.50
คู่สมรส	3	15.00	1	5.00	4	10.00

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.00 เท่ากัน ด้านสถานภาพสมรสทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ โสดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 70.00 ตามลำดับ ด้านการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 ในกลุ่มทดลอง และ 40.00 ในกลุ่มควบคุม ด้านอาชีพทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือว่างงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 95.00 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยหลักในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ มารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 40.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ รายได้ จำนวนการนอน การนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	MIN	MAX	MEAN	SD	MIN	MAX	MEAN	SD
อายุ	26	58	45.00	8.99	32	57	41.50	5.96
รายได้	300	9000	1490	2125.51	0	5000	865.00	1000.15
จำนวนการนอน								
ครั้ง การนอน โรงพยาบาล	1	5	2.70	1.34	1	5	2.70	1.34
ระยะเวลาการ เจ็บป่วย	48	420	145.20	123.79	36	360	130.00	69.46

จากตารางที่ * พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านอายุมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 45.00 และ 41.50 ปี ตามลำดับ ด้านค่าเฉลี่ยรายได้ของกลุ่มทดลอง คือ 1490 บาท/เดือน และกลุ่มควบคุม คือ 865.00 บาท/เดือน จำนวนการนอนโรงพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.70 ครั้ง และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 145.20 และ 130.00 เดือน ตามลำดับ

ตอนที่ 2 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตารางที่ 5 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คน ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1	47.00	51.00	47.00	47.00
2	51.00	51.00	51.00	51.00
3	45.00	52.00	45.00	45.00
4	43.00	52.00	43.00	43.00
5	40.00	49.00	53.00	53.00
6	49.00	56.00	47.00	47.00
7	35.00	48.00	48.00	48.00
8	43.00	52.00	46.00	46.00
9	46.00	50.00	49.00	50.00
10	43.00	50.00	43.00	41.00
11	49.00	53.00	49.00	49.00
12	46.00	51.00	46.00	46.00
13	43.00	44.00	43.00	41.00

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
14	52.00	45.00	52.00	52.00
15	40.00	47.00	48.00	47.00
16	38.00	50.00	53.00	55.00
17	52.00	51.00	41.00	39.00
18	48.00	50.00	51.00	48.00
19	53.00	44.00	49.00	53.00
20	42.00	53.00	44.00	48.00

จากตารางที่ * พบว่าค่าคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์โดยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ค่าคะแนนไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pair t-test)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ (n=20) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=20)

ตัวแปร	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
การทำหน้าที่ของ							
ผู้ป่วยจิตเภท							
กลุ่มทดลอง	49.95	3.09	45.25	4.96	19	3.62	.002
กลุ่มควบคุม	47.45	4.27	47.40	3.54	19	.127	.90

จากตารางที่ * พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนการหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท						
ก่อนการทดลอง	45.25	4.96	47.40	3.55	1.57	.12
หลังการทดลอง	49.95	3.09	47.45	4.27	2.12	.04

จากตารางที่ * การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burn & Glove, 2005) เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์แตกต่างกันหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์จะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอาการคะแนนทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 40 คน โดยได้รับจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (Cha, 2009 ; Lee, 2003; Park, 2007)

1.2 แบบวัดอาการทางลบ โดยผู้วิจัยนำมาจากหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ใช้ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .82 และจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของการสังเกตเท่ากับ .80

1.3 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจาก ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557) ซึ่งวัด (functional ability assessment tool for chronic schizophrenic) จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .85 ได้ค่า CVI เท่ากับ .85 ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของการสังเกตเท่ากับ .90

2.เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวทางปฏิบัติโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ สำหรับพยาบาล

2.2 คู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

คู่มือทั้งสองชุดนี้ สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการจัดการทางอารมณ์นี้ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจาก Won et al., (2012) เป็นแนวคิดการจัดการทางอารมณ์ 4 กิจกรรม ได้แก่ Emotion perception training, Emotion expression training, Emotion application training, Emotion application training ในผู้ป่วยจิตเภทประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งผู้วิจัยศึกษารูปแบบโปรแกรมแนวคิดของ Won et al., (2012) พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะ ซึ่งมีตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Goodman(1993)

คู่มือทั้งสองชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แนวทางปฏิบัติโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ สำหรับพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ .85 และ คู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้ค่า CVI เท่ากับ .85

2.3เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยนำของ Berkely Expressivity Questionnaire (BEQ) (Gross & John, 1997 ; Hong, 2003) แปลโดยวิธี Back-Translation และพัฒนาให้เหมาะสมโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ สำหรับพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ .82 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .83 (แสดงผลการคำนวณในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะดำเนินการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประเมินทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนดำเนินการทดลอง 1 วัน

3. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการจัดให้ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยประเมินทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลพร้อมกับการสังเกตผู้ป่วยจิตเภท

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประเมินทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนดำเนินการทดลอง 1 วัน

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยจิตเภท เมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 11 มิถุนายน 2561 ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติตามคู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งบันทึกกิจกรรมในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนด เกณฑ์การประเมินผลให้มีค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ ได้คะแนนมากกว่า 25-67 คะแนน หมายถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง (Won et al., 2012) เท่ากับผ่านเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 20 รายได้คะแนนมากกว่า 25-67 คะแนน ร้อยละ 100 ถือว่าผ่านเกณฑ์ครบร้อยละ 100 ปัญหาที่พบมากที่สุดที่ได้คะแนนน้อย คือ ข้อ 10 “ฉันเป็นคนที่ไม่แสดงออก” ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (เพียร เปี่ยมมงคล, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภททบทวนการฝึกการแสดงออกทางอารมณ์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนภายในกลุ่ม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการประเมินทักษะทางสังคมโดยนิต 1 วันก่อนดำเนินการทดลอง ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลพร้อมกับการสังเกตผู้ป่วยจิตเภท

การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง ประเมินแบบประเมินทักษะทางสังคมที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลพร้อมกับการสังเกตผู้ป่วยจิตเภท หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และนำผลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3. ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

3.1 ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ ก่อนการทำกิจกรรม 1 วัน และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลทั่วไปโรคจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบ

3.2 ภายเสร็จสิ้นการทดลองประเมินด้วย แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ (Post-test) หลังเสร็จสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. จากผลการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีทักษะการทำหน้าที่ ด้านการทำงาน ด้านการพึ่งพาตนเอง การสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเครือข่ายทางสังคม(Goodman, 1993) ผู้วิจัยประยุกต์ได้ใช้แนวคิด Emotion Management Program ของ Won el at. (2012) Emotion Management Program ประกอบด้วยหลักการบำบัด 4 ประการ ดังนี้

1) สร้างสัมพันธ์ภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ทักษะการรับรู้อารมณ์ของตนเอง การดำเนินการพยาบาล การสร้างสัมพันธ์ภาพในรูปแบบกลุ่มโดยการแนะนำสมาชิกกลุ่ม ทักทาย ให้สมาชิกแนะนำตัวทีละคน และสลับป้ายชื่อพร้อมทั้งนำไปให้เพื่อนได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้พูดคุยกัน เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้อื่นและเกิดทักษะการสื่อสาร ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมมีอาการทางลบ ตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภทอาการทางลบมักมีการแสดงอารมณ์น้อย ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม มีปัญหาด้านการสื่อสารผู้อื่น ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว อยู่ลำพัง (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ประโยชน์ของกิจกรรมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้อื่น และการสร้างเครือข่ายทางสังคม ประเมินผล พบว่าผู้ป่วยสนใจในการทำกิจกรรม และสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม อุปสรรค บางช่วงเวลาผู้ป่วยจิตเภทไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม พยาบาลกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ

ฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง การดำเนินกิจกรรมพยาบาล ใช้ทักษะการรับรู้อารมณ์ของตนเอง โดยผ่านกิจกรรม ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้อาการทางลบ อธิบายโดยใช้ บัตรคำ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา ให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการเลือกบัตรคำให้สอดคล้องกับใบหน้าอารมณ์ ฝึกทักษะการรับรู้อารมณ์โดยระบุอารมณ์ผ่านการ์ดใบหน้าอารมณ์ ให้สมาชิกได้ดูการ์ดหน้าหงายและเลือกบัตรอารมณ์ ใบหน้าอารมณ์ และบัตรคำให้สอดคล้อง ประโยชน์ของกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทระบุอารมณ์รับรู้อารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พบว่ากระบวนการรับรู้อารมณ์มีความสัมพันธ์ กับการทำหน้าที่ในด้าน การพึ่งพาตนเอง การทำงาน สัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และสัมพันธ์ภาพเครือข่ายทางสังคม (Kee el at., 2003) การฝึกการรับรู้อารมณ์ผ่านการแสดงออกทาง ใบหน้าอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นที่มีความบกพร่องในด้านการจำได้และการแสดงออกทาง

อารมณ์ออกทางใบหน้า (Bora and Pantelis, 2016) เกิดทักษะการจำได้และการแสดงออกทางอารมณ์ทางใบหน้าที่เหมาะสม เช่น ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว น่ารังเกียจ และธรรมดา ที่มีความบกพร่องที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Kohler et al., 2003) ประเมินผล พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทสนใจในการทำกิจกรรม และรับรู้และระบุอารมณ์ผ่านบัตรคำ และการ์ดใบหน้าอารมณ์ได้อย่างถูกต้องสอดคล้อง อุปสรรค มีการโต้แย้งในกิจกรรมการดูการ์ตูนหนังสือในความคิดเห็นไม่ตรงกันในการระบุอารมณ์บนใบหน้า แก๊ไขคือ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้รับฟังเหตุผลที่ถูกต้องและให้กำลังใจซึ่งกัน

2) ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกทักษะแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้า และทำทางได้อย่างถูกต้อง และให้ผู้ป่วยจิตเภทระบุอารมณ์ผ่านภาษาได้อย่างถูกต้อง การดำเนินการพยาบาล การฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ผ่านใบหน้าที่ทำทาง ผู้ป่วยจิตเภทเลือกการ์ดใบหน้าอารมณ์ พร้อมแสดงสีหน้าทำทางถ่ายทอดไปยังเพื่อนสมาชิกคนถัดไปและเขียนความรู้สึกของตนเองที่ได้แสดงเป็นเรื่องราวให้เพื่อนสมาชิกได้ฟัง และวาดหน้ากากอารมณ์และสวมหน้ากากพร้อมทั้งแสดงความรู้สึกโดยการเล่าเรื่องให้สอดคล้องตามหน้ากากที่สวมใส่ ประโยชน์ของกิจกรรม ผู้ป่วยได้มีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าที่ทำทาง ภาษาได้อย่างเหมาะสม พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยออกทางใบหน้า ทำทาง น้ำเสียง ภาษา มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Green, Horan and Lee, 2015) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีแล้วยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดปัจจัยดาร์กลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Sullivan et al., 1990, Penn et al., 1997) ประเมินผล ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าที่ทำทาง ภาษา ได้อย่างถูกต้อง อุปสรรค ค่อนข้างเกินเวลาที่กำหนดไป 15 นาที ผู้วิจัยแก้ไขโดย ยืดหยุ่นให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกทักษะมากขึ้น ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภท

3) ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการพยาบาล ให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะแสดงบทบาทสมมุติ เมื่อพบเจอสถานการณ์ “เมื่อคุณต้องการสื่อสารกับเพื่อนโดยการกล่าวทักทาย และถามเรื่องอาชีพการทำงานด้วยท่าที่เป็นมิตร” และการปรับตัวเข้าสู่สังคม โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อธิบายปัญหาและอุปสรรค ประโยชน์จากกิจกรรม ผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การฝึกทักษะประยุกต์อารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และ

ทักษะการเข้าสังคม เนื่องจาก Green, Horan and Lee, (2015) เชื่อว่าในผู้ป่วยจิตเภทพบปัญหา ประสพการณ์การยับยั้งอารมณ์บกพร่อง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีทักษะการประยุกต์ใช้อารมณ์ใน สถานการณ์ต่างๆที่เหมาะสม ซึ่ง Won et al., (2012) เชื่อว่า การทำหน้าที่ได้ดีในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีทักษะการจัดการปัญหาอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ อุปสรรค ผู้ป่วยบางท่านใช้วิธีเผชิญปัญหาทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ไม่เหมาะสม แนวทางการแก้ไข ใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ป่วยเกาทรอบวิธีที่เหมาะสม

4) ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย จิตเภทมีทักษะทางสังคมโดยเน้นการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม การดำเนินการพยาบาล ทบทวน ทักษะการเผชิญกับความรู้สึกทางลบและการตอบสนองที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยจิตเภทอธิบายพฤติกรรม ทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและวิธีแก้ปัญหา ประโยชน์ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการควบคุมอารมณ์ เนื่องจาก แนวคิด Social Cognition เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทมีกระบวนการจัดการทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ขาด ทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสมส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่บกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (Lysaker et al., 2004) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภท ประเมินผล ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจทักษะการควบคุมอารมณ์ อุปสรรค ผู้ป่วยบางคนออกความ คิดเห็นน้อย การแก้ไข ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะๆ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยขอ อภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดเรื้อรังและยาวนาน (Suttajit and Srisurapanont, 2009) มีการเสื่อมของการทำหน้าที่ทำให้การทำงานที่ลดลง (Breier et al.,1991) มีปัญหาบกพร่องที่ สำคัญต่อการทำหน้าที่ในด้าน การทำงาน ผู้ป่วยว่างงานสูง จากการรับรู้อารมณ์ไม่เหมาะสม (Shannon, David and Penn, 2006) ด้านการพึ่งพาตนเองไม่ถูกต้อง (Sadock and Sadock, 2002) ซึ่งสาเหตุมาจากกระบวนการจัดการทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (Browne et al., 2016) ด้านการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และการสร้างสัมพันธภาพเครือข่ายทางสังคม (วาสนา

ปานดอกไม้, 2445, ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ทั้งนี้สาเหตุมาจากปัจจัยในด้านการจัดการทางอารมณ์ ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทขาดทักษะ (Kee et al., 2003, Won et al., 2012) โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มทักษะในการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทใน ด้าน การทำงาน ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและผู้อื่น และด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพเครือข่ายในสังคม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Won et al., (2012) ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย โดยทุกกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มร่วมกับพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้และฝึกทักษะได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการพยาบาลปกติที่มีอยู่นั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับจากทางทีม แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องขาดการฝึกทักษะที่เกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มนี้ ทำให้เห็นถึงโอกาสการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการทำหน้าที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลควรจะนำโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ไปใช้ในการพยาบาลปกติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคคลทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องการทำงานที่ โดยจัดเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ชุมชน สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 ควรมีการติดตามการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ ทางเครือข่ายการดูแลสุขภาพในระบอบปฐมภูมิ โดยการนำโปรแกรมและคู่มือ ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการจัดการทาง
อารมณ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

2.2 ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านนําการจัดการทางอารมณ์มาใช้ในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท แก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถ
ศึกษาให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม และนำโปรแกรมไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2. ควรนำโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ใน
ผู้ป่วยจิตเวชโรครื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ว่ามีผลต่อการทำ
หน้าที่เพิ่มขึ้นได้หรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: กรุงเทพฯ
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขุนทรัพย์ ก้อนทอง. (2557). ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วย
ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญญา คมขำ. (2555). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลกา บุผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นข้าของผู้ที่เป็นโรคจิต.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย ลิ้นห่านาจ. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุษกุล ศุภอักษร (2553) ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใบเรียม เงามาม. (2557). โปรแกรมการจัดการอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหา
พฤติกรรม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา แก้วสีใส. (2552). ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหว่ว
ในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันนนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์ (2557). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรัง Development the functional ability assessment tool for chronic schizophrenic. คลังข้อมูล
และความรู้สุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) <http://hdl.handle.net/11228/4279>.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาและบทบาทภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สมชาย จักรพันธ์. (2543). *แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต*. นนทบุรี. กรมสุขภาพจิต

สมภาพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. and Copestake, S. (1990). The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes With Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157: 853 – 859.

Bodzikas, V., Kosmidis, M., Anezoulaki, D., Ginnakou, M., Andreou, C., and Karavatos, A. (2006) Impaired perception of affective prosody in schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 18: 81-85.

Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J. and Pickar, D. (1991) "Nation institute of mental health Longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives. General Psychiatric*, 48: 239-246.

Brekke J.et al.,(2005). Biosocial pathway to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 231-225.

Buccheri, R. K., Trygstad, L., Kanas, N., Waldron, B., & Dowling, G. (1996).

Auditory hallucinations in schizophrenia: Group experience in examining symptom management and behavioral strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34, 12-25.

Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, and V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Carpenter WT Jr, Bartko JJ, Strauss JS, Hawk AB. (1978). Signs and symptoms as predictors of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 135, 940-945.

Cha, S. K. (2009). The Development and effectiveness of the emotion management program for chronic schizophrenia patient. Unpublished doctoral dissertation, Korea University, Seoul, Korea.

- Couture, S. M., Penn, D. L., and Roberts D.L.,(2006) *The Functional Significance of Social Cognition In Schizophrenia : A Review. Schizophrenia Bulletin.* 21 (1), 44-63.
- David, L.P., Lawren, J.S., & David, L.R. (2008). Social Cognition in Schizophrenia : An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 408-411. Day et al,2005.
- Dickerson, F., Boronow, J. J., Ringel, N. & Parente, F. (1996). Neurocognitive deficits amd social Functioning in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 21, 75-83.
- Dickerson, F.B., Pratt, F. & Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social function in outpatients with schizophrenia. (Electronic version). *Journal of Clinical psychology*, 56(2), 1509-1519.
- Gomez, G.E.& Gomez, G. A. (1991). Chronic schizophrenia : the maior mental health problem of the Century. *Perpectives in Psychiatry Care*, 27(1), 7-9.
- Goodman, S. H., Sewell, R. D., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993, April). Assessing Levels of adaptive Functioning: The Role Functioning Scale. *Community Mental Health Journal*, 29(2), 119-131.
- Green, M.F., Horan, W.P. and Lee, J.(2015). Social cognition in schizophrenia. *Macmillan Pabbishers Limited. All rights reserved*, 16 : 620-631.
- Harvey, C., Fossey, E., Jackson, H., and Shimiras, L. (2006). Time use of people with schizophrenia In North London: Predictors of Participation in occupation and their implication for improving social inclusion. *Journal of Mental Health*, 31: 238
- Harvey, P. D., Reichenberg, A. Bowie, C. R., Patterson, T. L. & Heaton, R. K. (2010). The course of neuropsychological performance and functional capacity in older patients with schizophrenia: influences of previous history of long-term institutional stay. *Biol Psychiatry*, 67, 993 – 9.
- Hodel, B & Buenner, H. D. (1997). A new development in integrated psychological therapy for schizophrenic patient (IPT): *Frist result of emotional management training*. In H. D. Brenner, W. Boker & R. Genner (Eds.) *Toward a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 118-134).
- Hong, C. H. (2003). The relations between emotional experience and mental health: The mediation model of emotion expressivity. Unpubilished doctoral dissertation, Jeonnam University, Gwangju, Jellanam-Do, Korea.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent Development in Expressed Emotion and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Jaracz, K., Gorna K., and Rybakowski, F. (2007). Social functioning in first-episode schizophrenia, A Prospective follow-up study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4: 19 – 27.
- Kee, S.M. (2003). Is Emotion Processing a Predictor of Functional Outcome in Schizophrenia?.

- Schizophrenia Bulletin*. 29 (3): 487-497.
- King, L. A. & Emmons, R. A. (1990). Conflict overemotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and social Psychology*, 58, 864-877
- Kohler, C. G. et al, (2003). Facial Emotion Recognition in Schizophrenia : Intensity Effect and Error Pattern. *Psychiatry*, 160 : 1768-1774.
- Lee, J. Y. & Kwon, S. M. (2006). Relationship between emotion regulation and psychopathology: Recent research trends and future research tasks. *The Korean Psychological Association*, 18(3), 461-493.
- Lee, U. K., Lee, W. H. & Hwang, T. Y. (2004). *Cognitive behavioral rehabilitation training and emotion management training*, Hakjisa, Seoul Korea.
- Leininger, M. (1995). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
- Lieberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, DC: American Psychiatric press.
- McGrath, J., Saha. S., Chant, D., & Wellham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Advance Access publication*. Vol. 30, 2008.
- Milev. et al. (2005). Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on functional Outcome in Schizophrenia A Longitudinal First – Episode Study With 7 – Year Follow – up. *Am J psychiatry*, 162 : 495-506.
- Norman. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia *Schizophrenia Research*, 58 (2 – 3), 293 – 303.
- Park, J. R. (2007). Effects of the emotion behavior, self-esteem, changes of the relationships through the emotion management training program. Unpublished master's thesis, Kyumghee University, Seoul, Korea.
- Perivoliotisa, D., Granholmb, E.C., Patterson, T.L. (2004). Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 307-316
- Ran, M.S., et al. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiat Epidemiol*.
- Rosen, A., Hadzil Pavlovic, D., and Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 325 – 337.
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2002). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences And clinical psychiatry (7th .ed.)*. Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2002). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences And clinical psychiatry (10th .ed.)*. Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
- Sadock B.J., and Sadock, V.A. (2016). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences*

- And clinical psychiatry (11th .ed.)*. Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. E. (11th .ed.). (2007). *Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins
- Saraswat, n., Rao, k. Subbakrichna, D.k., and Gangadhar, B.N. (2006). The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): A brief measure of Functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 81: 301-309.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed.) Missouri: Elsevier Mosby.
- Suttajit, S., and Srisurapanont, M (2009). Schizophrenia : Epidmiology and treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* . 54 (Supplement 1) : 215-375.
- Thornicroft, G., Brohan, E. Rose, D., Sartorius, N. & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-15.
- Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., et al. (2002). Behavioral week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(3) 84-91.
- Won, M. R., Lee, k. J., Lee, J. H. & Jung, Y.(2012). Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26 (1), 54 - 62.
- World Health Organization. (2011). *Schizophrenia*. [online]. Available from: <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en/> [2016, June 1st]
- Yildirim, M. H., Alantar, Z. and Yilarim, E. A. (2016). The relationship between working status and symptoms, quality of life and self-esteem in patients with schizophrenia in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 60 (7), 656-665.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
อาจารย์ ดร.สุดาพร สติยยุทธการ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางดวงตา กุศลตันญาณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (อ.พย) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ดร.วิภาวี เผ่ากัณฑ์การ	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางรัชณี ธนวรรณ	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางสาว สาวิตรี สุริยฉาย	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา





การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1 .ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่

$$CVI = 17/20 = .85$$



การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่

โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ (พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์, 2538 : 124 ; อ้างอิงมาจาก : Kazdin, 1982 : 59)

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

จากการคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกตตามลำดับ ซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ดังนี้

คนที่ 1 .81	คนที่ 11 .83	คนที่ 21 .85
คนที่ 2 .85	คนที่ 12 .85	คนที่ 22 .81
คนที่ 3 .92	คนที่ 13 .90	คนที่ 23 .92
คนที่ 4 .93	คนที่ 14 .93	คนที่ 24 .93
คนที่ 5 .90	คนที่ 15 .92	คนที่ 25 .90
คนที่ 6 .92	คนที่ 16 .90	คนที่ 26 .91
คนที่ 7 .91	คนที่ 17 .91	คนที่ 27 .86
คนที่ 8 .90	คนที่ 18 .86	คนที่ 28 .82
คนที่ 9 .96	คนที่ 19 .94	คนที่ 29 .90
คนที่ 10 .91	คนที่ 20 .80	คนที่ 30 .90

1. การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดอาการทางลบ

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.802	.742	13

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
วัดอาการทางลบ 1	6.53	5.844	.794	.749
วัดอาการทางลบ 2	6.60	5.697	.896	.737
วัดอาการทางลบ 3	6.03	8.102	-.092	.819
วัดอาการทางลบ 4	6.03	7.689	.199	.804
วัดอาการทางลบ 5	6.73	6.685	.523	.781
วัดอาการทางลบ 6	6.63	5.964	.785	.751
วัดอาการทางลบ 7	6.07	7.789	.089	.812
วัดอาการทางลบ 8	6.03	8.171	-.139	.821
วัดอาการทางลบ 9	6.73	6.685	.523	.781
วัดอาการทางลบ 10	6.60	5.972	.760	.754
วัดอาการทางลบ 11	6.80	7.338	.269	.802
วัดอาการทางลบ 12	6.10	8.231	-.160	.830
วัดอาการทางลบ 13	6.70	6.286	.685	.764

2. การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.900	.901	16

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การทำหน้าที่ 1.1	45.23	34.185	.368	.901
การทำหน้าที่ 1.2	45.37	32.930	.616	.892
การทำหน้าที่ 1.3	45.03	35.137	.382	.900
การทำหน้าที่ 1.4	44.93	35.375	.432	.899
การทำหน้าที่ 1.55	45.80	33.407	.591	.894
การทำหน้าที่ 1.66	46.40	32.869	.401	.903
การทำหน้าที่ 1.7	46.47	33.085	.450	.899
การทำหน้าที่ 2.1	45.93	32.547	.674	.890
การทำหน้าที่ 2.2	45.87	34.878	.412	.899
การทำหน้าที่ 3.1	45.83	30.557	.780	.885
การทำหน้าที่ 3.2	45.93	32.409	.697	.890
การทำหน้าที่ 3.3	45.87	34.326	.381	.900
การทำหน้าที่ 3.4	45.83	30.626	.837	.883
การทำหน้าที่ 3.5	45.87	31.706	.715	.888
การทำหน้าที่ 3.6	45.83	32.075	.691	.890
การทำหน้าที่ 3.7	45.80	31.476	.745	.887

3. แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท (Berkeley Expressivity Questionnaire)

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.832	.824	16

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การแสดงออกทางอารมณ์ 1	75.40	95.145	.324	.829
การแสดงออกทางอารมณ์ 2	75.70	86.217	.711	.806
การแสดงออกทางอารมณ์ 3	75.40	90.869	.411	.824
การแสดงออกทางอารมณ์ 4	75.47	100.464	.083	.840
การแสดงออกทางอารมณ์ 5	75.77	95.909	.254	.833
การแสดงออกทางอารมณ์ 6	75.37	92.930	.415	.824
การแสดงออกทางอารมณ์ 7	75.73	87.030	.609	.812
การแสดงออกทางอารมณ์ 8	75.83	89.937	.506	.818
การแสดงออกทางอารมณ์ 9	75.40	95.145	.324	.829
การแสดงออกทางอารมณ์ 10	75.70	86.217	.711	.806
การแสดงออกทางอารมณ์ 11	75.40	90.869	.411	.824
การแสดงออกทางอารมณ์ 12	75.47	100.464	.083	.840
การแสดงออกทางอารมณ์ 13	75.63	87.275	.573	.814
การแสดงออกทางอารมณ์ 14	75.80	89.959	.495	.819
การแสดงออกทางอารมณ์ 15	75.63	87.275	.573	.814
การแสดงออกทางอารมณ์ 16	75.80	89.959	.495	.819

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ (n=20) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
การทำหน้าที่ของ							
ผู้ป่วยจิตเภท							
กลุ่มทดลอง	45.25	4.96	49.95	3.09	19	3.62	.002
กลุ่มควบคุม	47.40	3.54	47.45	4.27	19	.127	.90

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ และการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การทำหน้าที่ของ						
ผู้ป่วยจิตเภท						
ก่อนการทดลอง	47.40	3.55	45.25	4.96	1.57	.12
หลังการทดลอง	47.45	4.27	49.95	3.09	2.12	.04



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

2.2 แบบวัดอาการทางลบ

2.3 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่

ส่วนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท



ส่วนที่ 1

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)

เป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 180 นาที แบ่งเป็น 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ กติกาและเวลาในการนัดพบ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถระบุปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญและกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล่าวแนะนำตัวผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ กติกา เวลาการพบปะ ผู้วิจัยกล่าวนำโดยให้ความรู้ในเรื่องการ ทบทวนเรื่องอารมณ์ ความหมายของอารมณ์ การแสดงออกของอารมณ์ที่มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งต่อ ตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งอธิบายเพื่อทำความเข้าใจร่วมกับสมาชิกที่เกี่ยวกับอารมณ์โดยมีอุปกรณ์ สาสิต คือบัตรคำ เช่น ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว รังเกียจ ธรรมดา เป็นต้น และนำการฝึกสังเกตอารมณ์ ของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยแนะนำให้สมาชิกสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และการใช้ภาษาของ ตนเอง

การฝึกทักษะการระบุอารมณ์ โดยใช้อุปกรณ์สาธิตการ์ดคำศัพท์ การ์ดใบหน้าอารมณ์ VDO เรื่องสั้นการ์ตูน ให้สมาชิกจับคู่การ์ดใบหน้าอารมณ์ให้สอดคล้องกับคำศัพท์อารมณ์ ให้สมาชิกดู VDO เรื่องสั้นการ์ตูนหลังจากนั้นให้เลือกการ์ดคำศัพท์อารมณ์และการ์ดใบหน้าอารมณ์ให้สอดคล้องกับการ แสดงออกอารมณ์ของ VDO เรื่องสั้นการ์ตูนที่สามชิกดู โดยให้ช่วยกันในกลุ่มภายในกลุ่ม พร้อมทั้ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม และนัดหมายเวลาการพบกันครั้งต่อไป

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่องอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท
2. การ์ดคำศัพท์ทางอารมณ์ การ์ดใบหน้าทางอารมณ์
3. VDO เรื่องสั้นการ์ตูน

สถานที่

ห้องกิจกรรม เป็นห้องที่เหมาะสมควรมีขนาดพอเหมาะกับจำนวนคนที่ต้องเข้ามาทำกิจกรรม ทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ การจัดความห่างของกลุ่มย่อย เพื่อให้เสียงไม่รบกวน

การประเมินผล

1. สังเกตสีหน้าท่าทาง การตอบคำถาม และความสนใจ และการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)

เป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาระยะเวลา 180 นาทีแบ่งเป็น 2 สัปดาห์สัปดาห์ละ 90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านทางใบหน้าและท่าทางได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถระบุอารมณ์ผ่านทางภาษาได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญและกิจกรรม

ผู้วิจัยให้สมาชิกฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง โดยใช้อุปกรณ์ การ์ดใบหน้าอารมณ์ ให้สมาชิกได้เลือกการ์ดใบหน้าอารมณ์แล้ว แสดงสีหน้าและท่าทางให้สอดคล้อง และถูกต้อง และถ่ายทอดอารมณ์ผ่านทางสีหน้า และท่าทางไปยังคนถัดไปเรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นได้ ฝึกทักษะร่วมกับเกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกได้เล่าเรื่องคนละ 1 ความยาวไม่เกิน 2 นาที เรื่องที่เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ แล้วให้สมาชิกได้เขียนความรู้สึกจากเรื่องที่เล่า เพื่อฝึกทักษะและความเข้าใจการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก

ผู้วิจัยให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการระบุอารมณ์ ให้สมาชิกได้เลือกการ์ดคำศัพท์ทางอารมณ์และ ให้ใช้คำศัพท์นั้นเขียนบรรยายการแสดงอารมณ์ของกลุ่มร่วมกัน การวาดหน้ากากอารมณ์ ให้สมาชิก ได้สวมหน้ากากอารมณ์และแสดงอารมณ์เหล่านั้นโดยให้ถูกต้องและสอดคล้อง

ผู้วิจัยและสมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนและซักถามข้อสงสัยร่วมกันภายในกลุ่ม

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. การ์ดคำศัพท์ทางอารมณ์ การ์ดใบหน้าที่ทางอารมณ์
2. หน้ากาก พู่กัน สีน้ำ

สถานที่

ห้องกิจกรรม เป็นห้องที่เหมาะสมควรมีขนาดพอเหมาะกับจำนวนคนที่ต้องเข้ามาทำกิจกรรม ทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ การจัดความห่างของกลุ่มย่อย เพื่อให้เสียงไม่รบกวน

การประเมินผล

1. สังเกตสีหน้าท่าทาง การตอบคำถาม และความสนใจ และการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- กิจกรรมที่ 3** ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training)

เป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 180 นาทีแบ่งเป็น 2 สัปดาห์สัปดาห์ละ 90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ
- สาระสำคัญและกิจกรรม

ผู้วิจัยให้สามชิกฝึกทักษะการปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา โดยการให้สมาชิกในกลุ่ม แสดงสีหน้าอารมณ์ต่างๆ และให้เขียนออกมาเป็นประโยคให้เพื่อนสมาชิกเข้าใจ นำการ์ดประโยคที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์มาเรียงต่อกันและอธิบายความหมายของประโยคนั้นๆ พยายามให้ความรู้ในเรื่อง ความหมายปรับตัวเข้าสังคม บทบาทหน้าที่ด้านสังคม

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่องการปรับตัวเข้าสังคม บทบาทหน้าที่ด้านสังคม
2. การ์ดประโยคอารมณ์

สถานที่

ห้องกิจกรรม เป็นห้องที่เหมาะสมควรมีขนาดพอเหมาะกับจำนวนคนที่ต้องเข้ามาทำกิจกรรม ทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ การจัดความห่างของกลุ่มย่อย เพื่อให้เสียงไม่รบกวน

การประเมินผล

1. สังเกตสีหน้าท่าทาง การตอบคำถาม และความสนใจ และการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- กิจกรรมที่ 4** ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

เป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 180 นาทีแบ่งเป็น 2 สัปดาห์สัปดาห์ละ 90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเอง
สาระสำคัญและกิจกรรม

ผู้วิจัยให้สมาชิกฝึกทักษะการตระหนักรู้ ให้สามารถคิดเชื่อมโยงระหว่างคิดและอารมณ์
พยาบาลส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจผลกระทบของอารมณ์ต่อจิตใจ พฤติกรรม ให้สมาชิก
เลือกการ์ดสถานการณ์ และให้สมาชิกอธิบายการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยวิธีอะไร

ให้สมาชิกฝึกการเผชิญกับความรู้สึกด้านลบ โดยให้สมาชิกได้เล่าเรื่องแบ่งปันประสบการณ์ด้าน
ลบในชีวิตและวิธีการเผชิญปัญหา

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

2. ใบความรู้ เรื่องผลกระทบของอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท
3. การ์ดสถานการณ์

สถานที่

ห้องกิจกรรม เป็นห้องที่เหมาะสมควรมีขนาดพอเหมาะกับจำนวนคนที่ต้องเข้ามาทำกิจกรรม
ทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ การจัดความห่างของกลุ่มย่อย เพื่อให้เสียงไม่รบกวน

การประเมินผล

1. สังเกตสีหน้าท่าทาง การตอบคำถาม และความสนใจ

ส่วนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องข้อความหรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด หย่า คู่ แยกกันอยู่ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน อนุปริญญา ประถมศึกษา
 ปริญญาตรี มัธยมศึกษา อื่นๆระบุ.....
5. อาชีพ
 ว่างาน รับจ้าง รับราชการ
 ค้าขาย เกษตรกรรม อื่นๆระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน
7. จำนวนการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
9. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย.....

2.2 แบบวัดอาการทางลบ

แบบวัดอาการทางลบ

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1			
2	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3			
4			
5			
6	ไม่สนใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นการทำบุญตามประเพณี งานเทศกาล รื่นเริงกับบุคคลอื่น		
8	มักอยู่คนเดียวเสมอ		
9			
10	หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือพูดคุยกับคนอื่นก่อน		
11	บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆ ไม่ได้เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือ น้ำพึ่งเรือเสือพึ่งป่า		
12	ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		

2.3 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ Development the functional ability assement tool for chronic Schizophrenic ตามแนวคิดพัฒนา โดย ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2557)

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย.....หรือผู้ป่วย.....วันที่ประเมิน
.....ผู้ประเมิน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความระดับความสามารถ ที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริง
ของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล

เกณฑ์จัดระดับการดูแลตนเอง

ระดับ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระทำการ

ระดับ 2 ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม

ระดับ 3 ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่

ระดับ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้ด้วยตนเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

<input type="checkbox"/> ระดับ 1	<input type="checkbox"/> ระดับ 2	<input type="checkbox"/> ระดับ 3	<input type="checkbox"/> ระดับ 4
1.1 รับประทานอาหารและน้ำ 1) ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ 1) ไม่สามารถปฏิบัติขั้นตอนอื่นๆ ได้นอกจากการรับประทานอาหารและน้ำเองได้ด้วยตนเอง	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เข้าแถว 4) เดินมารับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6).....	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เข้าแถว 4) เดินมารับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6)..... 7)..... 8).....

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

<input type="checkbox"/> ระดับ 1	<input type="checkbox"/> ระดับ 2	<input type="checkbox"/> ระดับ 3	<input type="checkbox"/> ระดับ 4
<p>1.2 การนอน</p> <p>1) ไม่สามารถเตรียมตัวก่อนเข้านอนและ/หรือเตรียมที่นอน เครื่องนอน</p> <p>2) ไม่สามารถเข้านอนได้ด้วยตนเองไม่รู้ว่าที่นอนของตนเองอยู่ตรงไหน</p> <p>3) ตื่นนอนในตอนเช้า: เก็บเครื่องนอน ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้</p>	<p>1.2 การนอน ทำได้</p> <p>เพียง</p> <p>1) เตรียมตัวก่อนเข้านอนได้แต่เจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือทั้งในเรื่องการล้างหน้า แปรงฟัน</p> <p>2) ไม่สามารถเตรียมเครื่องนอนก่อนนอนได้ตามลำพังเจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือ</p> <p>3) เข้านอนในที่นอนของตนเองได้</p> <p>4) ตื่นนอนในตอนเช้า: เก็บเครื่องนอน ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามลำพัง เจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือจนเสร็จกิจกรรม</p>	<p>1.2 การนอน</p> <p>1) การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน</p> <p>2) เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน</p> <p>- ปูที่นอน ผ้าคลุมเตียง</p> <p>- ใส่ปลอกหมอนวางหมอนไว้หัวเตียง</p> <p>3) สวดมนต์</p> <p>4) เข้านอนในที่ของตัวเอง ห่มผ้า</p> <p>5) ตื่นนอนในตอนเช้า: เก็บเครื่องนอน</p> <p>- พับ ผ้า ห่ม ไว้</p> <p>ปลายเตียง</p> <p>- เก็บดิ่งผ้าปูเตียงให้ตั้ง</p> <p>- วางหมอนไว้หัวเตียง</p> <p>- คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง</p>	<p>1.2 การนอน</p> <p>1) การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน</p> <p>2) เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน</p> <p>- ปูที่นอน ผ้าคลุมเตียง</p> <p>- ใส่ปลอกหมอนวางหมอนไว้หัวเตียง</p> <p>3) สวดมนต์</p> <p>4) เข้านอนในที่ของตัวเอง ห่มผ้า</p> <p>5) ตื่นนอนในตอนเช้า: เก็บเครื่องนอน</p> <p>- พับ ผ้า ห่ม ไว้</p> <p>ปลายเตียง</p> <p>- เก็บดิ่งผ้าปูเตียงให้ตั้ง</p> <p>- วางหมอนไว้หัวเตียง</p> <p>- คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง</p>

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

<input type="checkbox"/> ระดับ 1	<input type="checkbox"/> ระดับ 2	<input type="checkbox"/> ระดับ 3	<input type="checkbox"/> ระดับ 4
<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1)..... 2).....	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1)..... 2).....	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1)..... 2).....	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1)..... 2).....
<u>1.4 การขับถ่าย</u> 1)..... 2).....	<u>1.4 การขับถ่าย</u> 1)..... 2).....	<u>1.4 การขับถ่าย</u> 1)..... 2).....	<u>1.4 การขับถ่าย</u> 1)..... 2)..... 3).....
<u>1.5 การออกกำลังกาย</u> 1).....	<u>1.5 การออกกำลังกาย</u> 1).....	<u>1.5 การออกกำลังกาย</u> 1).....	<u>1.5 การออกกำลังกาย</u> 1).....
<u>1.6 การเดินทาง</u> 1)..... 2).....	<u>1.6 การเดินทาง</u> 1)..... 2).....	<u>1.6 การเดินทาง</u> 1)..... 2).....	<u>1.6 การเดินทาง</u> 1)..... 2).....
<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1).....	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1).....	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1).....	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1).....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)

□ ระดับ 1	□ ระดับ 2	□ ระดับ 3	□ ระดับ 4
<p>2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น</p> <p>1) ไม่สื่อสารกับผู้อื่น รวมถึงการโต้ตอบไม่ตรงคำถาม หรือพูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง</p>	<p>2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น</p> <p>1) สื่อสารกับผู้อื่นได้บ้าง แต่เป็นในลักษณะถามคำตอบคำสั้นๆ</p> <p>2) ยังไม่เป็นผู้เริ่มต้น การสนทนา</p> <p>3) ไม่สบตาระหว่าง การสนทนา</p> <p>4) ยุติการสนทนา กลางคัน หรือเดินหนีจากไป</p> <p>5) ต้องกระตุ้นให้โต้ตอบตลอดเวลา</p>	<p>2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น</p> <p>1) สื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น กล่าว ทักทายผู้อื่นสั้นๆได้ เช่น ยิ้มให้ สวัสดี หรือ ยกมือไหว้เมื่อเจอกันในตอนเช้า สามารถตอบคำถามประโยคยาวๆได้</p> <p>2) ยังไม่เป็นผู้เริ่มต้น การสนทนา</p> <p>3) สบตาระหว่างการสนทนา</p> <p>4) ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา</p> <p>5) ต้องดึงผู้ป่วยกลับสู่เรื่องราวที่เป็นประเด็นสนทนา</p>	<p>2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น</p> <p>1) สื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี สามารถทักทายผู้อื่นได้ สามารถตอบคำถาม ประโยคยาวๆได้และในทันที</p> <p>2) เริ่มต้นการสนทนาได้เอง</p> <p>3) สบตาระหว่างการสนทนา</p> <p>4) ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา</p> <p>5) แสดงความคิดเห็นของตน หรือให้เหตุผลต่อประเด็นที่สนทนาได้ และเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง</p>

2. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)

<input type="checkbox"/> ระดับ 1	<input type="checkbox"/> ระดับ 2	<input type="checkbox"/> ระดับ 3	<input type="checkbox"/> ระดับ 4
2.2 การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น 1)..... 2).....	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น 1)..... 2)..... 3).....	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น 1)..... 2)..... 3)..... 4).....	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

3. ความสามารถในการทำงาน (Task capacity)

<input type="checkbox"/> ระดับ 1	<input type="checkbox"/> ระดับ 2	<input type="checkbox"/> ระดับ 3	<input type="checkbox"/> ระดับ 4
3.1 การเริ่มต้นทำงาน 1)	3.1 การเริ่มต้นทำงาน 1)	3.1 การเริ่มต้นทำงาน 1)	3.1 การเริ่มต้นทำงาน 1)
3.2 สมาธิ 1).....	3.2 สมาธิ 1).....	3.2 สมาธิ 1).....	3.2 สมาธิ 1).....
3.3 ปฏิสัมพันธ์ 1).....	3.3 ปฏิสัมพันธ์ 1).....	3.3 ปฏิสัมพันธ์ 1).....	3.3 ปฏิสัมพันธ์ 1).....
3.4 ความเป็นอิสระ 1).....	3.4 ความเป็นอิสระ 1).....	3.4 ความเป็นอิสระ 1).....	3.4 ความเป็นอิสระ 1).....
3.5 การทำงานตาม ขั้นตอน 1).....	3.5 การทำงานตาม ขั้นตอน 1).....	3.5 การทำงานตาม ขั้นตอน 1).....	3.5 การทำงานตาม ขั้นตอน 1).....
3.6 ความละเอียด เรียบร้อย 1).....	3.6 ความละเอียด เรียบร้อย 1).....	3.6 ความละเอียด เรียบร้อย 1).....	3.6 ความละเอียด เรียบร้อย 1).....
3.7 ความรับผิดชอบ 1).....	3.7 ความรับผิดชอบ 1).....	3.7 ความรับผิดชอบ 1).....	3.7 ความรับผิดชอบ 1).....

ส่วนที่ 3

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง (อยู่ในระยะกำลังดำเนินการขอใช้เครื่องมือ)

3.1 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท

Berkeley Expressivity Questionnaire

แบบสอบถามการแสดงออกของ Berkeley

แบบสอบถามการแสดงออกของ Berkeley ประเมิน 3 ด้านของการแสดงออกทางอารมณ์ : การแสดงทางลบ, การแสดงทางบวก และพลังกระตุ้น

สำหรับประโยคข้างล่าง, ได้โปรดระบุว่าคุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยการเติมในช่องว่างแต่ละข้อด้วยตัวเลขที่เหมาะสมตามระดับการจัดลำดับ

	1	2	3	4	5	6	7
	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก			กลางๆ		เห็นด้วยอย่างมาก	
___ 1. เมื่อฉันรู้สึกอารมณ์บวก, ผู้คนจะเห็นได้โดยง่ายว่าฉันรู้สึกอย่างไร							
___ 2. บางครั้งฉันร้องไห้เมื่อดูหนังเศร้า							
___ 3. ผู้คนไม่เข้าใจว่าฉันรู้สึกอย่างไรบ่อยๆ							
___ 4. ฉันหัวเราะดังๆ เมื่อใครบางคนเล่าเรื่องขำขันที่ฉันคิดว่ามันตลก							
___ 5.							
___ 6.							
___ 7.							
___ 8.							
___ 9.							
___ 10.							
___ 11.							
___ 12.							
___ 13.							
___ 14.							
___ 15.							
___ 16. อะไรที่ฉันกำลังรู้สึกจะถูกเขียนลงบนทั่วไปหน้าของฉัน							

การให้คะแนน

ข้อ 3, 8, และ 9 เป็นคะแนนกลับกัน

ข้อ 3, 5, 8, 9, 13, 16 สร้างอารมณ์ด้านลบ

ข้อ 1, 4, 6, 10 สร้างอารมณ์ด้านบวก

ข้อ 2, 7, 11, 12, 14, 15 สร้างพลังแรงกระตุ้น

การให้คะแนนให้ถูกเก็บอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทั้งหลายสามารถเก็บทั้ง 2 ด้าน เป็นคะแนนแยกกัน หรือรวมเข้าด้วยกัน เพื่อประกอบเป็นระดับการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม



คู่มือการส่งเสริมการทำหน้าที่ (สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)



จัดทำโดย

นางสาวอาทิตย์ยา นุ่มเนียม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาทิตย์ยา นุ่มเนียม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 103/3-4 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองปากน้ำ ถ.สายลวด ต.ปากน้ำ อ.เมือง

จ. สมุทรปราการ 10270

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 085-5668677 **Email** chnnp7@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 40 คน แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติและการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์

3.2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนก

โรคขององค์การอนามัยโลก และไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อายุ 20-59 ปี มีอาการทางลบ โดยใช้เกณฑ์คะแนนอาการทางด้านลบระหว่าง 5-13 คะแนน เข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 8 ครั้งตามที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที ทั้งหมด 4 สัปดาห์

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) กิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสมุทรปราการในจัดบริการให้กับผู้ป่วยจิตเภท ให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในชุมชน การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.การพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับยา การรับประทานยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ และอาการข้างเคียงจากยาโดยมีการตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จะดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย เช่น ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ดูแลเมื่อมีอาการที่เป็นอันตรายแก่ชุมชน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Won.et.al (2012) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง (Emotion perception training)

1) สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในเรื่อง ความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ **หมายถึง** การสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาลในการพบปะกันครั้งแรก ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนสมาชิกให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยและให้เกิดทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ครั้งละ 10 นาที การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในเรื่อง ความหมายของอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ การอธิบายโดยพยาบาลและให้ความรู้ให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจ ครั้งละ 80 นาที

2) ระบุปัญหาทางอารมณ์โดย การเรียนรู้อารมณ์จากคำ **หมายถึง** พยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยนั้นระบุอารมณ์โดยใช้อุปกรณ์สาดิผ่านกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยนั้นเกิดทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง ครั้งละ 90 นาที ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการรับรู้อารมณ์ของ

ตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัจจัยการรับรู้อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Kee et al., 2003) และในด้านสัมพันธภาพที่สูญเสียไปในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูญเสีย มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาททำหน้าที่ทางสังคม (Dickerson, Pratt, and Ringer, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะการสร้างสัมพันธภาพย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression training)

1) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทาง **หมายถึง** พยาบาลฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านใบหน้าและท่าทางโดยใช้อุปกรณ์สาดิตผ่านกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้เกิดทักษะการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ครั้งละ 90 นาที

2) ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ภาษา **หมายถึง** พยาบาลฝึกทักษะการแสดงออกทางโดยใช้ภาษาและใช้อุปกรณ์สาดิตผ่านกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้เกิดทักษะการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ครั้งละ 90 นาที

ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมผ่านทางใบหน้า ท่าทาง และภาษา ซึ่งพบว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมทางใบหน้า ท่าทาง และภาษา ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลง ทำให้มีแนวโน้มว่างงานเพิ่มขึ้น (Shannon, David and Penn, 2006; Periolotasa, Gramholm and Patterson, 2004) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ด้านการทำงาน

กิจกรรมที่ 3 ฝึกการประยุกต์ใช้อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ (Emotion application training) **หมายถึง**

1) การปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา **หมายถึง** พยาบาลให้ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและเขียนเป็นประโยคออกมาจากความรู้สึกกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อฝึกฝนทักษะการใช้อารมณ์ที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลตามสถานการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที

2) การสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ **หมายถึง** การอธิบายสถานการณ์และการฝึกทักษะโดยใช้อุปกรณ์สาดิต การเรียบเรียงประโยคอารมณ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์จำลอง ครั้งละ 90 นาที

ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 3 เพิ่มทักษะการประยุกต์ใช้อารมณ์อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น (Green, Horan and Lee, 2015)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Emotion control training)

1) ฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ หมายถึง ฝึกฝนทักษะการตระหนักรู้ในตนเองโดยใช้อุปกรณ์สาดิตและค้นหาความคิดทางอารมณ์ เพื่อให้ได้ทราบสาเหตุการเกิดอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทและเกิดทักษะโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที

2) ฝึกทักษะการเผชิญกับความรูสึกทางลบ หมายถึง ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญกับความรูสึกทางลบโดยเลือกวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม ได้ทราบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและถูกต้อง ครั้งละ 90 นาที ประโยชน์ของกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการควบคุมอารมณ์ ในด้านความคิดและอารมณ์ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Browne et al., 2016) จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดี (Couture et al., 2006) ขึ้นและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ (Penn et al., 1997)

ตามคู่มือการใช้การส่งเสริมการทำหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.จะประเมินการใช้โปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวอาทิตย์ยา นุ่มเนียม ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085-5668677 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับโดยหากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับค่าเดินทางและค่าเสียเวลารายละ 300 บาท

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทพรปราการ โทรศัพท์ 02-1738374 โทรสาร 02-
1738551

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาทิตยา นุ่มเนียม

ที่อยู่ติดต่อ 103/3-4 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองปากน้ำ ถ.สายลวด ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.
สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ 085-5668677

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยจำแนกเป็น 4 กิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 02-1738374 โทรสาร 02-1738551

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวอาทิตย์ นุ่มเนียม) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY





หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ(ไทย) : ผลของโปรแกรมการจัดการทางอารมณ์ต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อโครงการ(อังกฤษ) : The Effect of Emotional Management Program on Functioning of Schizophrenic Patients

ผู้วิจัย : นางสาวอาทิตย์า นุ่มเนียม

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ลงนาม.....

(นายประภากร จ่านงประสาทร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ลงนาม.....

(นางกัลยา ตีระวัฒนานนท์)

ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

หมายเลขรับรอง Nq00761
วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม 2561
วันที่รับรองหมดอายุ 15 พฤษภาคม 2562

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอาทิตย์ยา นุ่มเนียม เกิดวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2530 จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ปีการศึกษา 2552 สำเร็จศึกษาในหลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีการศึกษา 2555 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ กระทรวงสาธารณสุข สมุทรปราการ

