

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NEGATIVE SYMPTOMS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF
PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
โดย	น.ส.วฤณดา อธิคณาพร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมมุทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมมุทร์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วฤณดา อธิคณาพร : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. (THE EFFECT OF NEGATIVE SYMPTOMS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธิ์

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
- 2) เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วย จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการจัดการอาการทางลบและทักษะที่เกี่ยวข้อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบวัดทักษะชีวิต เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยแบบวัดทักษะชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077310036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: CHRONIC SCHIZOPHRENIA, NEGATIVE SYMPTOMS MANAGEMENT PROGRAM,
FUNCTIONING

Warinda Athikanaporn : THE EFFECT OF NEGATIVE SYMPTOMS MANAGEMENT PROGRAM ON
FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA . Advisor: Asst. Prof. Pennapa
Dangdomyouth, Ph.D.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the functioning of patient with chronic schizophrenia before and after received the negative symptoms management program, and 2) to compare the functioning of patient with chronic schizophrenia who received negative symptoms management program and those who received regular nursing care activities. Forty of patients with chronic schizophrenia who received services in in-patient department, Somdet chaopraya institute of psychiatry, who met the inclusion criteria. They were matched pairs by gender and duration of illness and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the negative symptoms management program composed of 7 group activities for 3 weeks to improve negative symptoms management skill and relevant skill. The control group received regular nursing care activities. The research instrument consisted; 1) The Negative Symptoms Management Program, 2) Demographic questionnaire, and 3) The Life Skill Profile. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the Life Skill Profile was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .88 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Major findings were as follows:

1. The functioning of patients with chronic schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than before, at p .05 level;

2. The functioning of patients with chronic schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than that who received regular nursing care activities, at p .05 level;

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ให้คำแนะนำปรึกษาอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเทและความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตากรุณา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของอาจารย์เป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเคซาร์ักษ์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้อนุมัติโควตาการศึกษาต่อ ขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและผู้ช่วยจิตแพทย์ทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งทุกท่านเป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อด้านเอกสารต่างๆ ในการดำเนินการวิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคนที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจกันและกัน เป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

สุดท้ายนี้ ขอรำลึกถึงพระคุณบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในชีวิต ได้แก่ นายอุบล กาฬภักดี และนางทิพภา อธิคณาพร ผู้เป็นบิดาและมารดา ที่ให้ชีวิต ให้จิตใจที่เข้มแข็ง ให้การอบรมเลี้ยงดูด้วยความรักความอบอุ่นและเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยเสมอมา ขอบพระคุณญาติพี่น้องและเพื่อนรักทุกคนที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณ คุณรัตนา ตู่แก้ว ที่คอยอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยในทุกด้านทั้งในด้านการศึกษาและการใช้ชีวิต คุณค่าและประโยชน์ใดๆ ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอบแต่บุพการี ครูบาอาจารย์ รวมทั้งผู้ช่วยจิตแพทย์ทุกท่านซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ขอให้ทุกท่านมีพลั่งกายพลั่งใจที่เข้มแข็งต่อไป

วណดา อธิคณาพร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่.....	33
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	40
4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.....	42
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	109
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	118
สรุปผลการวิจัย.....	123
อภิปรายผลการวิจัย.....	124
ข้อเสนอแนะ	138
บรรณานุกรม.....	141
ภาคผนวก.....	153
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	154
ภาคผนวก ข การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	157
ภาคผนวก ค คະแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองและการแปลผล ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) และคະแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุม และการแปลผล ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	161
ภาคผนวก ง การเปรียบเทียบคະแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Paired sample t-test และการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test.....	166
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	173
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (inform consent form)	196
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย.....	204

ภาคผนวก ช หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย..... 208

ภาคผนวก ฉ หลักฐานการขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
 211

ประวัติผู้เขียน..... 213



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ 43

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่..... 79

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 81

ตารางที่ 4 คะแนนอาการทางลบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)..... 105

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ..... 110

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาความเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 111

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 113

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 114

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 115

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)..... 116

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)..... 117

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	51
ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria).....	56
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	108



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์ มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงานและการเข้าสังคม โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization, 2018) ทั้งนี้ อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2016) สำหรับในประเทศไทยทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับการรักษาเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 17.78 (กรมสุขภาพจิต, 2560) อีกทั้ง สถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีงบประมาณ 2559-2561 พบผู้ป่วยที่มารักษาแบบผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2,450, 2,352 และ 2,466 รายตามลำดับ โดยพบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (งานสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ การดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) 2) ระยะอาการนำ (prodromal phase) 3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) และ 4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic/ residual phase) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยมักจะเข้าสู่อารมณ์ในโรงพยาบาลในระยะโรคกำเริบ (active phase) ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการทางจิตชัดเจน มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 2 ปี หลังจากนั้นจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และเข้าสู่ระยะเรื้อรัง (chronic phase) ซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนเกิดอาการแสดงต่างๆ ต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) เป็นระยะที่อาการทางบวกลดลง แต่อาการทางลบและอาการทางการรู้คิดยังคงอยู่และพบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการทำหน้าที่ที่เสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป (American Psychiatric Association, 1987) มีปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การบกพร่องการทำหน้าที่ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม้จะมีอาการทางจิตสงบแต่ในวันที่จำหน่ายกลับบ้านยังมีการบกพร่องการทำหน้าที่ ถึงร้อยละ 93 บ่งบอกว่าอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น

ไม่ได้ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นตามไปด้วย (DUTESCU et al., 2018) ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในกลุ่มงานบำบัดระยะยาว ร้อยละ 42.2 สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ แต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ และร้อยละ 8.8 สามารถทำหน้าที่ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์, รสสุคนธ์ ชมชื่น, และสมศรี กิตติพิงศ์พิศาล, 2558) การบกพร่องทำหน้าที่จึงเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและยังคงอยู่แม้อาการทางจิตจะดีขึ้น

การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาพบได้ทั้งในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (first episode schizophrenia) และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) แต่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากกว่า โดยผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 61 ที่มีปัญหาในการทำหน้าที่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ป่วยอย่างน้อย 10 ปี ถึงร้อยละ 66 (Creado, Parkar, & Kamath, 2006) และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องการทำหน้าที่มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจะมีอาการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) ส่งผลให้การทำหน้าที่แย่ง ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระยะยาวอาการทางจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุ อาจจะมีอาการทางบวกอยู่บ้าง แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงป่วยครั้งแรก ส่วนอาการทางลบและอาการทางความคิดยังคงอยู่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (Mwansisya et al., 2013; Wang et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบความบกพร่องด้านความรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกซึ่งมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวกลับมาของผู้ป่วย (Verdoux, Liraud, Assens, Abalan, & Van Os, 2002)

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen, Hadzi-Pavlovic, and Parker (1989) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกระทำพฤติกรรมหรือการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสถานะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเอง 2) การควบคุมอารมณ์ 3) สัมพันธภาพในสังคม 4) การติดต่อสื่อสาร และ 5) ความรับผิดชอบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามแนวคิดดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ ดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่สนใจอาบน้ำ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว, และวิมล นุชสวาท, 2557) การแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับ (Foussias, Agid, Fervaha, & Remington, 2014; Galderisi et al., 2014) และจากการประเมินความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 75 คน พบว่า ร้อยละ 97.3 มีความบกพร่องด้านการ

ดูแลตนเอง (อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชสวัสดิ์, และณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์, 2561) 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจและมีปมด้อย (Deserno, Heinz, & Schlagenhaut, 2017; Ying, Wolf, & Wang, 2013) 3) สัมพันธภาพในสังคม ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ทำให้ไม่คิดริเริ่มที่จะทำกิจกรรมใดๆ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะผู้อื่นในสังคม เกิดความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Klingberg et al., 2011) 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยพูดน้อยลง (Alogia) พูดน้ำเสียงราบเรียบ ตอบคำถามช้า ทำให้เป็นการยากที่จะสื่อสารด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง (Millan, Fone, Steckler, & Horan, 2014) และผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันและ 90 วัน มีปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 25.71 และ 30.76 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนครินทร์, 2555) และ 5) ด้านความรับผิดชอบ ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Galderisi et al., 2014) และจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า สาเหตุของการเข้ารับการรักษาเกิดจากการขาดยามากที่สุดร้อยละ 60 (ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และ บุญเยี่ยม เต็มราชสี, 2561) การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิต และภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องการทำหน้าที่จะมีการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ได้ดี (Wu et al., 2017) อีกทั้งการบกพร่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลสูงขึ้นด้วย (Pazvantoğlu et al., 2014; Yazici et al., 2016; Yu et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบกพร่องการรู้คิด (cognitive impairment) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มี Cognitive impairment มีความสัมพันธ์กับการบกพร่องการทำหน้าที่ (Durand et al., 2015; Galderisi et al., 2014; Konstantakopoulos et al., 2011; Valencia et al., 2015) การรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่รับรู้การเจ็บป่วยและยอมรับการเจ็บป่วย จะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Erickson, Jaafari, & Lysaker, 2011; Sumiyoshi et al., 2016) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการรับรู้อารมณ์ของตนเอง จะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง (Irani, Seligman, Kamath, Kohler, & Gur, 2012) ความรุนแรงของอาการทางจิต อาการทางจิตที่รุนแรงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ได้แย่กว่าผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรงน้อย (Chi, Jeong, Lee, & Kim, 2016; Menendez-Miranda et al., 2015) ทักษะคิดที่มีต่อยา ผู้ป่วยที่มีทักษะคิดต่อการรับประทานยาจิตเวชที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีกว่า

ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา (Chi et al., 2016) การขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจจะขาดความคิดริเริ่มหรือความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2014; Pillny & Lincoln, 2016; Strauss et al., 2013) อาการทางบวก ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางบวก เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ความเป็นจริง ส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ลดลง (Galderisi et al., 2014; Godbout, Limoges, Allard, Braun, & Stip, 2007) อาการทางลบ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางลบ หรือมีอาการทางลบน้อยกว่าจะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่า (Chi et al., 2016; Menendez-Miranda et al., 2015; Reichenberg et al., 2014; Strassnig et al., 2018; Ventura et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อาการทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Bell, Corbera, Johannesen, Fiszdon, & Wexler, 2011; Schennach-Wolff et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Valencia et al. (2015) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ ($r = -0.60$, $p < .001$) และสามารถทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = 1.84$, $p = 0.008$) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบ ประมาณร้อยละ 20-40 ซึ่งพบได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (Buchanan, 2007 cited in Lutgens, Garipey, & Malla, 2017; Mwansisya et al., 2013; Wang et al., 2013) อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อย เฉื่อยชา เก็บตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์และคำพูดน้อยลง ขาดความสามารถในการสื่อสาร บกพร่องการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง (Galderisi, Mucci, Buchanan, & Arango, 2018)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลา จะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูเพื่อเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นการกระตุ้นและดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มบำบัดโดยพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเตรียมการจำหน่าย ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองเพียงด้านเดียว ยังไม่ครอบคลุมถึงการทำหน้าที่ด้านอื่นๆ แม้จะมีกลุ่มบำบัดรวมโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มโภชนาการ กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิต กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ แต่ยังไม่มีการบำบัดที่ส่งเสริม

การทำหน้าที่ที่ชัดเจน ประกอบกับระบบบริการที่จำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยใน ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ปีทมา ศิริเวช, 2552) ทำให้ยังพบปัญหาว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีปัญหการทำหน้าที่ ด้านต่างๆ เช่น ไม่สนใจดูแลตัวเอง แยกตัว ขาดยา โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีสาเหตุจากการขาดยามากที่สุดร้อยละ 60 (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราชี, 2561) และผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันและ 90 วัน มีปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 25.71 และ 30.76 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนครินทร์, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันและ ทักษะที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ ประกอบกับขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทำให้ไม่ได้ใช้ทักษะนั้นๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2558)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภท พบว่า มีการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับความเครียด (บุศกุล ศุภอักษร, 2553) โปรแกรม PDSD ที่ ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การให้ความรู้เรื่องยาจิตเวชและฝึก ทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเอง (Drug Compliance) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (Self-care) และการทำงานบ้าน (Domestic) (อรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์ และนิตยา สุริยะพันธ์, 2554) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่จากปัจจัยอื่นๆ ไม่ใช่อาการทางลบอันเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการทำ หน้าที่ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ พบว่ามีการศึกษาของ ศิรินันท์ ลีทองคำ (2558) ที่ใช้โปรแกรมจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลการวิจัย พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 แต่โปรแกรมหดงกล่าวยังไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจาก แนวคิดที่นำมาใช้เป็นแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะที่สำคัญ 3 ประการ คือ ทักษะการวางแผน ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวิจัยนี้ยังมี ข้อเสนอแนะให้คำนึงถึงการรู้คิด (cognitive function) ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักมีความ บกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive impairment) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีความบกพร่องการรู้คิด (cognitive function) ในด้านการวางแผนและการจัดการปัญหาซึ่งเป็นส่วน หนึ่งของ Executive function ที่อาจจะส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคม (อริยา

คัมภีร์, 2558) ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากยิ่งขึ้นในการจัดการอาการทางลบเพื่อช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนล่า (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Dodd et al. ผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่า การจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากอาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) โดยอาการทางบวกจะเป็นอาการที่มากกว่าคนปกติ ส่วนอาการทางลบจะเป็นอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติ แต่อาการทั้ง 2 กลุ่มเป็นอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทเหมือนกัน ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าหากใช้แนวคิดนี้จัดการอาการทางบวกแล้วอาการทางลบลดลงได้ก็น่าจะนำมาใช้จัดการอาการทางลบให้ลดลงได้เช่นกัน ประกอบกับการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งอาการในที่นี้หมายถึงอาการของโรคโดยทั่วไป และสามารถนำแนวคิดการจัดการอาการนี้ไปบูรณาการในการจัดการอาการที่เกิดจากโรคต่างๆ ได้ (Dodd et al., 2001) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of Symptom Management) ของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึง มิติที่มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และ ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ซึ่งประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) โดยแนวคิดของ Dodd et al. ระบุว่า ถ้า

บุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามหากลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งการตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (symptom experience) โดยพยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบของตนเอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินและค้นหากลวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น (symptom management strategies) ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ที่ต้องการคืออาการทางลบลดลง และส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

เนื่องจากความบกพร่องในการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยอาการทางลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจแก้ไขปัญหานี้ โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งเป็นการดูแลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลในการช่วยส่งเสริมการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในช่วงที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อันจะส่งผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานและพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อาการทางลบ (negative symptoms) ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบ ประมาณร้อยละ 20-40 ซึ่งพบได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (Buchanun, 2007 cited in Lutgens et al., 2017; Mwansisya et al., 2013; Wang et al., 2013) อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อย เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์และคำพูดน้อยลง ขาดความสามารถในการสื่อสาร พร่องการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากยิ่งขึ้นในการจัดการอาการทางลบเพื่อช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of Symptom Management) ของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึง มิติที่มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และ ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ซึ่งประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) โดยแนวคิดของ Dodd et al. ระบุว่า ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น ซึ่งอาการที่รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้การทำหน้าที่ลดลง ผู้ป่วยจึงพยายามหากวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งการตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อนักป่วย และการจัดการอาการตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบของตนเอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินและค้นหากวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ (outcomes) ที่ต้องการคืออาการทางลบลดลงและส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาประยุกต์ใช้ได้แก่ การศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนล่า (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Dodd et al. ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ รวมทั้งกำหนดระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ ร่วมมือในการทำกิจกรรม เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ หวังดีจริงใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น (Haynes et al., 2005) จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ เพื่อส่งเสริมการรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น จะมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น (Dodd et al., 2001) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ในความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ และมีการตอบสนองต่ออาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป เมื่ออาการทางลบดีขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลที่เป็นจริงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื่อมโยงกับการ

บกร่องการทำหน้าที่ สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเป็นอยู่ และมีการดูแลสุขภาพที่ดี (Stein-Parbury, Gallagher, Chenoweth, & Luscombe, 2012) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการและการพัฒนาทักษะต่างๆ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบวิธีต่างๆ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ และให้เรียนรู้จากตัวแบบจริง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบ มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมและเคยมีประสบการณ์การรับรู้อาการทางลบ โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันสัมภาษณ์ตัวแบบว่ามีลักษณะอาการอย่างไร มีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง แล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการอาการทางลบของตนเอง การมีแนวทางในการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dodd et al., 2001) ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นด้วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้ง ให้สมาชิกทบทวนตัวเองเกี่ยวกับปัญหาหรือมีความเชื่อที่ทำให้ต้องหยุดยาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ (Orem, Taylor, & Renpenning, 2000) การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดี (Mausbach et al., 2013)

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง มักใช้การแก้ปัญหาแบบเก็บกด ส่งผลให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 35 (Kimhy et al., 2012) และในระยะยาวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมากจะยังมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (Galderisi et al., 2013)

การพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และแสดงอารมณ์ พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากการบกพร่องด้านความคิด ภาษาและการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Muralidharan, Finch, Bowie, & Harvey, 2018) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น (ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, 2557) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารดีขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมจะมีการทำหน้าที่ในระดับต่ำ (Llorca, Blanc, Samalin, Bosia, & Cavallaro, 2012) การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม รวมทั้งให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย โดยผลลัพธ์คือการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ประเมิน ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ เพื่อปรับปรุงสิ่งที่ยังบกพร่องอยู่ เพื่อให้การจัดการอาการทางลบมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลลัพธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ หมายถึง กิจกรรมการบำบัดที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที จำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ในครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ ร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเอง และรับรู้ความรุนแรงของอาการ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื่อมโยงกับการบกร่องการทำหน้าที่ สาเหตุอาการ และการรักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลที่เป็นจริงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเป็นข้อมูลในการแสวงหาวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 โดยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ และให้เรียนรู้จากตัวแบบจริง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้ง ให้สมาชิกทบทวนตัวเองเกี่ยวกับปัญหาหรือมีความเชื่อที่ทำให้ต้องหยุดยาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและแสดงอารมณ์ พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้ผู้ป่วยฝึก

ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ ฝึกการยอมรับฟังความคิดเห็นความรู้สึกของผู้อื่น และฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม และทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 หมายถึง ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 โดยการทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับ และให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ และปรับปรุงสิ่งที่ยังบกพร่องอยู่ เพื่อให้การจัดการอาการทางลบมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือมีการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านต่างๆ การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม การติดต่อทางสังคมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูดและกิริยาที่เหมาะสมในการสนทนากับผู้อื่น ตลอดจนมีความรับผิดชอบ สามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบในทรัพย์สินส่วนตัวและของผู้อื่น ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ของ (Rosen et al., 1989) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ วรรณชาติ (2550)

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 – F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยบำบัดระยะยาว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกิจกรรมบำบัด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มโภชนาการ กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนันทนาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บกพร่องการทำหน้าที่โดยใช้บทบาทของพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.8 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
 - 1.9 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการบกพร่องการทำหน้าที่
 - 1.10 อาการทางลบที่ส่งผลต่อการบกพร่องการทำหน้าที่
2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่
 - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของการทำหน้าที่
 - 2.2 ปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
 - 2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
 - 2.4 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดการจัดการอาการ
4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง โดยคำว่า จิตเภท มาจาก คำว่า “จิต” แปลว่า จิตใจ และ “เภท” แปลว่า แยกแยก ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก คือ ภาวะการแตกแยกของอารมณ์ ความรู้สึกและสติปัญญา ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมาจากภาษากรีก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ. 1908 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน (Sadock & Sadock, 2016) นอกจากนี้ มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้มากมาย ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม จะต้องมีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีความผิดปกติจากโรคทางสมอง อาการทางกาย พิษจากยาและสารเสพติด

Sadock and Sadock (2003) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวกและอาการทางลบ เป็นสาเหตุของความเสื่อม การรับรู้ ดังนั้น อาการของโรคจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมและการทำหน้าที่

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-V) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตเวชที่มีความเรื้อรังและรุนแรง มีอาการเด่นคือ การบกพร่องความคิด การรับรู้และพฤติกรรม

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง ด้านกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพแสดงออกโดยพฤติกรรมแยกตัว ถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ซึ่งจัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เรียกว่า The 10th Edition of the International Classification Diseases (ICD-10) และได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีอาการเด่น คือ การบกพร่องด้านความคิด อารมณ์ ภาษา การรับรู้ และการรู้สำนึกในตนเอง จะมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการเรียน

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเรื้อรังและรุนแรง มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการด้านบวกและอาการด้านลบ โดยต้องมีความผิดปกติในระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

1) พันธุกรรม (Genetic factors) พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเสี่ยงสูง ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วยมีความเสี่ยงร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาเดียวกันมีความเสี่ยงร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงร้อยละ 12 ลูกที่บิดาและมารดาป่วยมีความเสี่ยงร้อยละ 40 คู่แฝดไข่ใบเดียวกันกับผู้ป่วยมีความเสี่ยงร้อยละ 47 (กนกวรรณ ลิมศรีเจริญ, 2558) โรคนี้เกิดจากความผิดปกติยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลวงจรต่างๆ ในระบบเซลล์ประสาท ยีนที่สำคัญในกระบวนการดังกล่าวได้แก่ Dysbindin (Dystrobrevin binding protein 1), Neuregulin1 (NRG1) และ disrupted in schizophrenia (DISC-1) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) สารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Dopamine จากการศึกษาที่มีสมมติฐานว่าเกิดจาก Dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ Mesolimbic และ Mesocortical tract (D_2 receptor) นอกจากนี้ สารสื่อประสาทชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น Serotonin พบว่า Serotonergic hypoactivity โดยเฉพาะ 5-HT_{2A} receptor ใน Frontal cortex ทำงานลดลง และ Norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ Gamma-aminobutyric acid (GABA) ถ้าทำงานน้อยลง Dopamine จะทำงานมากเกินไป นอกจากนี้ยังมี Glutamate ซึ่งมี NMDA (N-methyl-D-aspartic acid) receptor ทำงานน้อยลง รวมทั้ง Acetylcholine และ Nicotine ทำงานน้อยลง (กนกวรรณ ลิมศรีเจริญ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3) ประสาทกายวิภาค พบว่าสมองของผู้ป่วยจิตเภทจะมี Ventricle และ Sulci โตกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณ Limbic และ Thalamus การฝ่อของ Prefrontal cortex

ขนาดของ Hippocampus และ Amygdala ที่ลดลง และพบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าคนปกติ (กนกวรรณ ลิมศรีเจริญ, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่าสมองมีสภาพ hypofrontality คือ การไหลเวียนเลือดบริเวณสมอง (Cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณ Frontal lobe ตรงส่วน Prefrontal cortex และบางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ Limbic และ Periventricle (กนกวรรณ ลิมศรีเจริญ, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

5) ปัจจัยระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ระหว่างตั้งครรภ์พบว่า หากมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ลดการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เลือดที่ผ่านรกไปเลี้ยงทารกลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจนในส่วนต่างๆ ส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารก ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการคลอด Cephalopelvic disproportion ทำให้เกิดการติดเชื้อมีได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ การติดเชื้อมีได้ระหว่างตั้งครรภ์ การขาดสารอาหาร ทำให้เกิดภาวะจำกัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งพบว่าเด็กจะมีขนาดสมองส่วน Cortical gray matter และ Hippocampus ลดลง ขนาดของ Lateral ventricle ใหญ่ขึ้น ซึ่งพบได้มากในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภทได้ (กนกวรรณ ลิมศรีเจริญ, 2558)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) การรับรู้และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3) ความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเองและความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะและขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

4) การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (Child abuse) หรือ การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma) มีการศึกษาพบว่า การได้รับการกดขี่ข่มเหงไม่ว่าจะเป็นทางกาย หรือทางใจ การถูกกระทำชำเราทางเพศ การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็กล้วนแต่เป็นปัจจัยร่วมในการพัฒนาการเกิดโรคจิตเภททั้งสิ้น ยิ่งได้รับแรงกระทบจากเหตุการณ์เหล่านี้มากเท่าใด ยิ่งมีผลต่อการพัฒนาการเกิดโรคจิตเภทมากเท่านั้น (ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ, 2560)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคม (Sociological factors)

สภาพสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท เช่น

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ จากสถิติพบว่าประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) การเลี้ยงดูในครอบครัว โดยพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้ง พยายามดึงเด็กเข้ามาเป็นพวกของตน จนเด็กเกิดความลังเล ไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม นอกจากนี้ พบว่า ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (High Expressed Emotion: high EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร จู้จี้ ยุ่งเกี่ยวมากเกินไปมีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเกิดอาการได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มที่จะป่วยหรือจุดอ่อน (Vulnerability) บางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับความกดดันหรือสิ่งกระตุ้น (Stress) บางประการทำให้เกิดโรคจิตเภทขึ้นมา โดยสภาพกดดันหรือสิ่งกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) หมายถึง อาการที่มีมากกว่า คนปกติทั่วไป (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่

1) อาการหลงผิด (delusion) คือ ความคิดหรือความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง เช่น ผู้ป่วยคิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่าสามี/ภรรยามีชู้ คิดว่ามีคนมาหลงรักตนเอง คิดว่ามีคนพูดถึงเรื่องราวของตนเอง

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ การรับรู้ที่ผิดปกติทางประสาทสัมผัส มีทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) อาการหูแว่ว (auditory hallucination) ซึ่งพบได้มากที่สุด เช่น ได้ยินเสียงคนพูดโดยที่ไม่มีใครพูดด้วย ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดโต้ตอบด้วย 2) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เช่น เห็นภาพคนหรือสิ่งของที่ไม่มีอยู่จริง 3) อาการหลอนทางกายสัมผัส (tactile hallucination) เช่น รู้สึกถูกสัมผัส รู้สึกว่ามีตัวแมลงไต่ตามตัว 4) อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) เช่น ผู้ป่วยได้กลิ่นแปลกๆ ที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่น และ 5) อาการประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination) ผู้ป่วยรับรสผิดไป เช่น หวาน เค็ม ขม หรือรสแปลกๆ อย่างอื่น

3) อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (disorganized thought and speech) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด ขาดความเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามเหตุการณ์ได้ เวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจะไม่ค่อยเข้าใจ คำพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งโดยเรื่องที่เปลี่ยนไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเล็กน้อย (loosening of association) พูดไม่รู้เรื่อง

4) อาการด้านพฤติกรรมไม่มีแบบแผน (disorganized behavior) มีพฤติกรรมวุ่นวาย แสดงพฤติกรรมแบบเด็ก พลุ่พล่า่นกระวนกระวาย แต่งตัวแปลกประหลาด สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี พูดพึมพำในที่สาธารณะ หรือตะโกน แข่งดำหรือหัวเราะขึ้นมาอย่างกะทันหัน บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

5) พฤติกรรมเคลื่อนไหวน้อยหรือมากเกินไป (catatonic behavior) หมายถึง ช่วงที่กล้ามเนื้อแข็งเกร็งและไม่เคลื่อนไหว ภาวะเงิบงันและต่อต้าน (negativism) หรือช่วงอาการคลั่งรุนแรง ผู้ป่วยอาจแสดงลักษณะท่าทางของร่างกายในรูปแบบที่แข็งหรือแปลกประหลาดเป็นระยะเวลาสั้น และต่อต้านแรงที่พยายามขยับร่างกายผู้ป่วย

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) หมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติ (Millan et al., 2014) ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานในการตอบคำถาม โต้ตอบช้า หรือพูดแต่เรื่องเดิมๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนายาก
- 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์น้อยมาก สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) ไม่ค่อยสบตา บางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก
- 3) Amotivation ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจตัวเอง อาจนั่งอยู่เฉยๆ ได้ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ
- 4) Anhedonia ภาวะสิ้นยินดี รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้น ขาดความร่าเริงใจในการทำกิจกรรมหรือการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น
- 5) Asociality หลีกเลียงการเข้าสังคม แยกตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน มีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อย

1.4 การดำเนินโรค

ลำดับความเป็นไปได้ของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

- 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้านการรู้คิด (cognitive) ในระดับเล็กๆ น้อยๆ ไม่ชัดเจน
- 2) ระยะอาการนำ (prodromal phase) ส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจง ตามมาด้วยอาการด้านลบ มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตัวเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการทางบวกแบบเล็กน้อย (attenuated positive symptom) เช่น มีพฤติกรรมแปลกๆ อาจดูระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด และอาการด้านการรู้คิด (cognitive) เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะเวลาในการเกิดระยะนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 2-5 ปีก่อนอาการกำเริบ ผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวนหนึ่งก็ไม่เกิดอาการโรคจิตตามมา เนื่องจากอาการในระยะนี้คาบเกี่ยวกับสิ่งที่พบได้ตามปกติ

3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ในการป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาประมาณ 6 เดือนอาการจึงเริ่มทุเลา ช่วงที่อาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยมักหยุดยาเองและอีกไม่นานก็มีอาการกำเริบอีก โดยพบว่าร้อยละ 80 มักมีอาการกำเริบเป็นพักๆ ภายในช่วง 5 ปีแรก การป่วยครั้งหลังๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก โดยภาพรวมระยะนี้ผู้ป่วยจะอาการค่อยๆ แย่ลง ระยะเวลาช่วงนี้นานประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นระยะสำคัญ (critical period)

4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic/residual phase) ระยะนี้จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ในระยะยาวอาการทางจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้อาจจะมีอาการทางบวกอยู่บ้างแต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการทางลบและอาการด้านการรู้คิด (cognitive) จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน

นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งการดำเนินโรคจิตเภทออกเป็น 3 ระยะ ตามความรุนแรงของอาการทางจิต ดังนี้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อดิศักดิ์ ศาโรตกร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย, 2560)

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน รุนแรง อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และ/หรือทรัพย์สิน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ (disorganized) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

2) ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) เป็นระยะที่อาการของโรคลด ความรุนแรงลงอยู่ในช่วง 6 เดือนหรือมากกว่า หลังจากรักษาใน acute phase ผู้ป่วยอาการสงบแต่ยังต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3) ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ อาการด้านลบหรือด้านบวกที่เหลืออยู่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ความรุนแรงของอาการน้อยกว่าระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase)

1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทปัจจุบันสามารถทำได้ตามระบบการวินิจฉัย 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 ปี ค.ศ. 2013 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; Fifth edition; DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การจำแนกโรคและปัญหาทางสุขภาพนานาชาติ ฉบับที่ 10 ปี ค.ศ. 2016 (the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Ten Revision: ICD-10) (World Health Organization, 2016)

1.5.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition: DSM-V) มีดังนี้

A: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษา) และต้องมีอย่างน้อย 1 อาการในข้อ 1,2 หรือ 3

1. อาการหลงผิด (delusion)
2. อาการประสาทหลอน (hallucination)
3. ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) เช่น พูดสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized behavior or catatonic behavior)
5. อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ หรือขาดความสนใจในกิจกรรม

B: ระดับความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

C: มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งต้องมีช่วงที่มีอาการในข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) โดยช่วงที่เหลือซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลือ อาจมีเพียงอาการด้านลบหรือมีในข้อ A อย่างน้อย 2 อาการที่เหลืออยู่เพียงเล็กน้อย เช่น มีความเชื่อแปลกๆ หรือมีประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่ปกติ

D: ไม่มีอาการเข้าได้กับ Schizoaffective disorder, Depressive disorder หรือ Bipolar disorder ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E: อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

F: หากมีประวัติของโรค Autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นในวัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนเป็นการเด่นเพิ่มจากอาการอื่น ในข้อ A นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่า หากรักษาได้ผลดี)

1.5.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การจำแนกโรคและปัญหาทางสุขภาพนานาชาติ ฉบับที่ 10 ปี ค.ศ. 2016 (the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Ten Revision: ICD-10)

อาการต่างๆ ของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค ดังนี้

1) Thought echo, thought insertion, thought withdrawal และ thought broadcasting เป็นกลุ่มอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติของความคิด

2) Delusion of control, influence หรือ passivity เป็นการหลงผิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิด หรือการกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ส่วน delusion perception เป็นการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริงๆ เช่น เห็นแพทย์ขยับจมูกไปมาผู้ป่วยหลงผิดว่าการทำเช่นนี้หมายถึง ผู้ป่วยต้องไปบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

3) มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือเป็นเสียงหลอนที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

4) มีอาการหลงผิดอย่างอื่นโดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อยๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นไปไม่ได้ เช่น สร้างเอกลักษณ์ทางศาสนา หรือเอกลักษณ์ทางการเมือง หรือหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือพลังเหนือมนุษย์ เช่น มีความสามารถที่จะควบคุมอากาศหรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว เป็นต้น

5) มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อยๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้แต่ส่วนมากแล้วจะเป็นประสาทหลอนทางหู และต้องร่วมกับอาการหลงผิด โดยอาการหลงผิดอาจจะเป็นแล้วหายไปอย่างรวดเร็วหรืออาการหลงผิดเป็นแบบไม่เต็มรูปแบบ หรืออาการประสาทหลอนนั้นเกิดขึ้นทุกวัน เป็นเวลาหลายๆ สัปดาห์หรือหลายๆเดือน

6) กระแสความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมั่นนัยกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีลักษณะ neologism

7) มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำท่าต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมนิ่งเสมือนไม่มีชีวิต

8) มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และความสามารถทางสังคมลดลง จนส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม ทั้งนี้ ต้องแน่ใจว่าอาการในข้อนี้ไม่ได้เกิดจากอารมณ์เศร้าหรือยารักษาโรคจิต

9) มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ภัยจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

การจะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยต้องมีอาการตามข้อ 1) ถึงข้อ 4) ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจนมากๆ ถ้าอาการไม่ชัดเจนนักต้องมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ แต่ถ้าเป็นอาการตามข้อ 5) ถึงข้อ 8) ก็ต้องมีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ โดยอาการตามเกณฑ์เหล่านี้ ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือนหรือมากกว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน ว่าจะได้รับยาแล้วหรือไม่ก็ตาม ใน ICD-10 จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute schizophrenia-like psychotic disorder ไว้ก่อน แล้วจึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทภายหลัง ถ้าหากอาการนั้นเป็นอยู่ยาวนานกว่า 1 เดือน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทนั้นสามารถทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) และตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติส่วนใหญ่จิตแพทย์ในประเทศไทยจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดยใช้ระบบ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในการวินิจฉัยโรค แต่ในการบันทึกสถิตินั้นจะบันทึกตามระบบขององค์การอนามัยโลกเพื่อประโยชน์ทางด้านระบาดวิทยา จึงสรุปได้ว่า ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชในประเทศไทย จะใช้ระบบของ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในการจำแนกโรคโดยระบุเป็นชื่อโรคแล้วตามด้วยรหัส ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกในวงเล็บ (ภัทรารมณ พุงปันคำ, 2560)

ในการกำหนดประชากรและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่มีรหัสโรค F20 (F20.0 - F20.9)

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

1.6.1 หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.6.1.1 การรักษาด้วยยา เพื่อช่วยรักษาอาการของโรคให้ดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะเฉียบพลันของโรค การให้ยาจะช่วยแก้ไขพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นปกติโดยเร็วที่สุด ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเอง การให้ยาในระยะยาวจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 จะเป็นซ้ำอีกหลังจากหยุดยา 6-12 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องจะมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-30 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะพิจารณารักษากับผู้ป่วยที่มีอาการทาง Catatonia ทั้งในระยะ stupor หรือ excitement ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างมากและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.1.3 การรักษาด้านจิตสังคมหรือการฟื้นฟูทางจิตสังคม เป็นการให้ความรู้ด้านจิตสังคม (Education and Psychosocial Intervention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม กลับไปทำงานหรือเรียนได้ รูปแบบการรักษาทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ดังนี้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี และคณะ, 2560)

1) การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) การพยาบาลในระยะนี้ต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่ใช้สุรา ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช เป็นต้น

2) การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) ในระยะนี้การพยาบาลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับ

ความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษา

3) การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ในระยะนี้จะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม ได้แก่ พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ พัฒนาคุณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามอาการของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

หลักการพยาบาลทั่วไป (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้ความหมายของสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญ คือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดตนเอง และด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยตนเอง

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ทำให้การพยาบาลควรทำ คือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำ คือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆอย่างของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆกับผู้ป่วย

2.2) การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นบางภาพที่พยาบาลมองไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ใช้ระยะเวลา จะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับผู้อื่นโดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจทำร้ายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและหลงผิด นอกจากนี้ สิ่ง que ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.8 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร (2534) อธิบายว่า โรควิตเภทแบ่งตามระยะเวลาที่ป่วยได้เป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผิดปกติ เกิดอาการแสดงต่างๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องติดต่อกัน ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี 2) ระยะเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผิดปกติเกิดอาการแสดงต่างๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

สุดาพร สถิตยทุทธการ (2559) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรควิตเภท โดยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติตั้งแต่หนึ่ง

ครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD10 ที่ระบุว่าได้รับการรักษาระยะยาว (long term care) โดยอาจจะมีหรือไม่มีอาการทางลบก็ได้

Goldman, Gattozzi, and Taube (1981) ได้กำหนดรายละเอียดการจำกัดความโรคเรื้อรังทางจิตเวชว่ามีหลักเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การวินิจฉัยโรคมีความรุนแรงและคงอยู่นาน 2) ระยะเวลาการดำเนินโรค ทั้งนี้ การกำหนดระยะอาจแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน เช่น สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1987) กำหนดระยะเวลาการดำเนินโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ขณะที่ Liberman (1988) ระบุว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 ครั้งนาน 6 เดือน ในรอบ 5 ปี หรือเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบ 1 ปี และ 3) การสูญเสียความสามารถในบทบาทพื้นฐานชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การคิดเองทำเองอย่างเหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การติดต่อทางสังคม การเรียนรู้และสร้างสรรค์ และการมีรายได้หาเลี้ยงตนเอง

Lamberti (2001) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จัดอยู่ในระยะเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ครั้ง มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในระยะการดำเนินของโรคทั้งในระยะอาการนำและอาการกำเริบ โดยในระยะเรื้อรังผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการแยกตัวเอง มีความคิดเข้าข้างตนเอง มีความบกพร่องในการดูแลสุขอนามัยของตนเองและการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่เรียบเฉยหรือไม่เหมาะสม พูดน้อยหรือพูดต่อเติมเสริมแต่งความคิดที่ไร้เหตุผล หรือขาดความกระตือรือร้น

Herz and Marder (2002) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการคงที่อาจไม่มีอาการผิดปกติทางจิตให้เห็นชัดเจน (asymptomatic) แต่พบว่ามีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกกดดัน วิดกกังวล นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางบวกในระดับเล็กน้อย

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท อาจจะมีหรือไม่มีอาการทางลบก็ได้ โดยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

1.9 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการบกพร่องการทำหน้าที่

ผู้ป่วยจิตเภทเกือบทุกรายที่ต้องรักษาแบบเรื้อรัง (chronic treatment) หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (functional disability) และมีความเรื้อรังของอาการของโรค ดังนั้น การฟื้นตัวกลับมา (recovery) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบได้น้อยมาก ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกสำรวจทางระบาดวิทยาเป็นซึ่งกลุ่มประชากรทั่วไป (ไม่ต้องรักษาแบบเรื้อรังหรือไม่ได้รับการรักษา) จะมีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ น้อยกว่าและมีความเรื้อรังของอาการต่ำกว่า หรือมีการฟื้นตัวกลับมาดีกว่านั่นเอง (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

ภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่และความเรื้อรังของอาการของโรคมีความแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละราย โดยการศึกษาในระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยทุกๆ 1 รายใน 10 ราย ยังคงมีอาการโรคจิตอยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค มีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 มีการดำเนินโรคที่ดีโดยมีอาการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย และจากการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ Global Assessment of Functioning Scale (GAF) พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มีความบกพร่องการทำหน้าที่เพียงเล็กน้อย ขณะที่ผู้ป่วย 2 ใน 3 มีอาการและความบกพร่องการทำหน้าที่ในระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้การประเมินการทำหน้าที่ด้านการงานและด้านสังคม เช่น จากการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกเป็นเวลา 15 ปี โดยใช้ Disability Assessment Scale (DAS) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ด้านการงานและการทำหน้าที่ด้านสังคมพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 33 มีการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ร้อยละ 23 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และร้อยละ 44 มีการทำหน้าที่ด้านการงานและสังคมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีโอกาสหายเป็นปกติน้อย ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดีขึ้น แต่มีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อป่วยเป็นระยะเวลานานผู้ป่วยจะมีความเสื่อมด้านความคิดและทักษะต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ป่วยอย่างน้อย 10 ปี มีปัญหาในการทำหน้าที่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 66 (Creado et al., 2006) และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี มีความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ ด้านการดูแลตนเอง ร้อยละ 50 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.10 อาการทางลบที่ส่งผลต่อการบกพร่องการทำหน้าที่

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบ ประมาณร้อยละ 20-40 ซึ่งพบได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (Buchanan, 2007 cited in Lutgens et al., 2017; Mwansisya et al., 2013; Wang et al., 2013) อาการทางลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติ มีความสัมพันธ์กับการบกพร่องการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Galderisi et al., 2018) อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อย เฉื่อยชา เก็บตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์และคำพูดน้อยลง ขาดความสามารถในการสื่อสาร พร่องการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง โดยแต่ละอาการส่งผลต่อการทำหน้าที่ ดังนี้

1) Alogia ผู้ป่วยมีอาการพูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานในการตอบคำถาม ได้ตอบซ้ำ หรือพูดแต่เรื่องเดิมๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนายาก (Galderisi et al., 2018) ทำให้การติดต่อสื่อสารบกพร่อง

2) Affective flattening ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์น้อยมาก สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) ไม่ค่อยสบตา บางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก (Galderisi et al., 2018) ทำให้บกพร่องด้านการแสดงอารมณ์ และอาจมีการควบคุมอารมณ์ไม่เหมาะสม

3) Amotivation ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจตัวเอง อาจนั่งอยู่เฉยๆ ได้ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ (Galderisi et al., 2018) ทำให้บกพร่องการดูแลตัวเองและความรับผิดชอบต่างๆ

4) Anhedonia ภาวะสิ้นยินดี รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้น ขาดความร่าเริงใจในการทำกิจกรรมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Galderisi et al., 2018) ทำให้บกพร่องสัมพันธภาพในสังคม

5) Asociality หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน มีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อย (Galderisi et al., 2018) ทำให้บกพร่องสัมพันธภาพในสังคม

อาการทางลบแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) คือ

1) อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ (primary negative symptoms หรือ deficit symptoms) เป็นกลุ่มอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากตัวโรคเอง มีลักษณะดังนี้

อาการทางลบซึ่งเป็นมาก่อนเริ่มป่วย (premorbid negative symptoms) จะเกิดก่อนอาการโรคจิต บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเดิมก่อนป่วยไม่ดี

อาการทางลบที่เป็นพร้อมกับอาการโรคจิต (psychotic phase) ในระหว่างมีอาการโรคจิต ผู้ป่วยจะมีอาการทางลบร่วมไปด้วย

อาการทางลบที่ยังคงอยู่หลังอาการโรคจิตหายไป ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลงจากก่อนป่วย

2) อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ (secondary negative symptoms หรือ nondeficit symptoms) เป็นอาการทางลบที่เกิดจากสาเหตุอื่น สามารถหายได้ ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยาจากการรักษาโรคจิตหรือโรคซึมเศร้า ภาวะหมดกำลังใจ เกิดจากการขาดการกระตุ้นเป็นเวลานาน ซึ่งในทางปฏิบัติการแยกอาการทางลบที่เกิดขึ้นเองกับอาการทางลบที่เกิดจากสาเหตุอื่นมักทำได้ยาก อาการทางลบชนิดทุติยภูมิส่วนใหญ่จะหายได้เมื่อรักษาหรือแก้ไขที่สาเหตุ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางลบชนิดปฐมภูมิ คือ อาการทางลบที่เกิดจากลักษณะตัวโรคเอง ไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของการทำหน้าที่

Rosen et al. (1989) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกระทำพฤติกรรมหรือการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสภาวะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1) การดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถในการดูแลความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้าได้สะอาด ไม่มีกลิ่นตัว แต่งกายได้เหมาะสมกับกาลเทศะ และมีบุคลิกภาพที่ดี

2) การควบคุมอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ไม่ก่อความรบกวนผู้อื่น ไม่ก้าวร้าวทำลายข้าวของหรือทำร้ายตัวเอง ไม่แสดงความโกรธต่อคำพูดของผู้ที่ทำให้ไม่พอใจ สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ ไม่มีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

3) สัมพันธภาพในสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม สนใจในการทำกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมในสังคม และรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อนได้

4) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ สบตาในการสนทนา และไม่พูดแทรกผู้อื่นขณะกำลังสนทนา

5) ความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการเตรียมอาหารให้ตัวเอง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยไม่ต้องเตือน ใช้จ่ายเงินในสิ่งที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

Ware Jr and Gandek (1998) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน 2) การทำหน้าที่ทางสังคม 3) การทำหน้าที่ให้สำเร็จ และ 4) ความสามารถในการปรับตัว

Thara et al. (1988 cited in (Saraswat, Rao, Subbakrishna, & Gangadhar, 2006) ได้อธิบายว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2) ความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สื่อและทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Zortea and Belmonte-de-Abreu (2012) ได้อธิบายว่า ภาวะการทำหน้าที่ มีแนวคิดและองค์ประกอบที่หลากหลาย ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน การดำรงชีวิตอย่างอิสระ การมีเวลาพักผ่อน และการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Kawaguchi et al. (2018) อธิบายว่า การทำหน้าที่ในทุกๆวัน (everyday functioning) บ่งบอกผลลัพธ์การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ชีวิตในชุมชน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) คือ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2) การทำหน้าที่ด้านการงาน (Vocational functioning) คือ ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงาน และ 3) การทำหน้าที่ในชุมชน (Community functioning) คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

สรุป การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือมีการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน และการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านต่างๆ การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม การติดต่อทางสังคมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูดและกิริยาที่เหมาะสมในการสนทนากับผู้อื่น ตลอดจนมีความรับผิดชอบ สามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบในทรัพย์สินส่วนตัวและของผู้อื่น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) เนื่องจากมีองค์ประกอบของการทำหน้าที่สอดคล้องกับปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.2 ปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่สนใจอาบน้ำและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ลิษา เทียงวิริยะ et al., 2557) การแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับ (Foussias et al., 2014; Galderisi et al., 2014) และจากการประเมินความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 75 คน พบว่า ร้อยละ 97.3 มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง (อัญชลี วิจิตรปัญญา et al., 2561)

2) ด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจ และมีปมด้อย (Deserno et al., 2017; Ying et al., 2013)

3) การสร้างสัมพันธภาพในสังคม ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ทำให้ไม่คิดริเริ่มที่จะทำกิจกรรมใดๆ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะผู้อื่นในสังคม เกิดความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Klingberg et al., 2011)

4) ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยพูดน้อยลง (Alogia) พูดน้ำเสียงราบเรียบ ตอบคำถามช้า ทำให้เป็นการยากที่จะสื่อสารด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง (Millan et al., 2014) และพบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันและ 90 วัน มีปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 25.71 และ 30.76 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2555)

5) ด้านความรับผิดชอบ ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Galderisi et al., 2014) และ สาเหตุของการเข้ารับการรักษาเกิดจากการขาดยามากที่สุดร้อยละ 60 (ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราชี, 2561)

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1) เพศ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย (Ruiz-Iriondo et al., 2019)

1.2) อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า (Chi et al., 2016; Reichenberg et al., 2014; Rossi et al., 2017; Schennach-Wolff et al., 2009)

1.3) ระดับการศึกษา โดยพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า จะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือไม่ได้ศึกษา (Chi et al., 2016)

1.4) การประกอบอาชีพ โดยการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ประกอบอาชีพจะมีการทำหน้าที่ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Chen, Collins, Anderson, McKenzie, & Kidd, 2017; Schennach-Wolff et al., 2009; Valencia et al., 2015)

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลทางบวกต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.1) การรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่รับรู้การเจ็บป่วยและยอมรับการเจ็บป่วย จะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Erickson et al., 2011; Sumiyoshi et al., 2016)

2.2) การรับรู้อารมณ์ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อารมณ์ของตนเอง จะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง (Irani et al., 2012)

2.3) ทักษะที่มีต่ออายุ ผู้ป่วยที่มีทักษะคิดต่อการรับประทานยาจิตเวชที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีทักษะคิดที่ไม่ดีต่ออายุ (Chi et al., 2016)

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

3.1) การบกพร่องการรู้คิด (cognitive impairment) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มี Cognitive impairment มีความสัมพันธ์กับการบกพร่องการหน้าที่ (Durand et al., 2015; Foussias et al., 2014; Galderisi et al., 2014; Valencia et al., 2015)

3.2) ความรุนแรงของอาการทางจิต อาการทางจิตที่รุนแรงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ได้แย่กว่าผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรงน้อย (Chi et al., 2016; Menendez-Miranda et al., 2015)

3.3) การขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจจะขาดความคิดริเริ่มหรือความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Fervaha et al., 2014; Pillny & Lincoln, 2016; Strauss et al., 2013)

3.4) อาการทางบวก ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางบวก เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ความเป็นจริง ส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ลดลง (Galderisi et al., 2014; Godbout et al., 2007)

3.5) อาการทางลบ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางลบหรือมีอาการทางลบน้อยกว่าจะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่า (Chi et al., 2016; Menendez-Miranda et al., 2015; Reichenberg et al., 2014; Strassnig et al., 2018; Ventura et al., 2015)

ทั้งนี้ อาการทางลบ เป็นปัจจัยทำนายการหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Bell et al., 2011; Schennach-Wolff et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Valencia et al. (2015) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ ($r = -0.60, p < .001$) และสามารถทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = 1.84, p = 0.008$) ผู้วิจัยจึงเลือกจัดกระทำกับอาการทางลบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.4 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1) The Life Skills Profile: LSP (Rosen et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่ดีในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในทักษะการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน สามารถวัดทักษะการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในอาการของโรคจิตเภทได้ เป็นเครื่องมือที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทและคนปกติ สามารถประเมินพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ควรใช้ในกลุ่มที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถใช้ประเมินได้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือโรงพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ดูแล สหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาล เป็นต้น โดยแบบประเมินมีความสัมพันธ์ในการทำนายการกลับมาอยู่โรงพยาบาลและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร สัมพันธภาพในสังคม การควบคุมอารมณ์ การดูแลตนเอง และความรับผิดชอบ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 39-156 คะแนน คะแนนที่ต่ำบ่งบอกถึงการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่าและทักษะการใช้ชีวิตที่แย่กว่า สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้มากกว่า 3 เดือน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 8-10 นาที แบบประเมินมีการพัฒนาในหลายภาษา เช่น ภาษาสเปน และมีการปรับย่อเป็นฉบับย่อ (LSP-20) แต่เนื้อหายังคงครอบคลุมกับแบบดั้งเดิม

2) Global Assessment of Functioning: GAF (American Psychiatric Association, 1994) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป มีความเชื่อถือได้ในการประเมินการทำหน้าที่ทั้งด้านจิตใจ สังคมและการประกอบอาชีพหรือการศึกษาเล่าเรียน ประเมินโดยการสังเกต มีคะแนนทั้งหมด 1-100 คะแนน เป็นแบบ single-item scale แปลผลคะแนนเป็นช่วง 1-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 91-100 เป็นต้น การแปลผลคือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 60 หมายถึง มีการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม คะแนนที่สูงหมายถึงการทำหน้าที่ที่ดีกว่า เครื่องมือนี้มีข้อดี คือ คุณสมบัติของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีข้อจำกัดคือ มาตรวัดเป็นแบบ single-item scale และประเมินโดยการสังเกตเพียงอย่างเดียว และข้อคำถามไม่ตรงกับแนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

3) Role Functioning Scale: RFS (Goodman, Sewell, Cooley, & Leavitt, 1993) เป็นเครื่องมือวัดระดับการทำหน้าที่ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์

ทางสังคมโดยตรง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ขยายเครือข่ายออกไป โดยมีข้อคำถามด้านละ 1 ข้อ รวมทั้งหมด 4 ข้อ มาตรฐานวัดเป็นแบบ Rating Scale 7 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-28 ตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการตอบแบบสอบถาม การสรุปจะมุ่งไปที่การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนที่ต่ำกว่า หมายถึง การทำหน้าที่ที่แย่งกว่า เครื่องมือมีความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ .918 เครื่องมือนี้มีข้อดี คือ คุณสมบัติของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีข้อจำกัด คือ กลุ่มเป้าหมายไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยจิตเภท จำนวนข้อคำถามน้อยเกินไป (4 ข้อ) และข้อคำถามไม่ตรงกับแนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

4) Personal and Social Performance Scale: PSP (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเวช ประเมินการทำหน้าที่ 4 ด้าน มีข้อคำถามด้านละ 1 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ คือ การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การทำงานหรือการศึกษาเล่าเรียนรวมถึงกิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมรบกวนและก้าวร้าวกับผู้อื่น ตอบแบบสอบถามโดยแพทย์หรือผู้ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ใช้การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ค่าคะแนน 100 คะแนน เป็นแบบ single-item rating scale แบ่งเป็นช่วงคะแนน แต่ละช่วงห่างกัน 10 คะแนน ช่วงคะแนนที่น้อยกว่า หมายถึง การทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า เครื่องมือนี้มีข้อดี คือ คุณสมบัติของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี และมีข้อคำถามแต่ละรายด้านใกล้เคียงกับแนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา แต่มีข้อจำกัด คือจำนวนคำถามน้อยเกินไป

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skills Profile: LSP) ของ Rosen et al. (1989) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้วัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีการออกแบบที่เฉพาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภททั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อรรวรรณ วรรณชาติ (2550) โดยเน้นการประเมินการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สัมพันธภาพในสังคม การสื่อสาร และความรับผิดชอบ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการทำหน้าที่ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และกิจกรรมที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับเครื่องมือชุดนี้ อีกทั้ง ในกระบวนการสร้างเครื่องมือ ได้มีการศึกษาแนวคิดที่จะนำมาสร้างเครื่องมือ ทบทวนหาข้อจำกัดเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ที่มีอยู่เดิม และมีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Internal consistency) และค่าความตรง (Validity) ในการวัดที่สูง (Rosen et al., 1989)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of Symptom Management) ของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึง มิติที่มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และ ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ดังนี้

3.1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ไปจากเดิม ประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่

1.9.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เปลี่ยนไปจากแนวทางที่เคยรู้สึกหรือพฤติกรรมเดิม

1.9.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรง สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการต่อการใช้ชีวิต ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้อาการของแต่ละคน

1.9.3 การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากการเกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ

การทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

1.10 กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ โดยการใช้วิธีต่างๆจัดการกับอาการ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การใช้ยา และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมการจัดการอาการให้กับผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่ จะจัดการอาการอะไร (what) มีวิธีการอย่างไร (how) จัดการให้ใคร (whom) จัดการเมื่อไร (when) ทำไมจึงต้องจัดการ (why) และจัดการเท่าไร (how much) ซึ่งกลวิธีการจัดการกับอาการเป็นสิ่งไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่างๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพอใจในการดูแลตนเอง

1.11 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์การมีอาการและกลยุทธ์การจัดการกับอาการของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์มี 8 ด้าน ได้แก่ สภาวะของอาการ (Symptoms status) การทำหน้าที่ (Functional status) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นรวมถึงรายได้และระบบบริการสุขภาพ (Cost) คุณภาพชีวิต (Quality of life) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity & Co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และภาวะทางอารมณ์ (Emotional status) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จในการจัดการอาการ

นอกจากนี้ แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ยังกล่าวถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อมิติทั้ง 3 มิติ ได้แก่

1) บุคคล (Person) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่ออาการและการตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล (Demographic) ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) ลักษณะทางสังคม (Sociological) ลักษณะทางสรีรวิทยา (Physiological) รวมทั้งพัฒนาการ (Developmental) ที่ประกอบด้วยระดับการพัฒนาหรือวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ ตัวแปรด้านบุคคลนี้อาจจะมีการขยายมากขึ้นหรือเล็กลงขึ้นอยู่กับอาการและกลุ่มประชากรที่สนใจ

2) สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) เป็นตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือการบาดเจ็บ เช่น คนที่เป็นโรคเดียวกันแต่ต่างชนิดกันจะมีการแสดงอาการและผลลัพธ์ที่แตกต่างกันแม้ว่าจะใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่คล้ายคลึงกัน บุคคลอาจมีความเสี่ยงสำหรับอาการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากการทำงาน ผลข้างเคียงจากการรักษาโรคหรือภาวะต่างๆ หรือเป็นผลสืบเนื่องมาจากอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการหลักของโรค อาการเหล่านี้สามารถคาดการณ์ ป้องกัน หรือทำให้ทุเลาลงได้ด้วยการบำบัดรักษา (intervention)

3) สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมบ่งบอกถึงสภาพโดยรวมหรือบริบทที่มีอาการเกิดขึ้น ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน สถานที่ทำงานและโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมและการปฏิบัติที่เป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ เผ่าพันธุ์ หรือศาสนา

4. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัญหาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มีการปรับเนื้อหา และจัดเรียงกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และกำหนดระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ให้สอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งสามารถสรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ได้ดังนี้



ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
<p>การจัดการอาการตามแนวคิด ของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่</p> <p style="text-align: center;">1.</p> <p>ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่</p> <p>1) การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms)</p> <p>2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom)</p> <p>3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms)</p> <p>การทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ ขององค์ประกอบของ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการจัดการกับอาการ อย่างมีประสิทธิภาพ เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจ ประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วน ร่วมในการจัดการกับ</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)</p> <p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย มี เป้าหมายเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยการแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยกับ ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง บอกหลักการและเหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และบอก วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาของการเข้ากลุ่ม และระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ โดยเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อการทำ หน้าที่ เพื่อส่งเสริมการรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) โดยประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น จะมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น ส่งผลให้มีการแสวงหาวิธีการ จัดการอาการ และเมื่อมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสม จะช่วย ให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น</p>

แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
<p>อาการเพื่อให้มีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท</p> <p>ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลของความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษามากขึ้น โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง และแนวทางการรักษา เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเชื่อมโยงถึงการบกร่องการทำงานที่ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเองและยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเป็นอยู่ และมีการดูแลสุขภาพที่ดี</p>
<p>2. กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies)</p> <p>เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือป้องกันผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ โดยการใช่วิธีต่างๆจัดการกับอาการ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การใช้ยา และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ</p> <p>ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบต่างๆ และให้เรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตสงบ มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม และเคยมีประสบการณ์การรับรู้อาการทางลบ ว่ามีลักษณะอาการอย่างไร มีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการทางลบวิธีการต่างๆ จากประสบการณ์หรือตามความคิดเห็นของตนเอง จากนั้น ให้สมาชิกเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของ ตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง</p>

<p>แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001)</p>	<p>การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม</p>
	<p>กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ และส่งเสริมให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ตลอดจนฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สื่อสารทางบวก ฝึกสังเกตสีหน้า ฝึกการยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่น</p> <p>การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม และให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานที่ด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น</p>
<p>3. ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcome) เป็นผลที่ได้จาประสบการณ์การมีอาการและกลยุทธ์การจัดการกับอาการของแต่ละบุคคล</p> <p>ผลลัพธ์มี 8 ด้าน ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จในการจัดการอาการ</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes)</p> <p>กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ</p> <p>ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบไปใช้จริง และการนำทักษะต่างๆ ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการทางลบที่นำไปใช้ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ เพื่อปรับปรุงสิ่งที่ยังบกพร่องอยู่ เพื่อให้การจัดการอาการทางลบมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำงานที่ดีขึ้น</p>

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการ

สุดาพร สถิตยยุทธการ, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุรียพร ธนศิลป์ (2553) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังและเคยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสัดส่วนการกำเริบของอาการทางจิตของกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว การดำเนินโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณฑา ปิ่นวิเศษ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ทั้งอาการทางลบ อาการทางบวก และอาการทางจิตทั่วไป ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทันทีในผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน จำนวน 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ผลการวิจัยพบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kanungpair, Sitthimongkol, Wattanapailin, and Klainin (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกจำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 9 คน ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย จิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการหูแว่วมีความรุนแรงของอาการหูแว่วดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Yang, Lee, Lo, and Beckstead (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการหูแว่วมีความรุนแรงของอาการหูแว่วและอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

5.2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการทำหน้าที่

อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์ และนิตยา สุริยะพันธ์ (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรม PDSO ที่ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การให้ความรู้เรื่องยาจิตเวชและฝึกทักษะการจดยารับประทานด้วยตนเอง (Drug Compliance) การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Self-care) และการทำงานบ้าน (Domestic) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 ราย ผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถด้านการสื่อสาร ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และด้านการทำกิจกรรม/การทำงานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ชฎุชญา คมขำ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับรูปแบบการฝึกทักษะในเรื่องการจัดการอาการและการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐธิญา โสพิศพรมงคล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดการทำกลุ่มหลายครอบครัวของ Mcfarlane et al. (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกครอบครัวในชุมชน จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัว และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

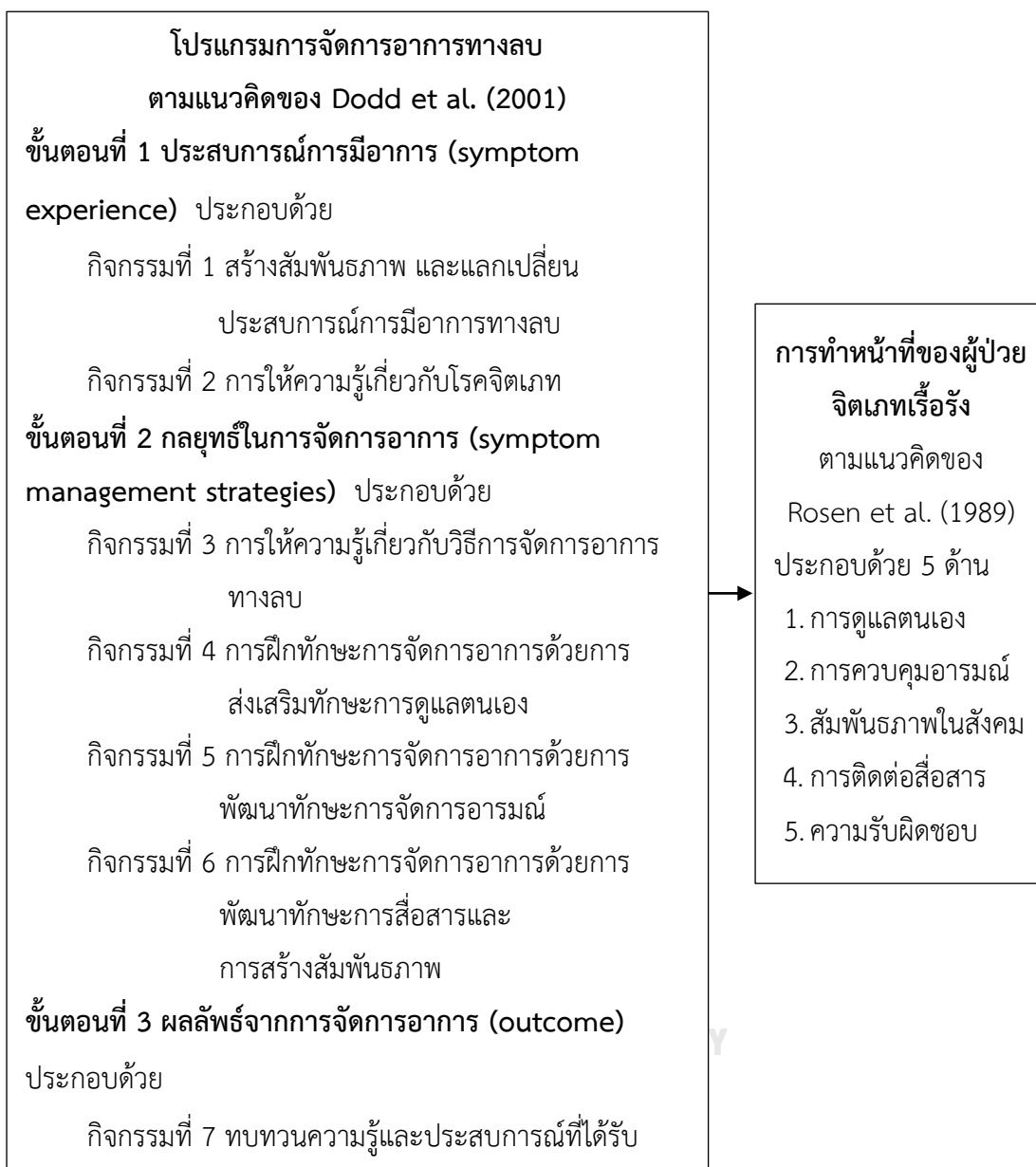
ศิริพันธ์ ลีทองคำ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) ร่วมกับการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบ ABC model ของ Ellis (1957) มาประยุกต์ใช้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tungpunkom, Maayan, and Soares-Weiser (2012) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและทำการวิเคราะห์เมตา พบว่า โปรแกรมทักษะชีวิต (Life Skill Program) เป็นโปรแกรมที่สามารถให้การบำบัดทั้งแบบรายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม และสามารถทำได้ในลักษณะแบบบริการผู้ป่วยนอก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือในชุมชน โดยโปรแกรมครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะด้านกิจวัตรประจำวัน ทักษะด้านการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป ทักษะด้านงานบ้าน ทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการแก้ปัญหา/การคลายเครียด ทักษะการจัดการเรื่องเงิน/ค่าใช้จ่าย ทักษะการบริหารเวลา จากการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมทักษะชีวิตต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งก็คือผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตในแต่ละพื้นที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวัน (everyday functioning) ทำให้อาการทางลบลดลงและความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง แต่การประเมินผลลัพธ์ทางสถิติในภาพรวมพบว่าได้ผลไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลทั่วไปหรือการดูแลแบบประคับประคองแต่อย่างใด

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ซึ่งอาการทางลบ (negative symptoms) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์และทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แม้จะมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทแล้ว แต่พบว่าโปรแกรมดังกล่าวยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive impairment) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2558) ที่นำแนวคิดการจัดการอาการมาใช้ในการจัดการอาการทางบวก พบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ และอาการในที่นี้หมายถึงอาการของโรคโดยทั่วไป และสามารถนำแนวคิดการจัดการอาการนี้ไปบูรณาการในการจัดการอาการที่เกิดจากโรคต่างๆ ได้ (Dodd et al., 2001)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบในรูปแบบกลุ่ม ที่เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 2013) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	x	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย O₁ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนได้รับโปรแกรม
การจัดการอาการทางลบ

O₂ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรม
การจัดการอาการทางลบ

O₃ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

x = ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอาการทางจิตทุเลาลง คือ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36
- 2) มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น โดยประเมินจาก เครื่องมือ PANSS ฉบับภาษาไทย แล้วพิจารณาจากผลต่างคะแนน Composite scale โดยนำคะแนนอาการทางบวกลบด้วยคะแนนอาการทางลบ ถ้า Composite scale เป็นลบ แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, ม.ป.ป.)
- 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการใช้สารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ร่วมด้วย
- 2) มีโรคที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคเกี่ยวกับสมองหรือระบบประสาท โรคที่เกี่ยวกับระดับสติปัญญาและพัฒนาการ เป็นต้น

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างขออนุญาตออกจากโครงการวิจัย
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง
- 3) ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรับยาที่ส่งผลต่ออาการทางจิต
- 4) มีอาการหรือโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยการหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองของคะแนนการทำหน้าที่ ที่มีการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ ศิรินันท์ ลีทองคำ (2558) เรื่องผลของโปรแกรมจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ การศึกษาของณัฐจิฎา โสพิศพรมงคล และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) เรื่องผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการศึกษาของบุศกุล ศุภอักษร (2553) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการ

ความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากนั้น นำค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของแต่ละงานวิจัยมาหาค่าเฉลี่ย พบว่าได้ ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.21

จากนั้นนำ ขนาดอิทธิพล (Effect size) มาคำนวณในโปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดย Effect size เท่ากับ 1.21 และให้มีอำนาจทดสอบที่ 0.95 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่า ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัย หรือ ยุติการเข้าร่วมการวิจัย และเพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) ซึ่งสามารถ อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2005) จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้รวมเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ร่วมกับการ จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากที่ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยพิจารณาจาก การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากแฟ้มรายงานผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

2.1 แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางจิตสงบ คือ มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น โดยใช้แบบประเมินอาการด้านบวกและด้านลบ แล้วคิดจากผลต่างคะแนนจาก Composite scale ซึ่งได้จากการนำคะแนนอาการทางบวกลบด้วยคะแนนอาการทางลบ ถ้าคะแนนน้อยกว่าศูนย์ (มีค่าเป็นลบ) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้หรือไม่

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยมีความสมัครใจยินดี เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 คน

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน (Match-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการทำหน้าที่ที่แตกต่างกัน จึงจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันตามปัจจัยดังต่อไปนี้

1) เพศ เนื่องจากพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ดีกว่าเพศชาย (Ruiz-Iriondo et al., 2019; Spellmann et al., 2012)

2) ระยะเวลาความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่าจะมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่า (Chi et al., 2016; Schennach-Wolff et al., 2009)

วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง คือ จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศเดียวกัน จับคู่ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย โดยกำหนดให้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด หรือระยะเวลาการเจ็บป่วยต้องต่างกันไม่เกิน 3 ปี เนื่องจากการศึกษาของ Szymanski, Cannon, Gallacher, Erwin, and Gur (1996) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะมีการทำหน้าที่แย่งลงในระยะเวลา 3 ปี จากนั้นผู้วิจัยเรียงลำดับระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้กลุ่มตัวอย่าง แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างทีละคู่ จนครบ 20 คู่

5. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว ผู้วิจัยทำการจับสลากกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. ผู้วิจัยจะกำหนดรหัสในแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะถูกปิด (Single-blind trial) ไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนที่เข้าร่วมวิจัย แต่ละคนอยู่ในกลุ่มใด ผู้ช่วยวิจัยจะทราบเพียงว่ามีกลุ่มตัวอย่างใดบ้างเท่านั้น ซึ่งในการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยไม่แยกกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการประเมินผลการวิจัย

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 023/2563 โดยรับรองตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2563 ถึง 17 มิถุนายน 2564 และได้รับอนุญาตจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้เก็บรวบรวมข้อมูล

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ซึ่งจะไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลผู้วิจัย ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยอาจขอให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากโครงการวิจัยได้เช่นกัน เมื่อมีเหตุผล เช่น อาจเป็นอันตรายต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเอง หรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมิได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้ตกลงไว้ใน การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการปกป้องรักษาข้อมูลความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไรก็ได้ เมื่อผู้วิจัยอธิบายจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วจึงสอบถามความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ที่พัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) อ้างถึงใน พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) และแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, and Opler

(1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, สเปญ อุ๋นอองค์, ดารณศ เกษไชย, และ
ปรากฏการ ฅมายงกูร (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับ
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill
Profile) ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรวรรณ วรรณชาติ
(2550)

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย
(Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987)
เฉพาะข้อความอาการทางลบที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2543)

โดยเครื่องมือแต่ละชุดมีรายละเอียดและการตรวจสอบคุณสมบัติ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาโดย Overall and Gorham
(1962) และนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540 อ้างถึงใน
พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ประกอบด้วยข้อความ 18 ข้อ ได้แก่
ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Concern) อาการวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกผิด
(Guilt Feeling) ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) อาการซึมเศร้า
(Depression) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย
(Suspiciousness/Persecution) อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior) เนื้อหา
ความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)
ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)
ความตึงเครียด (Tension) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) การ
เคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation) การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) การแสดงอารมณ์
น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)

ลักษณะข้อความเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ ซึ่ง
กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบคำถามเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด 3 = มีอาการเล็กน้อย
 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง
 7 = มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนนทำได้โดยการนำคะแนนของทั้ง 18 ข้อมารวมกัน โดยค่าคะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนระหว่าง 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน (Grove, Burns, & Gray, 2013) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ยอมรับ คือ .80 ขึ้นไป (Devellis, 2017) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)

แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงแบบ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.56-0.87 (Overall & Gorham, 1962) ทั้งนี้ ก่อนนำเครื่องมือมาใช้จะมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมิน เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกัน เพื่อหาค่าความเห็นตรงกันของผู้ประเมินแล้วจึงคำนวณค่าความเที่ยงตามสูตรของ Burns and Grove (2005) โดยถือเกณฑ์ค่าความเที่ยงในระดับ .70 ถึง .99 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย ในกรณีที่ค่าความเที่ยงไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจารย์จิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะวิเคราะห์ร่วมกันถึงการประเมินที่แตกต่างกัน และทำการ

ประเมินค่าความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งมีสูตรการคำนวณค่า Inter-rater reliability ดังนี้ (Burns & Grove, 2005)

$$\text{ค่า Inter-rater reliability} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ตอบเหมือนกัน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกันด้วยแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทย สามารถคำนวณค่า Inter-rater reliability ได้ดังนี้

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่า Inter-rater reliability} = 14/18 = .78$$

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า Inter-rater reliability} = 13/18 = .72$$

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 3 ค่า Inter-rater reliability} = 15/18 = .83$$

ดังนั้น ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ในการใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทยเท่ากับ .78 ซึ่งถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย

1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดย Kay et al. (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วย แบบประเมินอาการทางบวก 7 ข้อ แบบประเมินอาการทางลบจำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินอาการทางจิตทั่วไป จำนวน 16 ข้อ โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบเท่านั้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

1 = ไม่มีอาการ	2 = มีอาการขั้นต่ำสุด	3 = มีอาการเล็กน้อย
4 = มีอาการปานกลาง	5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง	6 = มีอาการรุนแรง
7 = มีอาการรุนแรงมาก		

การคิดคะแนน ทำโดยนำคะแนนทั้ง 7 ข้อในแต่ละด้านมารวมกัน โดยค่าคะแนนอาการในแต่ละด้านที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 7-49 คะแนน จากนั้นนำคะแนนอาการทางบวกลบด้วยคะแนนอาการทางลบ เพื่อหาผลต่างคะแนนจาก Composite scale สำหรับใช้ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดมีอาการทางบวกหรือลบเด่นกว่ากัน ถ้าคะแนนผลต่างน้อยกว่าศูนย์ (มีค่าเป็นลบ) แสดง

ว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น ถ้าคะแนนผลต่างมากกว่าศูนย์ (มีค่าเป็นบวก) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางบวกเด่น (ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนานาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นองงค์, & พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2550) สำหรับการวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางลบเด่น คือ เลือกจากค่า Composite scale ที่มีค่าเป็นลบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดย ระดับที่ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 ค่าที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตร ดังนี้

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

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา พบว่า แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ มีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)

ค่าความเที่ยงเดิมของแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวก มีค่าความเที่ยงแบบ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.77-0.81 และแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ มีค่าความเที่ยงแบบ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.81-0.83 (Nilchaikovit, Uneanong, Kessawai, & Thomyangkoon, 2000) ทั้งนี้ ก่อนนำเครื่องมือมาใช้จะมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมิน เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกัน เพื่อหาค่าความเห็นตรงกันของผู้ประเมิน แล้วจึงคำนวณค่าความเที่ยงตามสูตรของ Burns and Grove (2005) โดยถือเกณฑ์ค่าความเที่ยงในระดับ .70 ถึง .99 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย ในกรณีที่ค่าความเที่ยงไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจารย์จิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะวิเคราะห์ร่วมกันถึงการประเมินที่แตกต่างกัน และทำการประเมินซ้ำจนค่าความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งมีสูตรการคำนวณค่า Inter-rater reliability ดังนี้ (Burns & Grove, 2005)

$$\text{ค่า Inter-rater reliability} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ตอบเหมือนกัน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกันด้วยแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ สามารถคำนวณค่า Inter-rater reliability ได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่า Inter-rater reliability = $11/14 = .79$

ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า Inter-rater reliability = $10/14 = .71$

ผู้ป่วยรายที่ 3 ค่า Inter-rater reliability = $12/14 = .86$

ดังนั้น ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .79 ซึ่งถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แนวคิดและรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการอาการ ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001)

2. สร้างโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยอาศัยแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และประยุกต์เนื้อหากิจกรรมต่างๆ ตามแนวคิดให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) ประกอบด้วยกิจกรรมได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ
สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยการพูดคุยในเรื่องทั่วไป แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากเรามีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ ห่วงดีจริงใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ

ลักษณะอาการทางลบว่าเป็นอย่างไร จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบของตนเอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น จะมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ในความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ และมีการตอบสนองต่ออาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเชื่อมโยงถึงการบกร่องการทำหน้าที่ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลของความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการบกร่องการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา มากขึ้น ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง และยิ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเป็นอยู่ และมีการดูแลสุขภาพที่ดีส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบต่างๆ และให้เรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบ มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม และเคยมีประสบการณ์การรับรู้อาการทางลบ ว่ามีลักษณะอาการอย่างไร มีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการทางลบวิธีการต่างๆ จากประสบการณ์หรือตามความคิดเห็นของตนเอง จากนั้น ให้สมาชิกเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง การมีแนวทางในการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นด้วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะการจัดการอาหาร เกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา และผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน จากนั้นเป็นการสำรวจการดูแลตนเองจากกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมาของสมาชิก ประเมินกิจวัตรประจำวันของตนเองที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่ เพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดี

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาหาร ด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการ
 อารมณ์

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง มักใช้การแก้ปัญหาแบบเก็บกด ส่งผลให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ และในระยะยาวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมาก จะยังมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง การพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และแสดงอารมณ์ พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาหาร ด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ ตลอดจนฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สื่อสารทางบวก ฝึกสังเกตสีหน้า ฝึกการยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่น หลังจากพัฒนาทักษะการสื่อสาร ต่อมาเป็นการพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะ

การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม รวมทั้งให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การมีทักษะในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ ที่ตนเองได้เลือกนำไปปฏิบัติ ทบทวนปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ เพื่อปรับปรุงสิ่งที่ยังบกพร่องอยู่ เพื่อให้การจัดการอาการทางลบมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลลัพธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแผนการจัดโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา และการใช้ภาษาให้เหมาะสม จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยหาค่าความตรงของเนื้อหา ด้วยการขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ แล้วนำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปเป็นผู้ให้คะแนนตั้งแต่ -1 ถึง 1 ซึ่งพิจารณาการให้คะแนนจากเกณฑ์ต่อไปนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตามวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์
คะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒินำมาหาผลรวมของแต่ละข้อคำถามแล้วหารด้วย
จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ คะแนนที่ได้คือค่า IOC

$$\text{IOC} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}}$$

โดยค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไปถือว่ามีความสอดคล้องที่มีความ
เหมาะสม (Rovinelli & Hambleton, 1977 cited in Turner & Carlson, 2003)

จากการผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการทาง
ลบบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 และผลการพิจารณารายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่
1, 2 และ 3 มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.8 และ กิจกรรมที่ 4, 5, 6 และ 7 มีค่าดัชนี
ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบมีความสอดคล้อง
เหมาะสม

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้คำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
รายละเอียดเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับแก้ไขตามความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน เพื่อให้กิจกรรม
ต่างๆ มีเนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจนและใช้ภาษาที่เหมาะสม และเพื่อให้โปรแกรมการจัดการ
อาการทางลบบมีความเหมาะสมมากที่สุดก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง โดยมีประเด็นของการ
ปรับแก้ไข ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
 - ควรให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบบก่อนแล้วจึงให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบบ
และย้าให้ผู้ป่วยเห็นตอนให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำได้ดีขึ้น
 - ใบความรู้ที่ 1
 - เปลี่ยนคำว่า “ไร้อารมณ์” เป็น “อารมณ์เรียบเฉย”
 - ควรเริ่มที่หน้า 13 ก่อนหน้า 12 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการของโรครมี
อาการทางลบบกับลบบ แล้วจึงมาอธิบายอาการทางลบบ
 - หน้า 14 ให้เน้นว่าอาการทางลบบส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและ
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้ตัวหนา
 - ใบงานที่ 1

- ควรทำระดับความรุนแรงให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรง เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย และควรรวมการประเมินความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบจากอาการไว้ในตารางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงระหว่างความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น

- กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- ใบบงานที่ 2.1

- ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ ความสำคัญของการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นให้ชัดเจนประมาณ 1-2 ข้อ เพื่อให้เกิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนในกลุ่มมากขึ้น เป็นการปูทางต่อไปสำหรับการลงรายละเอียดของกิจกรรมที่ 3

- แบบทดสอบความรู้บางข้ออาจเข้าใจยาก ควรปรับให้ง่ายต่อการเข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีปัญหากระบวนการคิด

- กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ

- ใบบความรู้ที่ 3 กระบวนการจัดการอาการทางลบ ควรเพิ่ม กระบวนการ “การปรับปรุงวิธีการจัดการอาการให้ดีขึ้น” เพื่อให้ผู้ป่วยมีการประเมินการจัดการอาการของตนเองว่าเหมาะสมแล้วหรือไม่

- หน้า 31 วิธีการจัดการอาการสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ อาจเพิ่มการจัดการด้วยการฝึกยิ้มให้ตัวเองในกระจก ยิ้มกับคนในครอบครัว หรือยิ้มกับเพื่อน

- กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง

- ใบบงานที่ 4.1 ควรกำหนดกิจวัตรประจำวัน เป็นช่วงเวลาให้เห็นภาพชัดเจน เช่น 1.00 น., 2.00 น., 6.00 น., 12.00 น., ..., 24.00 น. ช่วยให้เห็นวงจรการนอนของผู้ป่วยหรือการทำตามบทบาทหน้าที่ต่างๆ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

- กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ

- ใบบงานที่ 6.4 อาจมีตัวอย่างให้ผู้ป่วยเห็นเป็นรูปธรรม และสะท้อนถึงทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับผู้อื่น อาจเป็นเพื่อนร่วมงานด้วย ไม่ใช่เพียงบุคคลในครอบครัว

- ข้อเสนอแนะภาพรวม

- ในแต่ละกิจกรรมมีประโยชน์ สารที่สมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจได้ง่าย เป็นขั้นเป็นตอนดีมาก สมาชิกนำไปใช้ได้จริง แต่หากนำมาใช้ในผู้ป่วยนอกที่มีกิจกรรมการตรวจ การรับยา อาจต้องปรับลดเวลาเหลือสักประมาณ 45-60 นาที ในภาพรวมทุกกิจกรรมเหมาะสมมาก

หลังจากผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 5 คน ที่หอผู้ป่วยสามัญชายเฟื่องฟ้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม ถึง 7 สิงหาคม 2563 โดยทดลองใช้โปรแกรมครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรมที่ใช้ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ค่อนข้างดี สามารถปฏิบัติตามคำชี้แจงได้ แต่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานในแต่ละกิจกรรม จึงกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรมจากเดิม 60-90 นาที เป็น 90 นาที

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล

3.2 แบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ วรรณชาติ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ

ระดับ 2 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย

ระดับ 3 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติสูง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบวัดทักษะชีวิต ในส่วนการคิดคะแนน จะนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนต่ำสุด คือ 39 และคะแนนสูงสุด คือ 156 แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนที่รวมได้มาเทียบกับค่ามาตรฐาน คือ 120 คะแนน (Parker, Rosen, Emdur, & Hadzi-Pavlov, 1991) ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าค่ามาตรฐาน แปลว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ระดับต่ำ ถ้าคะแนนรวมมากกว่าค่ามาตรฐาน แปลว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ระดับสูง หรือหากพิจารณาในแง่ทิศทางของคะแนนสามารถแปลผลได้ว่า คะแนนที่สูงกว่าคือมีการทำหน้าที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรง (Validity) แบบ Concurrent validity พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ KAS ($r = 0.65$) ค่าความเที่ยง (Reliability) แบบ Test-retest reliability อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($ICC = 0.89$), Inter-rater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี ($ICC = 0.77 - 0.83$) (Parker et al., 1991) ทั้งนี้ อรรวรรณ วรรณชาติ (2550) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) และตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .94

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดย ระดับที่ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 1 หมายถึง คำถามไม่

สอดคล้องกับค่านิยม หลังจากนั้น ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 ค่าที่ยอมรับได้คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา พบว่า แบบวัดทักษะชีวิต มีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

- ปรับคำตอบตัวเลือกที่ 3 ในคำถามข้อที่ 12 จาก “เป็นบางโอกาส” เป็น “เป็นบางครั้ง”
- ปรับคำตอบตัวเลือกที่ 2 ในคำถามข้อที่ 27 28 29 30 31 32 33 34 และ 35 จาก “เป็นบางโอกาส” เป็น “เป็นบางครั้ง”
- ข้อ 4 อาจเปลี่ยนตัวเลือกเป็น 1. ไม่เคยแสดงความอบอุ่นต่อคนอื่นเลย 2. แสดงบ้างเป็นบางครั้ง 3. แสดงความอบอุ่นเป็นส่วนใหญ่ และ 4. แสดงความอบอุ่นทุกครั้งที่มีโอกาส
- ข้อ 7 ควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ไม่เคยสบตาคู่สนทนาเลย 2. สบตาคู่สนทนาบ้างเป็นส่วนน้อย 3. สบตาคู่สนทนาเป็นส่วนใหญ่ และ 4. สบตาคู่สนทนาทุกครั้ง
- ข้อ 8 ควรปรับคำถามเป็น “ผู้ป่วยมีท่าทางหรือวิธีการพูดที่ทำให้ยากต่อการให้ผู้อื่นเข้าใจหรือไม่” และปรับตัวเลือกเป็น 1. เข้าใจยากมากที่สุด 2. เข้าใจยากปานกลาง 3. เข้าใจยากเล็กน้อย 4. ไม่มีปัญหาเรื่องนี้
- ข้อ 9 ควรเพิ่ม “พูดถึงสิ่งแปลกๆหรือมี” หน้าตัวเลือกทุกข้อเพื่อสื่อถึงการสื่อสาร
- ข้อ 10 ควรปรับตัวเลือกเป็น 1. แต่งตัวไม่เหมาะสม 2. แต่งตัวไม่ค่อยเหมาะสม 3. แต่งตัวเหมาะสมปานกลาง และ 4. แต่งตัวเหมาะสมที่สุด
- ข้อ 11 ควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ไม่เหมาะสมที่สุด 2. ไม่เหมาะสมปานกลาง 3. ไม่เหมาะสมเล็กน้อย และ 4. แสดงออกเหมาะสม
- ข้อ 12 คำตอบตัวเลือกที่ 3 ปรับเป็น “เตือนเป็นบางครั้ง”
- ข้อ 13 คำตอบตัวเลือกที่ 4 ปรับเป็น “ไม่มีกลิ่น”

- ข้อ 14 คำตอบตัวเลือกที่ 4 ปรับเป็น “รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้มาก”

- ข้อ 15 คำตอบตัวเลือกที่ 4 ปรับเป็น “ใส่ใจปัญหาสุขภาพ”

- ข้อ 16 คำตอบควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ไม่เพียงพอ/รับประทานอาหารไม่ได้เลย 2. เพียงพอเล็กน้อย/รับประทานอาหารได้น้อย 3. เพียงพอบานกลาง/รับประทานค่อนข้างเพียงพอ และ 4. เพียงพอหรือไม่มีปัญหา

- ข้อ 17 คำตอบควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ต้องเตือนทุกครั้ง 2. เตือนเกือบทุกครั้ง 3. เตือนบ้างบางครั้ง และ 4. ไม่ต้องเตือน

- ข้อ 18 คำตอบควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ไม่เต็มใจ 2. เต็มใจบางครั้ง 3. ค่อนข้างเต็มใจ และ 4. เต็มใจ

- ข้อ 19 คำตอบควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ไม่ให้ความร่วมมือ 2. ให้ความร่วมมือบางครั้ง 3. ให้ความร่วมมือบ่อยครั้ง และ 4. ให้ความร่วมมือทุกครั้ง

- ข้อ 23 คำตอบควรปรับตัวเลือกเป็น 1. ทำไม่ได้เลย 2. ทำได้บ้างเล็กน้อย ถ้าจำเป็น 3. ทำได้บ้างเป็นบางอย่าง และ 4. ทำได้

- ข้อ 37 คำถามควรปรับเป็น “ผู้ป่วยติดเหล้าหรือยาเสพติดอื่น ๆ หรือไม่” และคำตอบตัวเลือกที่ 4 ควรปรับเป็น “ไม่ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด”

- ปรับแก้ไขการจัดเรียงลำดับข้อของแบบวัดทักษะชีวิตใหม่ให้เป็นหมวดหมู่โดยจัดกลุ่มและแบ่งข้อคำถามเป็น 5 ด้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

1. ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1-10

2. ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 11-22

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 23-28

4. ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 29-34

5. ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 35-39

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 โดยมีค่าความเที่ยงรายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .795 ด้านการควบคุมอารมณ์พฤติกรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .748 ด้าน

สัมพันธภาพในสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .863 ด้านการติดต่อสื่อสารมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .746 และด้านความรับผิดชอบ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .735

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------|
| 1 = ไม่มีอาการ | 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด | 3 = มีอาการเล็กน้อย |
| 4 = มีอาการปานกลาง | 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง | 6 = มีอาการรุนแรง |
| 7 = มีอาการรุนแรงมาก | | |

การคิดคะแนนทำโดยนำคะแนนทั้ง 7 ข้อมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 7-49 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการทางลบมาก และคะแนนต่ำแสดงว่ามีอาการทางลบน้อย แล้วนำคะแนนอาการทางลบที่เป็นคะแนนดิบมาแปลผลเป็นคะแนนมาตรฐาน T-score เพื่อให้สามารถทำการเปรียบเทียบคะแนนในสเกลหนึ่งกับสเกลอื่นได้ โดยทำการเทียบคะแนนดิบกับค่าคะแนน T-score ในแผนภูมิ PANSS Profile form ในคู่มือการใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, ม.ป.ป.) ซึ่งคะแนน T-score ที่ปรากฏเป็นการคิดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งถือเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรฐาน ไม่ใช่ค่า T-score จากการอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แนวทางในการแปลผล T-score มีดังนี้

T-score มากกว่า 70	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ
66-70	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
61-65	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
56-60	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
45-55	หมายถึง	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
40-44	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
35-39	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
30-34	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
ต่ำกว่า 30	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ

เกณฑ์กำกับการทดลอง

หลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 7 กิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างทันที โดยถือเกณฑ์การประเมิน PANSS ที่มีคะแนน T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55

แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการทางลบดีขึ้น หากมีคะแนน T-score มากกว่า 55 ผู้วิจัยจะต้องกลับไปดูคะแนนแต่ละหัวข้ออย่างละเอียดเพื่อพิจารณาสาเหตุและปัญหา ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่บกพร่อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะชีวิตให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดย ระดับที่ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม ระดับที่ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 ค่าที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา พบว่า แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ มีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)

แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบมีค่าความเที่ยงเดิมแบบ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.81-0.83 (Nilchaikovit et al., 2000) ทั้งนี้ ก่อนนำเครื่องมือมาใช้จะมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมิน เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกัน เพื่อหาค่าความเห็นตรงกันของผู้ประเมิน แล้วจึงคำนวณค่าความเที่ยงตามสูตรของ Burns and Grove (2005) โดยถือเกณฑ์ค่าความเที่ยงในระดับ .70 ถึง .99 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย ในกรณีที่ค่าความเที่ยงไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจารย์จิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะวิเคราะห์ร่วมกันถึงการประเมินที่แตกต่างกัน และทำการประเมินซ้ำจนค่าความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งมีสูตรการคำนวณค่า Inter-rater reliability ดังนี้ (Burns & Grove, 2005)

$$\text{ค่า Inter-rater reliability} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ตอบเหมือนกัน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 3 รายในเวลาเดียวกันด้วยแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ สามารถคำนวณค่า Inter-rater reliability ได้ดังนี้

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่า Inter-rater reliability} = 5/7 = .71$$

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า Inter-rater reliability} = 5/7 = .71$$

$$\text{ผู้ป่วยรายที่ 3 ค่า Inter-rater reliability} = 6/7 = .86$$

ดังนั้น ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .76 ซึ่งถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเตรียมการทดลอง 2. ระยะดำเนินการทดลอง และ 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้ถูกต้องและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัย โดยมีการเตรียมการ ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) ของ Dodd et al. (2001) โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการที่ถูกต้อง ร่วมกับการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้พร้อม ประกอบด้วย

1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ โดยการสร้างโปรแกรมการจัดการอาการทางลบจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นทำการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และจะนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 คน หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และได้รับอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นทำการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และจะนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และได้รับอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยทุกฉบับ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 เตรียมสถานที่ หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และได้รับอนุญาตจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายและชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงการเลือกใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) แบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill Profile) พร้อมทั้งคู่มือการใช้แบบประเมิน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินคัดเลือกร่วมการวิจัย และประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการเตรียมความรู้ในการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) กับอาจารย์จิตแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์การใช้เครื่องมือ ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งนี้ ก่อนนำเครื่องมือมาใช้จะมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมิน เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยถือเกณฑ์ค่าความเที่ยงในระดับ .70 ถึง .99 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย (Burn & Grove, 2005) ซึ่งจากการทดสอบพบว่า ค่าความ

เที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ของแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทยเท่ากับ .78 แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .79 และแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .76 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการ ดังนี้

- ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้ช่วยวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว จากนั้น ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกรวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 40 คน โดยจับคู่แยกเพศชายและหญิง และจับคู่ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อกรวิจัย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 20 คู่ กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

- ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิตตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) เพื่อเก็บข้อมูลการทำหน้าที่ก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)
1	ชาย	8	ชาย	9
2	ชาย	10	ชาย	11
3	ชาย	16	ชาย	13
4	ชาย	6	ชาย	7
5	ชาย	22	ชาย	24
6	ชาย	4	ชาย	3
7	ชาย	4	ชาย	3
8	ชาย	4	ชาย	4
9	ชาย	10	ชาย	8
10	ชาย	18	ชาย	20
11	หญิง	21	หญิง	18
12	หญิง	4	หญิง	4
13	หญิง	4	หญิง	5
14	หญิง	10	หญิง	12
15	หญิง	14	หญิง	16
16	หญิง	18	หญิง	16
17	หญิง	6	หญิง	6

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	
18	หญิง	30	หญิง	27	
19	หญิง	7	หญิง	6	
20	หญิง	9	หญิง	8	
		$\bar{X} = 11.25$			$\bar{X} = 11.00$

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ทำการจับคู่กัน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้วพบว่ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเล็กน้อย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ pair t-test เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะเวลาความเจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .109$)

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มโภชนาการ กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนันทนาการ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยให้ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ระยะเวลาในกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีตารางการจัดกิจกรรม ดังตาราง

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันเดือนปี	เวลา	สถานที่
1	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 17 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
	แลกเปลี่ยน ประสบการณ์การมี อาการ	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 17 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วยดาว ประดับ
2	กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันพุธ ที่ 19 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันพุธ ที่ 19 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วยดาว ประดับ
3	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการจัดการอาการ ทางลบ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันศุกร์ ที่ 21 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันศุกร์ ที่ 21 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วยดาว ประดับ

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันเดือนปี	เวลา	สถานที่
4	กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการ จัดการอาการด้วยการ ส่งเสริมทักษะการดูแล ตนเอง	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 24 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 24 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วย ดาว ประดับ
5	กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการ จัดการอาการด้วยการ พัฒนาทักษะการจัดการ อารมณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันพุธ ที่ 26 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันพุธ ที่ 26 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วย ดาว ประดับ
6	กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการ จัดการอาการ ด้วยการ พัฒนาทักษะการสื่อสาร และการสร้าง สัมพันธภาพ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันศุกร์ ที่ 28 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันศุกร์ ที่ 28 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วย ดาว ประดับ
7	กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้รับ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 31 ส.ค. 2563	9.30-11.00 น.	หอผู้ป่วย ลดาวัลย์
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันจันทร์ ที่ 31 ส.ค. 2563	13.00-14.30 น.	หอผู้ป่วย ดาว ประดับ

รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการทดลอง มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอักษย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
นั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลง รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบ
4. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกแสดงความเป็นมิตรและแสดงความสนใจในการร่วมกิจกรรมและร่วมแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. สมาชิกสามารถบอกอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
3. สมาชิกสามารถประเมินความรุนแรงอาการทางลบของตนเอง และผลกระทบจากอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
4. สมาชิกสามารถบอกความสำคัญของการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบได้
5. สมาชิกสามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม
6. สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเองภายในกลุ่ม

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยการพูดคุยในเรื่องทั่วไป แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบ

กิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ หัวใจดีจริงใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะอาการทางลบว่าเป็นอย่างไร จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบของตนเอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น จะมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ในความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ และมีการตอบสนองต่ออาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดอกไม้ปลอม
2. ป้ายชื่อ
3. กระดาษและปากกา
4. กระดาษฟลิปชาร์ต
5. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ
6. ใบงานที่ 1 สำรวจอาการทางลบของตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน ผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยกล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไปด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับสมาชิกทุกคน โดยให้สมาชิกบอกชื่อจริง และลักษณะเด่นในทางบวกของตนเองที่อยากให้ผู้อื่นทราบ คนละ 1 ข้อ จากนั้นแจกป้ายชื่อให้สมาชิกทุกคนติดไว้ที่เสื้อ
3. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กิจกรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม แจงวัน เวลา สถานที่และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง และร่วมกันกำหนดข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ซักถามปัญหาและความคาดหวังของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมกิจกรรม
5. ผู้นำกลุ่มเริ่มกระบวนการบำบัดโดยโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เริ่มจากการ สอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบของสมาชิก และให้สำรวจอาการทางลบของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบตาม ใบ ความรู้ที่ 1 เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิก สามารถประเมินอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกประเมินอาการทางลบของตนเอง ในใบงานที่ 1 พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ สมาชิกซักถามข้อสงสัย
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกประเมินความรุนแรงของอาการทางลบของตนเอง รวมทั้งผลกระทบที่ เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่และผลกระทบอื่นๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนการตอบสนองต่ออาการทางลบที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
9. ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการสรุป ประสพการณ์การมีอาการทางลบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบ และการตอบสนองต่ออาการ ทางลบของสมาชิกแต่ละคน และผู้นำกลุ่มสรุป โดยเน้นย้ำให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการประเมิน อาการทางลบของตนเองที่จะทำให้สมาชิกตระหนักถึงความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบ ต่อการทำหน้าที่ เพื่อจะได้แสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป
10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย และให้สมาชิกแต่ละคนบอกความรู้สึก หลังการเข้าร่วมกิจกรรม
11. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกิจกรรม กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมาย สมาชิกในครั้งที่ 2 และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและพฤติกรรมของสมาชิกขณะร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม
2. ประเมินผลงานจากการทำใบงานของสมาชิกรายบุคคล โดยสมาชิกสามารถบอกอาการ ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประเมินความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการ ทางลบได้ด้วยตนเอง
3. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกขณะร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- ในช่วงแรกของการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนร่วมมากนัก พูดน้อย ถามคำตอบคำ แต่หลังจากผ่านขั้นตอนของการแนะนำตัวด้วยการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร พบว่า สมาชิกบางส่วนเริ่มมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายมากขึ้น เริ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แต่ยังมีสมาชิกบางคนที่มีมักจะนั่งฟังเฉยๆ เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นก็สามารถแสดงความคิดเห็นได้ ซึ่งสมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

- การสำรวจประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเอง สมาชิกสามารถบอกอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประเมินความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบได้ด้วยตนเอง ดังนี้

- อาการทางลบที่สมาชิกส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ได้แก่ การไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคลและการดูแลตนเอง ขาดความกระตือรือร้น ไม่อยากพูดคุยกับใคร และการแยกตัวออกจากสังคม ไม่อยากพบปะใคร

- สมาชิกส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงของอาการทางลบที่ตนเองเป็นอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง

- อาการทางลบที่สมาชิกส่วนใหญ่ประเมินว่าส่งผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุด ได้แก่

- 1) ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคลและการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าส่งผลกระทบต่อทำให้ร่างกายไม่สะอาด อาจทำให้อาการกำเริบซ้ำ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือเป็นการสร้างภาระให้ผู้ดูแล
- 2) การไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ โดยประเมินว่าส่งผลกระทบต่อ ทำให้ถูกมองว่าเป็นคนขี้เกียจ อาจทำให้มีภาวะซึมเศร้า รู้สึกสะเทือนใจ เกิดความเครียด และ
- 3) การแยกตัวออกจากสังคม ไม่อยากพบปะใคร โดยประเมินว่าส่งผลกระทบต่อทำให้สูญเสียความมั่นใจ ไม่มีเพื่อน ไม่มีสัมพันธ์ภาพกับใคร

- สมาชิกส่วนใหญ่ไม่เคยจัดการอาการทางลบของตนเองและไม่ทราบวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตนเองเป็น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอธยาศัย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านต่างๆ
3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับอาการของโรคจิตเภทที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการเตือน อาการ อาการแสดง ของโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง
2. สมาชิกสามารถบอกได้ว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุของการบกพร่องการทำงานที่อย่างไรบ้าง
3. สมาชิกสามารถบอกการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเชื่อมโยงถึงการบกพร่องการทำงานที่ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลของความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านต่างๆ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษามากขึ้น ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตน

เป็นอยู่ และมีการดูแลสุขภาพที่ดีส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. กระดาษ/ปากกา
3. บัตรคำ
4. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (pre-test)
5. ใบความรู้ที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
6. ใบงานที่ 2.1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (post-test)
7. ใบงานที่ 2.2 การเจ็บป่วยของฉัน
8. ใบงานที่ 2.3 ป่วยแล้วเกิดปัญหาอะไร

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งก่อน
4. ผู้นำกลุ่มทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของสมาชิก (pre-test) โดยการให้สมาชิกทุกคนตอบคำถามในใบงานที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละประเด็นแล้วผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมเนื้อหาที่ถูกต้อง
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเข้าใจของตนเองในใบงานที่ 2.2 การเจ็บป่วยของฉัน
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันจับคู่บัตรคำ เกี่ยวกับอาการของโรคและผลกระทบที่เกิดจากอาการเหล่านั้น แล้วบันทึกลงในใบงานที่ 2.3
8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเชื่อมโยงถึงการบกรร่งการทำหน้าที่ และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
9. ผู้นำกลุ่มทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของสมาชิก (post-test) โดยการให้สมาชิกทุกคนตอบคำถามในใบงานที่ 2.1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปความรู้จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้

11. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้

12. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก

2. ประเมินผลงานจากการทำใบงาน

2.1 ใบงานที่ 2.1 สมาชิกตอบคำถามแบบทดสอบ (post-test) ได้ถูกต้องอย่างน้อย 8 ใน 10 ข้อ

2.2 ใบงานที่ 2.2 สมาชิกสามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2.3 ใบงานที่ 2.3 สมาชิกสามารถจับคู่อาการของโรคจิตเภทกับผลกระทบที่เกิดจากอาการได้อย่างถูกต้อง

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีบางส่วนที่มักจะนั่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน

- ในการทำใบงานสามารถประเมินผลได้ ดังนี้

- สมาชิกตอบคำถามแบบทดสอบ (post-test) ได้ถูกต้องอย่างน้อย 8 ใน 10 ข้อ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มในการเฉลยและอภิปรายข้อคำถามทุกข้อ รวมทั้งมีการอธิบายเพิ่มเติมให้แก่สมาชิกที่ตอบคำถามไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อให้สมาชิกทุกคนมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

- สมาชิกสามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทุกคน

- สมาชิกสามารถจับคู่อาการของโรคจิตเภทกับผลกระทบที่เกิดจากอาการได้อย่างถูกต้องทุกคน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอธยาศัย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการจัดการอาการทางลบ
2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการอาการทางลบ
3. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมกับตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกขั้นตอนและวิธีการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีการต่างๆ ได้
2. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางลบได้
3. สมาชิกสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการทางลบที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบต่างๆ และให้เรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบ มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมและเคยมีประสบการณ์การรับรู้อาการทางลบ ว่ามีลักษณะอาการอย่างไร มีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการทางลบวิธีการต่างๆ จากประสบการณ์หรือตามความคิดเห็นของตนเอง จากนั้น ให้สมาชิกเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการจัดการอาการทางลบของตนเอง การมีแนวทางในการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นด้วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. กระดาษ/ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 3 การจัดการอาการทางลบ
4. ใบงานที่ 3.1 เรียนรู้การจัดการอาการจากตัวแบบ
5. ใบงานที่ 3.2 กลยุทธ์การจัดการอาการทางลบ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำงานกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งก่อนคือ การประเมินอาการทางลบของตนเอง การตอบสนองต่ออาการที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกแต่ละคน การรับรู้โรคจิตเภท ส่งเสริมให้สมาชิกรับรู้ผลกระทบที่ตนเองได้รับ เพื่อให้สมาชิกมีความคิดหาวิธีการจัดการกับอาการเหล่านั้น โดยผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อกระตุ้นให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการที่ผ่านมาของสมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม รวมทั้งสอบถามความตั้งใจที่จะหาวิธีการจัดการอาการทางลบแล้วนำไปปฏิบัติ
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการอาการทางลบ และยกตัวอย่างวิธีการจัดการอาการทางลบ เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจวิธีการจัดการอาการและมีทางเลือกในการจัดการอาการ
6. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวแบบ จากนั้นให้สมาชิกร่วมกันซักถามประสบการณ์การมีอาการทางลบ และวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตัวแบบเคยทำแล้วประสบความสำเร็จ แล้วบันทึกลงในใบงาน
7. ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ร่วมกันแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการทางลบวิธีการต่างๆ จากประสบการณ์หรือตามความคิดเห็นของตนเอง จากนั้น ให้สมาชิกเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของตนเอง และบันทึกในใบงาน
8. ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้ที่จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้ และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมนี้
10. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในครั้งที่ 4 และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก
2. ประเมินจากการทำใบงาน
 - 2.1 ใบงานที่ 3.1 สมาชิกสามารถบอกประสบการณ์การมีอาการทางลบ และวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตัวแบบเคยทำแล้วประสบความสำเร็จได้อย่างถูกต้อง
 - 2.2 ใบงานที่ 3.2 สมาชิกสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของตนเอง

3. ประเมินจากสมาชิกทุกคนสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางลบได้หลังสิ้นสุดกิจกรรม

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีบางส่วนที่มักจะนิ่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน

- ในการทำใบงานสามารถประเมินผลได้ ดังนี้

- สมาชิกสามารถบอกประสบการณ์การมีอาการทางลบ และวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตัวเองเคยทำแล้วประสบความสำเร็จได้อย่างถูกต้อง

“อาการทางลบที่ตัวเองเคยเป็น ได้แก่ พุดน้อยมาก สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ และแยกตัวไม่ยอมพบใคร ส่วนวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตัวเองเคยทำแล้วประสบความสำเร็จ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นประจำทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ทำให้ได้ฝึกการพูดและการแสดงความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ นอกจากนี้ ตัวบ๊วยยังมีการฝึกยิ้มในกระจก ฝึกการแสดงสีหน้ากับสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดอาการสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์”

- สมาชิกสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการที่จะนำมาใช้จัดการอาการทางลบของตนเอง ตัวอย่างเช่น

“สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ จะจัดการโดย บอกความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นทราบ”

“ไม่มีแรงจูงใจ ไม่สนใจดูแลตนเอง จะจัดการโดย จัดตารางกิจวัตรประจำวัน/ ให้คนในครอบครัวช่วยกระตุ้นเตือน”

ทั้งนี้ มีสมาชิกบางคน สามารถบอกอาการทางลบที่ตนเองเป็นได้ แต่ไม่ทราบวิธีการจัดการอาการนั้นๆ ผู้วิจัยจึงต้องใช้กระบวนการกลุ่ม ให้สมาชิกคนอื่นๆ เสนอวิธีการจัดการอาการเพื่อเป็นตัวเลือกให้เพื่อนสมาชิกด้วยกัน

- สมาชิกทุกคนสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางลบได้หลังสิ้นสุดกิจกรรม ตัวอย่างเช่น

“เพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น” “ช่วยให้ดูแลตัวเองได้ดีขึ้น”

“เพื่อทำให้ตัวเองมีศักยภาพมากขึ้น”

“ทำให้ไม่ถูกมองจากญาติและคนรอบข้างว่าเราซี้เกียจ”

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอธยาศัย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา
3. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไปปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ที่ถูกต้องได้ สามารถบอกปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง และมีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข
2. สมาชิกสามารถบอกข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่อง และบอกแนวทางการป้องกันการขาดยาหรือหยุดยาเองได้
3. สมาชิกสามารถวางแผนการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะการจัดการอาการ เกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานยา การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา และผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน จากนั้นเป็นการสำรวจการดูแลตนเองจากกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมาของสมาชิก ประเมินกิจวัตรประจำวันของตนเองที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่ เพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา
3. กระดาษฟลิปชาร์ต
4. ใบความรู้ที่ 4 การจัดการอาการทางลบด้วยการดูแลตนเอง
5. ใบงานที่ 4.1 กิจวัตรประจำวันของฉัน
6. ใบงานที่ 4.2 กินยากันเถอะ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำงานกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งก่อน
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผ่านมาของตนเอง
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โดย กลุ่มที่ 1 ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน แล้วร่วมกันสรุปที่ละด้าน
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสำรวจการดูแลตนเองจากกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมา ประเมินกิจวัตรประจำวันของตนเองที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา และผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนตัวเองเกี่ยวกับการรับประทานยาว่า ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา พบปัญหาอะไรหรือมีความเชื่ออะไรที่ทำให้ท่านต้องหยุดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลกระทบจากการขาดยา/ หยุดยาเองหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลดีจากการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และแนวทางการแก้ปัญหาการขาดยา/ หยุดยาเอง
9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปความรู้จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้
10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้

11. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5 และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก
2. ประเมินจากผลการทำงาน

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีสมาชิก 2 คน ที่มักจะนั่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน

- สมาชิกสามารถบอกการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ที่ถูกต้องได้ สามารถบอกปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง และมีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ตัวอย่างเช่น “ตื่นสาย ทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา แนวทางการปรับปรุง คือ ตั้งนาฬิกาปลุก/ให้ญาติช่วยปลุก” “มักง่วงนอนช่วงกลางวันมากเกินไป แนวทางการปรับปรุง คือ พยายามไม่นอนดึก ถ้ายังง่วงมากปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์ช่วยปรับยา” “ดื่มน้ำอัดลม แนวทางการปรับปรุง คือ เปลี่ยนเป็นดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน”

- สมาชิกสามารถวางแผนการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมได้ โดยทบทวนการทำกิจวัตรประจำวันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วจัดตารางกิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่

- สมาชิกสามารถทบทวนตัวเองเกี่ยวกับการรับประทานยาว่าตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา พบปัญหาอะไรหรือมีความเชื่ออะไรที่ทำให้ท่านต้องหยุดยาหรือรับประทานยา โดยพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา กลัวจะได้รับอันตราย รองลงมา คือ คิดว่าแพทย์สั่งยาให้รับประทานมากเกินไป และมีความเชื่อว่ามีอาการทางจิตไปนานๆ อาจเป็นพิษต่อตับไต ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิตแก่สมาชิก เพื่อสร้างทัศนคติต่อการรับประทานยาที่ถูกต้อง และเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าและความสำคัญของการรับประทานยา จนสมาชิกสามารถบอกข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่อง ผลเสียจากการขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และบอกแนวทางการป้องกันการขาดยาหรือการหยุดยาเองได้

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกร่วมเป็นวงกลมโดยให้เลือกรที่นั่งตามอธยาศัย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
นั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกแสดงอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจถึงผลที่เกิดขึ้นจากการแสดงอารมณ์ต่างๆ
3. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการและควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถแสดงอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ
2. สมาชิกสามารถบอกผลที่เกิดขึ้นจากการแสดงอารมณ์ต่างๆได้
3. สมาชิกเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ของตนเองได้

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง มักใช้การแก้ปัญหาแบบเก็บกด ส่งผลให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ และในระยะยาวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมาก จะยังมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง การพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และแสดงอารมณ์ พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา
3. การ์ดอารมณ์
4. ใบความรู้ที่ 5 การจัดการอารมณ์
5. ใบงานที่ 5.1 อารมณ์นั้นสำคัญไฉน
6. ใบงานที่ 5.2 รู้หน้ารู้อารมณ์

7. ใบงานที่ 5.3 จัดการได้ดีมีความสุข

8. แบบสำรวจอารมณ์ของตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งก่อน
4. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการสอบถามว่าในแต่ละวันสมาชิกเคยมีอารมณ์แบบไหนบ้าง จากนั้นเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความหมาย ประเภทของอารมณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับใบความรู้ และกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของอารมณ์ โดยให้สมาชิกเรียนรู้ผ่านการทำใบงาน
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนเลือกการ์ดอารมณ์คนละ 1 ใบ โดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าตนเองเลือกอะไร ให้สมาชิกจับคู่และสลับเปลี่ยนกันแสดงอารมณ์ให้คู่ของตนเองทายตามการแสดงที่เห็น จากนั้นผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกที่ทายถูกว่ามีวิธีการอย่างไรที่สามารถทายอารมณ์คู่ของตนเองได้อย่างถูกต้อง และให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ของการรับรู้อารมณ์ที่ถูกต้องของผู้อื่น
6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ของตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับใบความรู้ และส่งเสริมให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ผ่านใบงาน โดยให้ทบทวนเกี่ยวกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเอง และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม
7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปความรู้จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้
8. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้าน ให้สมาชิกสำรวจอารมณ์ของตนเองพร้อมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมาย
9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้
10. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในการทำกิจกรรมครั้งที่ 6 และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก
2. ประเมินจากการทำใบงาน
3. ประเมินจากการทำการบ้านที่มอบหมาย

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีสมาชิก 2 คน ที่มักจะนิ่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน

- สมาชิกส่วนใหญ่สามารถแสดงบทบาทสมมติในการอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ มีเพียง 2 คนที่แสดงอารมณ์ได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีสีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ซึ่งเป็นอาการทางลบอย่างหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการกลุ่มให้สมาชิกคนอื่นๆ ให้กำลังใจเพื่อนในการพยายามฝึกการแสดงอารมณ์อย่างค่อยเป็นค่อยไป

- จากการฝึกการแสดงอารมณ์ต่างๆ สมาชิกสามารถบอกผลที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น “ทำให้พูดคุยกันเข้าใจมากขึ้น” “ทำให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของเรามากขึ้น” “ช่วยให้เข้าใจอารมณ์ตัวเองมากขึ้น”

- สมาชิกเลืกรวธีการจัดการอารมณ์ของตนเองได้ ตัวอย่างเช่น “ถ้ามีอารมณ์โกรธ จะเดินหนีออกจากคนที่ทำให้โกรธ รอให้ใจเย็นลงก่อนแล้วจึงพูดคุยให้รู้เรื่อง” “ถ้ามีอารมณ์เศร้า จะพาทิจกรรมที่ทำแล้วผ่อนคลาย พูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้” เป็นต้น

- ผู้วิจัยได้ทบทวนกิจกรรมนี้ ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 6 พร้อมทั้งสอบถามเรื่องการบ้าน พบว่าสมาชิกสามารถทำการบ้านการสำรวจอารมณ์ตนเองในแต่ละวันได้ โดยสามารถบอกอารมณ์ในขณะที่บันทึกและสาเหตุที่ทำให้มีอารมณ์นั้นได้ เช่น “มีอารมณ์ดีใจ เพราะเพื่อนแบ่งขนมให้” “มีอารมณ์โกรธ เพราะเพื่อนเหยียบเท้า” เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้าง

สัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกร่วมเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอักษย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการสื่อสารที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่

3. เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้
2. สมาชิกบอกความสำคัญของการสื่อสารที่มีต่อการทำหน้าที่ได้และจะนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน
3. สมาชิกมีการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่มได้
4. สมาชิกบอกความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ และจะนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ปวยติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ปวยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ตลอดจนฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สื่อสารทางบวก ฝึกสังเกตสีหน้า ฝึกการยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่น หลังจากพัฒนาทักษะการสื่อสาร ต่อมาเป็นการพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ปวยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม รวมทั้งให้ผู้ปวยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การมีทักษะในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ปวยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานที่ด้านการสื่อสารและด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา
3. สลากสถานการณ์เพื่อแสดงบทบาทสมมติด้านการสื่อสาร
4. ภาพประกอบใบงานที่ 6.2
5. ใบความรู้ที่ 6.1 การสื่อสาร
6. ใบความรู้ที่ 6.2 การสร้างสัมพันธภาพ
7. ใบงานที่ 6.1 จะบอกอย่างไรดี
8. ใบงานที่ 6.2 มองให้ดีมีประโยชน์
9. ใบงานที่ 6.3 ใจเขาใจเรา

10. ใบงานที่ 6.4 ข้อความจากใจ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งก่อน
4. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดี แล้วผู้นำกลุ่มสรุปความรู้
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจับคู่ ช่วยกันเลือกข้อความที่เป็นคำพูดด้านซ้ายมือ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านขวามือมากที่สุด เพื่อส่งเสริมการสื่อสารโดยการใช้คำพูดที่เหมาะสม แล้วทำการเฉลยคำตอบพร้อมกัน จากนั้นให้สมาชิกจับสลากเลือกสถานการณ์ เพื่อแสดงบทบาทสมมติ โดยไม่ให้คู่ของตนเองทราบสถานการณ์ที่ตนได้ แล้วแสดงบทบาทตามสถานการณ์ จากนั้นให้คู่ของตนพูดโต้ตอบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แล้วสลับเปลี่ยนกัน
6. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมการพัฒนาทักษะด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลทั่วไป โดยให้สมาชิกจับคู่กันมองภาพที่ผู้นำกลุ่มแจกให้ แล้วตอบคำถาม บันทึกลงในใบงาน แล้วร่วมกันอภิปรายถึงข้อคิดที่ได้รับจากกิจกรรม จากนั้นผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่เนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญการสร้างสัมพันธภาพ

จากนั้นให้สมาชิกจับคู่สลับเปลี่ยนกันเล่าเกี่ยวกับความดีที่เคยทำ ให้เวลาคนละ 5 นาที สลับเปลี่ยนกันบอกข้อดีของเพื่อนตามการรับรู้ของตนเอง และให้สมาชิกสลับเปลี่ยนกันชื่นชมเพื่อน และขอบคุณเพื่อนที่ให้การชื่นชมตนเอง แล้วตอบคำถามในใบงาน เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการแสดงความชื่นชมผู้อื่นอย่างจริงใจและมีทักษะในการตอบสนองต่อการได้รับการแสดงความชื่นชมจากบุคคลอื่น

7. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่เนื้อหาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว โดยเริ่มจากกิจกรรม “ใจเขาใจเรา”

ให้อาสาสมัคร 2 คนแสดงบทบาทสมมติ 2 รอบ โดยรอบที่ 1 ผู้แสดงคนแรกถามคำถามหลายอย่าง แต่ผู้แสดงอีกคนไม่ตอบคำถาม นิ่ง เงียบ ไม่สนใจสิ่งที่อีกฝ่ายพูด ทำให้อีกฝ่ายเกิดความไม่พอใจ ส่วนรอบที่ 2 มีการพูดคุยโต้ตอบกันระหว่างผู้แสดงสองคน แสดงถึงสัมพันธภาพอันดีที่มีต่อกัน

ให้สมาชิกสังเกตการแสดงบทบาทสมมติของตัวแทนสมาชิก แล้วตอบคำถามในใบงาน เพื่อสะท้อนให้สมาชิกเห็นปัญหาและความสำคัญของการมีสัมพันธภาพในครอบครัว

ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กันเขียนข้อดีหรือสิ่งที่ประทับใจ และข้อที่ควรปรับปรุง ของสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มลูก เขียนข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงของแม่

กลุ่มแม่ เขียนข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงของลูก

ให้สมาชิกหาตัวแทนเพื่อนำเสนอผลการอภิปรายและเขียนสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ลงในใบงาน

8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนสิ่งที่อยากขอบคุณและขอโทษแก่สมาชิกในครอบครัว จากนั้นแลกเปลี่ยนสิ่งที่เขียนให้สมาชิกในกลุ่มได้ฟัง

9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปความรู้จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้

10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้

11. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในการทำกิจกรรมครั้งที่ 7

และปิดกลุ่ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก
2. ประเมินจากการแสดงบทบาทสมมติของสมาชิกในการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้
3. ประเมินจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่มอบหมาย
4. ประเมินจากการทำใบงาน

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีสมาชิก 2 คนที่มักจะนิ่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน และสมาชิกมีการสร้างสัมพันธ์ภายในในกลุ่ม และสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่มได้

- สมาชิกทุกคนสามารถแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆ ได้ มีสมาชิก 2 คน ที่ใช้เวลาค่อนข้างนาน ผู้วิจัยต้องใช้เวลาและให้สมาชิกคนอื่นๆ ช่วยให้การกำลังใจ

- สมาชิกบอกความสำคัญของการสื่อสารและการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ และจะนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เลือกที่นั่งตามอธยาศัย ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับสมาชิก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และทักษะการจัดการอาการทางลบที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการประเมินผลการจัดการอาการทางลบของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้และทักษะการจัดการอาการทางลบที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งได้
2. สมาชิกสามารถประเมินผลการจัดการอาการทางลบของตนเอง และเลือกวิธีการจัดการอาการวิธีใหม่สำหรับอาการทางลบที่ยังจัดการได้ไม่ดี
3. สมาชิกสามารถอธิบายความรู้และทักษะที่ได้รับที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้านได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ ที่ตนเองได้เลือกนำไปปฏิบัติ ทบทวนปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการทางลบด้วยวิธีต่างๆ เพื่อปรับปรุงสิ่งที่ยังบกพร่องอยู่ เพื่อให้การจัดการอาการทางลบมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลลัพธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา

3. ใบงานที่ 7 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการทางลบ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ กติกาการทำกลุ่ม และระยะเวลาการดำเนินกลุ่มให้สมาชิกทราบ
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนความรู้จากการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
4. ให้สมาชิกได้ทบทวนวิธีการจัดการอาการทางลบที่ตนเองได้เลือกนำไปปฏิบัติ แล้วประเมินผลการจัดการอาการทางลบ ตามใบงานที่ 7 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการทางลบ
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการทางลบของแต่ละคนเกี่ยวกับ วิธีการจัดการอาการ ผลการจัดการอาการ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งที่ยังต้องปรับปรุง พร้อมทั้งให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการวิธีใหม่ เพื่อให้สมาชิกนำวิธีการต่างๆ ไปปรับปรุงการจัดการอาการทางลบของตนเองต่อไป
6. ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้ที่จากการดำเนินกลุ่มในวันนี้ และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
7. ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้ต่างๆ จากการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อทดสอบความรู้ความเข้าใจของสมาชิก
8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมโปรแกรม
9. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจสมาชิกในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับกลับไปใช้จริงในชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้าน กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ และปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามของสมาชิก
2. ประเมินจากการทำใบงาน

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

- สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม มีบางส่วนที่มักจะนั่งเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นถาม สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน
- สมาชิกสามารถบอกความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งได้

- สมาชิกสามารถประเมินผลการจัดการอาการทางลบของตนเอง และเลือกวิธีการจัดการอาการวิธีใหม่สำหรับอาการทางลบที่ยังจัดการได้ไม่ดี
- สมาชิกสามารถอธิบายความรู้และทักษะที่ได้รับที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้านได้

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการทางลบเสร็จสิ้นแล้ว และตรวจสอบคะแนนอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน ซึ่งกำหนดระดับคะแนนอาการทางลบที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ คะแนน T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบดีขึ้น และในการวิจัยครั้งนี้ จากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกคน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนอาการทางลบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	อาการทางลบ					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	T-score	การแปลผล	คะแนน	T-score	การแปลผล
1	26	57	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	20	47	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
2	22	50	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
3	26	57	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	19	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
4	24	54	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
5	26	57	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
6	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
7	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	12	34	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
8	20	47	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	12	34	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
9	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
10	25	55	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
11	25	55	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
12	20	47	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
13	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
14	21	49	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
15	22	50	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
16	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
17	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
18	24	54	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย

อาการทางลบ						
คนที่	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	T-score	การแปลผล	คะแนน	T-score	การแปลผล
19	16	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
20	17	42	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	12	34	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนอาการทางลบซึ่งเป็นคะแนนดิบจะถูกเปลี่ยนเป็นคะแนน T-score ซึ่ง T-score คือค่าคะแนนมาตรฐานที่ใช้ประโยชน์เพื่อการเปรียบเทียบคะแนน และใช้เป็นแนวทางในการแปลผล โดยค่าคะแนน T-score ที่ปรากฏเป็นการคิดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรฐาน ไม่ใช่ T-score ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนอาการทางลบส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย หลังการทดลองมีคะแนนอาการทางลบลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยจนถึงต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 18 คน มีเพียง 2 คน ที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยแต่เมื่อเทียบกับเกณฑ์กำกับการทดลองก็ถือว่าผ่านเกณฑ์

3. ระเบียบรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะให้คำชี้แจง คำแนะนำในการประเมินให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

(1) กลุ่มทดลอง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2) หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดทักษะชีวิตหลังการทดลอง (Post-test) และผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

(2) กลุ่มควบคุม มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2) หลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยอธิบายว่าจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามการพยาบาลปกติครบตามกำหนด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคจิตเภท ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ได้รับ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กลุ่มโภชนาการ กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิต กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนันทนาการ

3) เมื่อครบกำหนดการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต และผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

4) ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test)

3) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

4) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าทีของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน (Match-Pairs) ระหว่างเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วมีการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ซึ่งมีการวัดการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	10	50.00	10	50.00	20	50.00
ชาย	10	50.00	10	50.00	20	50.00
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
30-39 ปี	6	30.00	5	25.00	11	27.50
40-49 ปี	7	35.00	8	40.00	15	37.50
50-59 ปี	6	30.00	6	30.00	12	30.00
สถานภาพสมรส						
โสด	14	70.00	11	55.00	25	62.50
คู่	2	10.00	7	35.00	9	22.50
หย่าร้าง	2	10.00	0	0	2	5.00
แยกกันอยู่	2	10.00	1	5.00	3	7.50
หม้าย	0	0	1	5.00	1	2.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35.00	6	30.00	13	32.50

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา/ปวช.	11	55.00	13	65.00	24	60.00
อนุปริญญา (ปวส.)	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ปริญญาตรี	1	5.00	0	0	1	2.50
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	95.00	20	100.00	39	97.50
รับจ้าง	1	5.00	0	0	1	2.50

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาความเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
2-5 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
6-10 ปี	8	40.00	6	30.00	14	35.00
11-15 ปี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
16-20 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
มากกว่า 20 ปี	3	15.00	2	10.00	5	12.50

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1-5 ครั้ง	11	55.00	12	60.00	23	57.50
6-10 ครั้ง	6	30.00	7	35.00	13	32.50
11-15 ครั้ง	2	10.00	1	5.00	3	7.50
16-20 ครั้ง	1	5.00	0	0	1	2.50

จากตารางที่ 5 และ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	118.45	7.444	ต่ำ	19	-22.060*	.000
หลังการทดลอง	131.40	8.217	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	118.25	6.324	ต่ำ	19	-.738	.469
หลังการทดลอง	118.80	4.808	ต่ำ			

*p < .001

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -22.060$) โดยคะแนนเฉลี่ยการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบหลังการทดลอง สูงกว่า
ก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลัง
ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ในทาง
ตรงกันข้าม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.738$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการทำหน้าที่รายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลตนเอง	27.90	2.653	32.20	2.628	-13.562*	.000
การควบคุมอารมณ์	40.90	1.744	44.40	1.465	-11.217*	.000
สัมพันธภาพในสังคม	13.20	2.308	15.30	2.029	-8.391*	.000
การติดต่อสื่อสาร	18.45	2.282	21.05	2.585	-7.935*	.000
ความรับผิดชอบ	18.00	1.214	18.45	.945	-1.756	.095
รวม	118.45	7.444	131.40	8.217	-22.060*	.000

*p < .001

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง (t= -13.562) การควบคุมอารมณ์ (t= -11.217) สัมพันธภาพในสังคม (t= -8.391) และการติดต่อสื่อสาร (t= -7.935) ทั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ (t= -1.756)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการทำหน้าที่รายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลตนเอง	28.05	2.212	28.95	2.013	-3.758*	.001
การควบคุมอารมณ์	40.75	1.251	41.00	1.451	-.691	.498
สัมพันธภาพในสังคม	13.45	1.905	13.85	1.872	-2.027	.057
การติดต่อสื่อสาร	18.40	2.162	18.35	1.663	.252	.804
ความรับผิดชอบ	17.60	1.231	16.65	1.089	3.047**	.007
รวม	118.25	6.324	118.80	4.808	-.738	.469

*p < .001, ** p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอารมณ์ (t= -.691) สัมพันธภาพในสังคม (t= -2.027) และการติดต่อสื่อสาร (t= .252)

นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง (t= -3.758) และด้านความรับผิดชอบ (t= 3.047) โดยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง (t= -3.758) และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ (t= 3.047)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่รายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลตนเอง	27.90	2.653	28.05	2.212	-.194	.847
การควบคุมอารมณ์	40.95	1.468	40.75	1.251	.464	.646
สัมพันธภาพในสังคม	13.20	2.308	13.45	1.905	-.374	.711
การติดต่อสื่อสาร	18.45	2.282	18.40	2.162	.071	.944
ความรับผิดชอบ	18.00	1.214	17.60	1.231	1.035	.307
คะแนนการทำหน้าที่โดยรวม	118.45	7.444	118.25	6.324	.092	.928
	(ต่ำ)		(ต่ำ)			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง (t= -.194) ด้านการควบคุมอารมณ์ (t= .464) ด้านสัมพันธภาพในสังคม (t= -.374) ด้านการติดต่อสื่อสาร (t= .071) และด้านความรับผิดชอบ (t= 1.035) รวมทั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= .092)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่ราย ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลตนเอง	32.20	2.628	28.95	2.013	4.391*	.000
การควบคุมอารมณ์	44.40	1.465	41.00	1.451	7.373*	.000
สัมพันธ์ภาพในสังคม	15.30	2.029	13.85	1.872	2.349**	.024
การติดต่อสื่อสาร	21.05	2.585	18.35	1.663	3.928*	.000
ความรับผิดชอบ	18.45	.945	16.65	1.089	5.583*	.000
คะแนนการทำหน้าที่ โดยรวม	131.40 (สูง)	8.217	118.80 (ต่ำ)	4.808	5.919*	.000

* $p < .001$, ** $p < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = 4.391$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 7.373$) ด้านสัมพันธ์ภาพในสังคม ($t = 2.349$) ด้านการติดต่อสื่อสาร (3.928) และด้านความรับผิดชอบ ($t = 5.583$) รวมทั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.919$) โดยหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบอกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปีขึ้นไป) มีอาการทางจิตทุเลาลง คือ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36 มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ

คล้ายกันด้วยเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ที่พัฒนาโดย Overall & Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540 อ้างถึงใน พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, and Opler (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) โดยนำมาใช้เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 90 นาที จำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นการให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเอง ประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความต้องการที่จะจัดการอาการทางลบให้ทุเลาลง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการทางลบ ด้วยการให้ความรู้โดยผู้วิจัย การศึกษาจากตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางและวิธีการในการจัดการอาการทางลบของตนเอง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcome) เป็นการให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลการจัดการอาการทางลบของตนเอง และปรับปรุงวิธีการจัดการอาการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คืออาการทางลบทุเลาลง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

โดยเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 5 คน โดยดำเนินการครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของเครื่องมือก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้เครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.2 แบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill Profile) ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรวรรณ วรรณชาติ (2550) ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 5) ด้านความรับผิดชอบ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วย Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.92 และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) โดยธนา นิลชัยโกวิทและคณะ (2543) โดยนำมาใช้เฉพาะข้อคำถามอาการทางลบ โดยกำหนดระดับคะแนนอาการทางลบที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ คะแนน T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบดีขึ้น ตรวจสอบ

ค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วย Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1 และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเตรียมการทดลอง 2. ระยะดำเนินการทดลอง และ 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) ของ Dodd et al. (2001)

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้พร้อม และศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือรวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการและขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ในการใช้แบบประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการ ดังนี้

- ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้ช่วยวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 40 คน โดยจับคู่แยกเพศชายและหญิง และจับคู่ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 20 คู่ กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

- ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต เพื่อเก็บข้อมูลการทำหน้าที่ก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2563 โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยให้ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ระยะเวลาในกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.2 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกิจกรรมบำบัดที่ได้รับ ประกอบด้วย กลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะให้คำชี้แจง คำแนะนำในการประเมินให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบวัดทักษะชีวิต โดยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
- 2) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test)
- 3) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -22.060$, $df = 19$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.919$, $df = 19$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 5 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ และคิดเป็นร้อยละ 37.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanthunane et al. (2010) ที่พบว่า ในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทในอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.11 ต่อ 1.10 โดยเพศชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-44 ปี และเพศหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 40-54 ปี

ด้านการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 97.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fervaha et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 84.1

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษาของ Chi et al. (2016) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อย

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ($t = -22.060$, $df = 19$) ผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่เป็นรายด้าน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการหน้าที่รายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = -13.562$) การควบคุมอารมณ์ ($t = -11.217$) สัมพันธภาพในสังคม ($t = -8.391$) และการติดต่อสื่อสาร ($t = -7.935$) ทั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยการหน้าที่รายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ($t = -1.756$)

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีส่วนช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ โดยโปรแกรมการจัดการอาการทางลบเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการทำหน้าที่ คือ อาการทางลบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Model of Symptom Management) ของ Dodd et al. (2001) ที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เพื่อค้นหาและเลือกกลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) ด้วยตนเอง และประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) เพื่อปรับปรุงวิธีการจัดการอาการของตนเองให้ดีขึ้น ทำให้อาการทางลบลดลง และส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น โดยการจัดการอาการตามแนวคิดนี้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการจัดการอาการอย่างเป็นขั้นตอน 3 ขั้นตอน (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ พบว่าการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมด้วยการทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป และให้ผู้ผู้ป่วยแนะนำตัวโดยการบอกชื่อและบอกข้อดีของตนเอง ช่วยให้บรรยากาศภายในกลุ่มผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และร่วมมือในการทำกิจกรรม สังเกตได้จากในช่วงแรกของ

การดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดน้อย ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น นั่งก้มหน้า แต่หลังจากที่ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว สอบถามเรื่องทั่วไป และให้ผู้ป่วยแนะนำตัว ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลาย เริ่มมีการตอบคำถามและแสดงความคิดเห็น และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ หัวใจจริงใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น (Haynes et al., 2005)

นอกจากนี้ จากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบและให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่อยากทำอะไร อยากนอนทั้งวัน พูดน้อย แยกตัว อยากอยู่คนเดียวมากกว่าอยู่กับผู้อื่น และเมื่อให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงอาการทางลบที่ตนเองมีอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และจากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบของอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของตนเองได้ เช่น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีความสุข ไม่มีเพื่อน ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงสรุปได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับอาการของตนเองมากขึ้น มีความตระหนักต่อความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตนเอง และเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนา และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่ระบุว่า การทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น และมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ในความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ และมีการตอบสนองต่ออาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป (Dodd et al., 2001) เมื่ออาการทางลบดีขึ้นจึงส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบ ประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบที่มีต่อตนเองจากกิจกรรมครั้งก่อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับอาการของตนเองมากขึ้น และมีความตระหนักต่ออาการทางลบมากขึ้น กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ เชื่อมโยงกับการบกร่องการทำหน้าที่ และการรักษาโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการเกิดอาการทางลบมากขึ้น ตระหนักถึงผลกระทบจากการมีอาการทางลบ และทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้เริ่มมีแนวทางหรือกลวิธีใน

การจัดการอาการของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการจะทำให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเป็นอยู่ และมีการดูแลสุขภาพที่ดี (Stein-Parbury et al., 2012) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ โดยการให้ความรู้วิธีการจัดการอาการทางลบโดยผู้วิจัย การให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการทางลบของตนเองกับสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากตัวแบบที่เคยมีประสบการณ์อาการทางลบและมีวิธีการจัดการอาการจนดีขึ้น มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันสัมภาษณ์ตัวแบบว่ามีลักษณะอาการอย่างไร มีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจที่จะจัดการอาการมากขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาเป็นทางเลือกในการจัดการอาการทางลบของตนเอง และเลือกวิธีการจัดการอาการทางลบของตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบของตนเอง จากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่าอาการที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากอาการหลักของโรค สามารถคาดการณ์ ป้องกัน หรือทำให้ทุเลาลงได้ด้วยการบำบัดรักษา (intervention) ซึ่งอาการทางลบเป็นอาการที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบซึ่งจัดเป็นการบำบัดรักษา (intervention) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการอาการทางลบ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการทางลบทุเลาลงและส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นด้วย

การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง จากการใช้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผ่านมา และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสุราและสารเสพติด การพบแพทย์ การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่ละด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้มีการให้ผู้ป่วยสำรวจการดูแลตนเองจากกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมา ประเมินกิจวัตรประจำวันของตนเองที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งวางแผนการทํากิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองควรปรับปรุงในการดูแลตนเองได้และสามารถบอก

วิธีการปรับปรุงการดูแลตนเองให้เหมาะสมได้ โดยปัญหาในการดูแลตนเองส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ความบกพร่องในการดูแลความสะอาดร่างกายของตนเอง การนอนตื่นสายทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา การทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การรับประทานยาที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ดั้มชา กาแฟ น้ำอัดลม และการสูบบุหรี่ เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกำหนดตารางการทํากิจวัตรประจำวันและการปรับปรุงการดูแลตนเองให้เหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดตารางการทํากิจวัตรประจำวันใหม่ให้เหมาะสมได้ ทำให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมขึ้น จึงพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -13.562$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mausbach et al. (2013) ที่พบว่าผู้ที่ผู้ป่วยได้ทราบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ได้วางแผนเพื่อปรับปรุงแก้ไข ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดีขึ้นได้

นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยทบทวนตัวเองเกี่ยวกับปัญหาหรือความเชื่อที่ทำให้ต้องหยุดยาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยากลัวจะได้รับอันตราย รongลงมา คือ คิดว่าแพทย์สั่งยาให้รับประทานมากเกินไป และมีความเชื่อว่าเมื่อรับประทานยารักษาอาการทางจิตไปนานๆ อาจเป็นพิษต่อตับไต ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตแก่สมาชิก เพื่อสร้างทัศนคติต่อการรับประทานยาที่ถูกต้อง และเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าและความสำคัญของการรับประทานยา จนสมาชิกสามารถบอกข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่อง ผลเสียจากการขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และบอกแนวทางการป้องกันการขาดยาหรือการหยุดยาเองได้ ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือรับประทานยามากขึ้นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่าเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าช่วงที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ซึ่งในการประเมินการทำหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้ ความเอาใจใส่ความเต็มใจในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ตลอดจนการให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางสุขภาพถูกจัดอยู่ในการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบ (Rosen et al., 1989) ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีคะแนนการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ จึงทำให้พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.756$)

การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับความหมาย ประเภทของอารมณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับใบความรู้ และกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผ่านการทำใบงานและกิจกรรมโดยให้จับคู่และ

สลับเปลี่ยนกันแสดงอารมณ์ให้คู่ของตนเองหายตามการแสดงที่เห็น จากนั้นให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ของการรับรู้อารมณ์ที่ถูกต้องของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการแสดงอารมณ์มากขึ้น รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง โดยให้ทบทวนเกี่ยวกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเองและสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น ซึ่งมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการมอบหมายการบ้าน ให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ของตนเองพร้อมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองมากขึ้น มีการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -11.217$)

การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
จากการให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยให้ผู้ป่วยทำใบงานเลือกข้อความที่เป็นคำพูดที่เหมาะสมกับสถานการณ์มากที่สุด และการจับสลากเลือกสถานการณ์เพื่อแสดงบทบาทสมมติการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.935$) สอดคล้องกับการศึกษาของลิซา เทียงวิริยะ และคณะ (2557) ที่พบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ จากการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญการสร้างสัมพันธภาพ การให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยจับคู่สลับเปลี่ยนกันเล่าเกี่ยวกับความดีที่เคยทำ แล้วสลับเปลี่ยนกันบอกข้อดีของเพื่อนตามการรับรู้ของตนเอง และให้ผู้ป่วยชื่นชมกันและกัน และขอบคุณเพื่อนที่ให้คำชื่นชมตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันมากขึ้น รวมทั้งการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพมากขึ้น ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพในสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.391$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิซา เทียงวิริยะ และคณะ (2557) ที่ระบุว่า การพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยการเข้ากลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล จะเป็นวิธีการหนึ่ง

ที่ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจากการสื่อสาร พฤติกรรม และการแสดงออกของสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ตรงในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านสัมพันธ์ภาพในสังคมดีขึ้น เนื่องจากการบกพร่องด้านความคิด ภาษาและการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Muralidharan et al., 2018)

ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ จากการให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การจัดการอาการทางลบของแต่ละคนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการ ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการทางลบ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งที่ยังต้องปรับปรุง พบว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินผล การจัดการอาการทางลบของตนเอง และเลือกวิธีการจัดการอาการวิธีใหม่สำหรับอาการทางลบที่ยังจัดการได้ไม่ดี รวมทั้งสามารถอธิบายความรู้และทักษะที่ได้รับที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้านได้ นอกจากนี้ จากการให้ผู้ป่วยช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการวิธีใหม่ เพื่อให้สมาชิกนำวิธีการต่างๆ ไปปรับปรุงการจัดการอาการทางลบของตนเองต่อไป เมื่อผู้ป่วยสามารถ จัดอาการทางลบได้อย่างเหมาะสม จากการประเมินอาการทางลบหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมี อาการทางลบลดลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการอาการ ได้แก่ การศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนลำ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวกของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของมณฑา ปิ่นวิเศษ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ทั้งอาการทางลบ อาการ ทางบวก และอาการทางจิตทั่วไป ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า อาการทาง จิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอาการ ทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการทางลบตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มีส่วนช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ เนื่องจากการจัดการอาการตาม แนวคิดของ Dodd et al. นั้น มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่เกิดจากอาการของโรค ซึ่งอาการทางลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เมื่อมีการจัดการอาการ

ทางลบ ผู้ป่วยจึงมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lahera et al. (2018) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการฟื้นคืนของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อาการทางลบเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการบรรเทาอาการทางลบ หากต้องการฟื้นคืนการทำหน้าที่

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่เป็นรายด้าน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = -13.562$) การควบคุมอารมณ์ ($t = -11.217$) สัมพันธภาพในสังคม ($t = -8.391$) และการติดต่อสื่อสาร ($t = -7.935$) แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.756$) อาจเนื่องมาจาก การประเมินการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบ ในแบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การดูแลเอาใจใส่ตนเอง และรับประธานยาตามแพทย์สั่งโดยไม่ต้องเตือน ความเต็มใจที่จะรับประธานยาทางจิตเวชตามแพทย์สั่ง ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ การรักษาทรัพย์สินส่วนตัว และการไม่หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน ซึ่งจากการประเมินการทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการเตือนจากญาติในการรับประธานยา มีความรู้สึกไม่อยากรับประธานยา จึงส่งผลให้คะแนนการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ แต่ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก็ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีแนวโน้มดีขึ้น ในวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการนำปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่มาจัดกระทำ เช่น การรู้คิด (cognitive function) การรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) เป็นต้น หรืออาจนำมาจัดกระทำร่วมกับการจัดการอาการทางลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้นและครอบคลุมในทุกด้าน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.919$, $df = 30.645$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่เป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = 4.391$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 7.373$) ด้านสัมพันธภาพในสังคม ($t = 2.349$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($t = 3.928$) และด้านความรับผิดชอบ ($t = 5.583$)

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีส่วนช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดีกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เนื่องจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและเป็นการจัดการกระทำกับอาการทางลบซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การได้พบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบ การค้นหากลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นโดยผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการทางลบของตนเองให้ลดลง และจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และเพิ่มพูนทักษะด้านต่างๆ เกิดการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น โดยการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) นี้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการจัดการอาการอย่างเป็นขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ประสบการณ์การมีอาการจะครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) การให้ผู้ป่วยได้พบทวนอาการทางลบของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการของตนเองมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการแล้ว ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบที่มีต่อตนเอง เมื่อผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเองและรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบโดยมีความตระหนักต่ออาการทางลบมากขึ้นกว่าเดิม จากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการเกิดอาการ ผลกระทบจากการมีอาการ

และวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มมีแนวทางหรือกลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า การทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการเพื่อให้มีกลวิธีในการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบต่อตนเอง และรับรู้ว่าการทางลบที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการโดยมีความตระหนักต่ออาการทางลบมากขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามหากกลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ เมื่อผู้ป่วยเริ่มสนใจที่จะจัดการอาการทางลบ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ โดยการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการทางลบของตนเองกับสมาชิกภายในกลุ่ม การให้ความรู้วิธีการจัดการอาการทางลบโดยผู้วิจัย รวมทั้งการเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากตัวแบบที่เคยมีประสบการณ์อาการทางลบและมีวิธีการจัดการอาการที่ดีขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาประเมิน ค้นหาและเลือกกลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบของตนเอง นอกจากนี้ ในขั้นตอนกลยุทธ์การจัดการอาการ ผู้วิจัยยังได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการทางลบให้ขึ้น ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า การตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่กล่าวมา เป็นการส่งเสริมทักษะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีความบกพร่อง การจัดโปรแกรมในขั้นตอนที่ 2 นี้จึงสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการที่กล่าวว่า กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ โดยการใช้วิธีต่างๆจัดการกับอาการ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การใช้ยา และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการเป็นสิ่งไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่างๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพอใจในการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001)

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes) หลังจากผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการอาการทางลบ และได้นำวิธีการจัดการอาการที่ตนเองเลือกไปใช้ในการจัดการอาการทางลบ

ของตนเอง ขึ้นตอนนี่จึงเป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่ระบุว่า ผลลัพธ์จากการจัดการอาการมี 8 ด้าน และการทำหน้าที่เป็นหนึ่งในผลลัพธ์จากการจัดการอาการตามแนวคิดนี้ ดังนั้น ผลลัพธ์ (outcomes) ที่ต้องการจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและมีส่วนร่วมในการประเมินสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้ง ประเมินผลลัพธ์จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การตรวจสอบผลลัพธ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงผลักดันที่จะจัดการอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น และเมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะด้านต่างๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งพบว่าการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย (ชัชฎาภคมา, 2555) ผลจากการส่งเสริมทักษะการจัดการอาการทางลบด้วยการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมและควบคุมอารมณ์ได้ เริ่มมีการสื่อสารและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบความต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = -.194$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = .464$) ด้านสัมพันธภาพในสังคม ($t = -.374$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($t = .071$) และด้านความรับผิดชอบ ($t = 1.035$) รวมทั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .092$) แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($t = 4.391$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 7.373$) ด้านสัมพันธภาพในสังคม ($t = 2.349$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($t = 3.928$) และด้านความรับผิดชอบ ($t = 5.583$) รวมทั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.919$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การทำหน้าที่รายด้านที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบแตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติมากที่สุด คือ ด้านการควบคุมอารมณ์ อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ในกิจกรรมที่ 5 มีการฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะการแสดงออกทางด้านอารมณ์น้อยมาก สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) ไม่ค่อยสบตา บางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก ทั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังบางรายมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เป็นต้น โดยการดำเนินกิจกรรมอาศัยแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่เน้นให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการมีอารมณ์ที่เป็นทุกข์ที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเองและสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น ซึ่งมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการมอบหมายการบ้าน ให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ของตนเอง พร้อมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น การให้ผู้ป่วยฝึกสำรวจอารมณ์ ค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองมากขึ้น มีการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

การทำหน้าที่รายด้านที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบแตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติรองลงมา คือ ด้านการดูแลตนเอง ($t=4.391$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากในโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมที่ 4 มีการจัดการอาการทางลบด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ร้อยละ 97.3 มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง (อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) ผู้ป่วยไม่สนใจอาบน้ำและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, 2557) มีความบกพร่องด้านการแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับ (Foussias et al., 2014; Galderisi et al., 2014) โดยการดำเนินกิจกรรมอาศัยแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่เน้นให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา แล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม ให้ผู้ป่วยสำรวจการดูแลตนเองจากกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมา ประเมินกิจวัตรประจำวันของตนเองที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองใหม่ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองควรปรับปรุงในการดูแลตนเองได้และสามารถบอกวิธีการปรับปรุงการดูแลตนเองให้เหมาะสมได้ ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้ทราบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ได้วางแผนเพื่อปรับปรุงแก้ไข ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้ (Mausbach et al., 2013)

การทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพในสังคม และด้านการติดต่อสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นกัน อาจเนื่องมาจากในโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมที่ 6 มีการจัดการอาการทางลบด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ ซึ่งการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น (ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, 2557) รวมทั้ง มีการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ซึ่งการศึกษาของ ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ(2557) พบว่า การพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยการเข้ากลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล จะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจากการสื่อสาร พฤติกรรม และการแสดงออกของสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ตรงในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันละกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Norman et al., 2002) การมีทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น

ส่วนการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ($t = 5.583$) แต่เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.756$) เนื่องจากหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเล็กน้อย นอกจากนี้ ยังพบว่า หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.047$) ทั้งนี้ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประธานยาอยู่ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาโรคจิตเวชดีขึ้น และขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยร่วมมือและเต็มใจในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แต่เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยบางราย มีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าช่วงที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหรือครอบครัวต้องเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยา หรือบางครั้งผู้ป่วยไม่ค่อยเต็มใจที่จะรับประทานยา ซึ่งในการประเมินการทำหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้ ความเอาใจใส่ ความเต็มใจในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ตลอดจนการให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางสุขภาพถูกจัดอยู่ในการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อ (Rosen et al., 1989) จึงทำให้คะแนนการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อหลังการทดลองของผู้ป่วยบางรายลดลง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.756$)

จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลเอาใจใส่ตนเอง และรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยไม่ต้องเตือน ความเต็มใจที่จะรับประทานยาทางจิตเวชตามแพทย์สั่ง ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ การรักษาทรัพย์สินส่วนตัว และการไม่หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อให้ดีขึ้นกว่านี้ โดยอาจนำปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายมาจัดกระทำร่วมกับการจัดการอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อที่ดีขึ้น

ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทาน อาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกิจกรรมบำบัดที่ได้รับ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มโภชนาการ กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนันทนาการ ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.738$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามตารางของหอผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งมีกระบวนการทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบ การประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบ การค้นหาวิธีการจัดการอาการทางลบ การฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบและการฝึกทักษะที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านในขณะที่ยังมีอาการทางลบจึงทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดีเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ แม้ว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงควรมีวิธีการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบ โดยเฉพาะการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีความเต็มใจและความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าขณะอยู่โรงพยาบาล โดยอาจต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษการใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ไปให้การพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางลบและส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ โดยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอาการทางลบ เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจแนวความคิดการจัดการอาการ และมีทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 จากประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สิ่งสำคัญที่สุดของการจัดการอาการคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วยตนเองว่าเคยมีหรืออาการต่างๆ และประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการเหล่านั้นได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรับรู้การมีอาการและประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากอาการ จะนำไปสู่การตระหนักในความสำเร็จของการจัดการอาการ นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ยอมรับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น และยอมรับว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลดีต่อการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่ มักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเวช ปฏิเสธการเจ็บป่วยว่าไม่ได้เป็นอะไร แต่เมื่อพยาบาลเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยทบทวนตัวเองว่ามีอาการต่างๆ หรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีหรือเคยมีอาการเหล่านั้น พยาบาลจึงเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและที่มาของการมีอาการเหล่านี้ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำให้ผู้ป่วยบางรายยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้นและบางรายเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น

1.3 เนื่องจากการทำหน้าที่ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญอย่างหนึ่งที่บ่งบอกคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย และพยาบาลจึงควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษาและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และการส่งเสริมการทำหน้าที่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยเฉพาะ

2.2 ควรมีการจัดหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาการ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการจัดการอาการ และสามารถให้การพยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2.3 ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และฝึกทักษะการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และมีความบกพร่องในหลายๆ เช่น การรู้จัก การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ เป็นต้น ซึ่งการบำบัดทางการพยาบาลอาจช่วยชะลอหรือป้องกันผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถทำหน้าที่ของตนเองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ พบว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่ม คือ ผู้ป่วยคิดช้า ใช้เวลาค่อนข้างนานในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น ทำให้บรรยากาศภายในกลุ่มในช่วงแรกค่อนข้างเงียบ ผู้วิจัยจึงใช้

วิธีการเดินไปหาผู้ป่วยในกลุ่มอย่างทั่วถึง และเดินรอบๆ กลุ่มระหว่างดำเนินกิจกรรม เพื่อสอบถามและเสนอความช่วยเหลือผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายใช้เวลาในการพูดตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น แต่เมื่อตอบคำถามด้วยการเขียนผู้ป่วยสามารถทำได้ดีกว่าการพูด ในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้ดีขึ้น และช่วยให้บรรยากาศภายในกลุ่มไม่เงียบจนเกินไป

3. การวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ป่วยได้จัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินอาการทางลบด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสามารถประเมินอาการทางลบของตนเองได้ โดยควรเป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังจากมีการจัดการอาการทางลบ

4. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบหลังทดลองไม่มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง ในวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการนำปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่มาจัดกระทำ เช่น การรู้คิด (cognitive function) การรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) เป็นต้น หรืออาจนำมาจัดกระทำร่วมกับการจัดการอาการทางลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้นและครอบคลุมในทุกด้าน

5. การวิจัยครั้งต่อไปอาจนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ไปปรับใช้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบ ทำให้มองว่าผู้ป่วยซึ่เกียจ ไม่สนใจทำสิ่งต่างๆ และเกิดการตำหนิผู้ป่วย ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ดูแลคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและสังเกตเห็นอาการผู้ป่วยได้มากกว่าพยาบาล จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการตามวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นรวมทั้งอาจส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยด้วยแบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill Profile) เพื่อให้สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ เนื่องจากแบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill Profile) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ที่ใช้ได้ทั้งสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล และเข้าใจได้ง่ายกว่าการประเมินอาการทางคลินิกที่ต้องใช้ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น นอกจากนี้ การให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการและการประเมินการทำหน้าที่จะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกด้วย

6. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังแต่ละโรค

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น. ใน นันทวัช สิริธีรภัช และคณะ (บรรณาธิการ), จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานผู้มารับบริการด้านจิตเวช. Retrieved from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2561). สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร.
- ชัญญา คมขำ. (2555). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ณัฐธิญา โสพิศพรมงคล, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29 (มกราคม – เมษายน 2558), 139-150.
- ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนานาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์, และ พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพมหานคร: แจนเซน-ซีแลก.
- ธนา นิลชัยโกวิท, สเปญ อุ๋นอองค์, ดารณศ เกษไสว, และ ปราการ ฅมยางกูร. (2543). เครื่องมือวัดกลุ่มอาการบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T): การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 86(6), 646-651.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุศกุล ศุภอักษร. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคจิตเภท (หน้า 305-316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์. (2555). บันทึกข้อมูลผู้ป่วย. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์.
- พันธ์ุภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). แนวปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอแอมอเอเกโนเซอร์ แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์, และ สรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, จุฬารัตน์ วิระขรัตน์, รสสุคนธ์ ชมชื่น, และ สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. (2558). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. . คลังข้อมูลและความรู้ระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). Retrieved from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4279?locale-attribute=th>
- ไพรัตน์ พลภุชชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรารณณ์ พุงปันคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี, และ บุญเยี่ยม เต็มราชย์. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(3), 133-153.
- มณฑา ปิ่นวิเศษ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- มานิช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนธ์ชัย. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาชิตี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพซ์.
- โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์. (ม.ป.ป.). คู่มือการใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย. ม.ป.ท.: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว, และ วิมล นุชสวาท. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(พฤษภาคม – สิงหาคม 2557), 61-73.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุดาพร สถิตยुทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 28(3), 1-15.
- สุดาพร สถิตยुทธการ, จินตนา ยูนิพันธุ์, และ สุรีพร ธนศิลป์. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง. จุฬาลงกรณ์วารสาร, 54(5), 449-465.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโรทรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสียงล้ำ, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิศทอเรียอิมเมจ.
- อรรวรรณ วรรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่ป่วยโรคจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- อริยา คุ่มภัย. (2558). ผลการทดสอบ Executive problem solving and planning ด้วยแบบทดสอบ Tower of London-Drexel University (TOLDX™) 2nd Edition ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 46(2), 1-13.
- อรุณี โสติดินิชย์วงศ์, และ นิตยา สุริยะพันธ์. (2554). ผลการใช้โปรแกรม PDSD ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 12(กันยายน 2554), 22-27.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, และ ณีภรณ์พัชร สุนทโรวิท. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(1), 86-101.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Bell, M. D., Corbera, S., Johannesen, J. K., Fiszdon, J. M., & Wexler, B. E. (2011). Social

cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophrenia Bulletin*, 39(1), 186-196.

Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 239-246.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: conduct, critique, & utilization*. 5th ed. Saint Louis, MO: Elsevier Saunders.

Chen, S., Collins, A., Anderson, K., McKenzie, K., & Kidd, S. (2017). Patient characteristics, length of stay, and functional improvement for schizophrenia spectrum disorders: A population study of inpatient care in Ontario 2005 to 2015. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(12), 854-863.

Chi, S., Jeong, H. G., Lee, M. S., & Kim, S. H. (2016). Factors predicting personal and social performance in schizophrenia patients. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 19(2), 47-59.

Creado, D. A., Parkar, S. R., & Kamath, R. M. (2006). A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian journal of psychiatry*, 48(1), 27.

Deserno, L., Heinz, A., & Schlagenhauf, F. (2017). Computational approaches to schizophrenia: A perspective on negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 186, 46-54.

Devellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications*. 4th ed. Thousand Oaks, California: Sage.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.

Durand, D., Strassnig, M., Sabbag, S., Gould, F., Twamley, E. W., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2015). Factors influencing self-assessment of cognition and functioning in schizophrenia: implications for treatment studies. *European Neuropsychopharmacology*, 25(2), 185-191.

DUȚESCU, M. M., POPESCU, R. E., BALCU, L., DUICA, L. C., STRUNOIU, L. M., ALEXANDRU,

- D. O., & PÎRLOG, M. C. (2018). Social Functioning in Schizophrenia Clinical Correlations. *Current health sciences journal*, 44(2), 151.
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(2), 161-165.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(4), 290-299.
- Foussias, G., Agid, O., Fervaha, G., & Remington, G. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 693-709.
- Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., . . . Maj, M. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia Research*, 147(1), 157-162.
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., . . . Amore, M. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287.
- Godbout, L., Limoges, F., Allard, I., Braun, C. M., & Stip, E. (2007). Neuropsychological and activity of daily living script performance in patients with positive or negative schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 48(3), 293-302.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Psychiatric Services*, 32(1), 21-27.

- Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: the Role Functioning Scale. *Community mental health journal*, 29(2), 119-131.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th ed. Missouri: Elsevier Saunders.
- Haynes, R., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. (2005). Interventions to enhance medication adherence. *The Cochrane database of systematic reviews*(4), CD000011.
- Herz, M. I., & Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Irani, F., Seligman, S., Kamath, V., Kohler, C., & Gur, R. C. (2012). A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 203-211.
- Kanungpairn, T., Sitthimongkol, Y., Wattanapailin, A., & Klainin, P. (2007). Effects of a symptom management program on auditory hallucinations in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia: A pilot study. *Nursing & health sciences*, 9(1), 34-39.
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schöttle, D., & Naber, D. (2012). Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(6), 401-405.
- Kawaguchi, T., Matsunaga, A., Watanabe, A., Suzuki, M., Asano, E., Shirakihara, Y., . . . Miyaoka, H. (2018). Prediction of changes in functional ability of inpatients with schizophrenia using logarithmic and linear regression modelling. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 31(2), 76-85.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 193-201.
- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., . . . Wiedemann, G. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive

behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study.

Schizophrenia Bulletin, 37(suppl_2), S98-S110.

- Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, P., Patrikelis, P., Soumani, A., Papadimitriou, G. N., & Politis, A. M. (2011). Apathy, cognitive deficits and functional impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 193-198.
- Lahera, G., Gálvez, J. L., Sánchez, P., Martínez-Roig, M., Pérez-Fuster, J., García-Portilla, P., . . . Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC psychiatry*, 18(1), 176. doi:10.1186/s12888-018-1755-2
- Lamberti, J. S. (2001). Seven keys to relapse prevention in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(4), 253-259.
- Li, X.-j., Wu, J.-h., Liu, J.-b., Li, K.-p., Wang, F., Sun, X.-h., & Ma, S.-h. (2015). The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 149-152.
- Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Llorca, P. M., Blanc, O., Samalin, L., Bosia, M., & Cavallaro, R. (2012). Factors involved in the level of functioning of patients with schizophrenia according to latent variable modeling. *European Psychiatry*, 27(6), 396-400.
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 324-332.
- Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J., . . . Patterson, T. L. (2013). The use of the theory of planned behavior to predict engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 36-42.
- Menendez-Miranda, I., Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Arrojo, M., Sanchez, P., Sarramea, F., . . . Saiz, P. (2015). Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 30(5), 622-627.
- Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., & Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of

schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 645-692.

Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329.

Muralidharan, A., Finch, A., Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2018). Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 196, 29-34.

Mwansisya, T. E., Yi, W., Wang, Z., Yang, B., Li, L., Wang, P., . . . Liu, Z. (2013). Comparison of psychosocial determinants in inpatients with first-episode and chronic schizophrenia in china. *Archives of psychiatric nursing*, 27(1), 32-41.

Nilchaikovit, T., Uneanong, S., Kessawai, D., & Thomyangkoon, P. (2000). The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 83(6), 646-651.

Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R., Voruganti, L. P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.

Orem, D., Taylor, S., & Renpenning, K. (2000). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., & Hadzi-Pavlov, D. (1991). The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2), 145-152.

Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Aker, A. A., Özturan, D. D., & Ünverdi, E. (2014). The dimensions of caregiver burden in schizophrenia: the role of patients' functionality. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological*

Sciences, 27(1), 53-60.

- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 24(2010), 1-8.
- Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2016). Predictors of improved functioning in patients with psychosis: The role of amotivation and defeatist performance beliefs. *Psychiatry Research*, 244, 117-122.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essential of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Reichenberg, A., Feo, C., Prestia, D., Bowie, C. R., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2014). The course and correlates of everyday functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), e47-e52.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Rossi, A., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Rucci, P., . . . Andriola, I. (2017). The relationships of personal resources with symptom severity and psychosocial functioning in persons with schizophrenia: results from the Italian Network for Research on Psychoses study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), 285-294.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Echeburúa, E., Iruin, Á., Poc, O. G., & Marañón, I. F. (2019). Global functioning among middle-aged patients with chronic schizophrenia: the role of medication, working memory and verbal comprehension. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 35(2), 204-213.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saraswat, N., Rao, K., Subbakrishna, D., & Gangadhar, B. (2006). The Social Occupational

- Functioning Scale (SOFS): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 301-309.
- Schennach-Wolff, R., Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., . . . Gaebel, W. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 210-217.
- Spellmann, I., Riedel, M., Schennach, R., Seemüller, F., Obermeier, M., Musil, R., . . . Pfeiffer, H. (2012). One-year functional outcomes of naturalistically treated patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 198(3), 378-385.
- Stein-Parbury, J., Gallagher, R., Chenoweth, L., & Luscombe, G. (2012). Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(2), 146-153.
- Strassnig, M., Bowie, C., Pinkham, A., Penn, D., Twamley, E. W., Patterson, T. L., & Harvey, P. (2018). Which levels of cognitive impairments and negative symptoms are related to functional deficits in schizophrenia? *Journal of psychiatric research*, 104, 124-129.
- Strauss, G. P., Horan, W. P., Kirkpatrick, B., Fischer, B. A., Keller, W. R., Miski, P., . . . Carpenter Jr, W. T. (2013). Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition–apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *Journal of psychiatric research*, 47(6), 783-790.
- Sumiyoshi, T., Nishida, K., Niimura, H., Toyomaki, A., Morimoto, T., Tani, M., . . . Manabe, J. (2016). Cognitive insight and functional outcome in schizophrenia; a multi-center collaborative study with the specific level of functioning scale–Japanese version. *Schizophrenia Research: Cognition*, 6, 9-14.
- Szymanski, S. R., Cannon, T. D., Gallacher, F., Erwin, R. J., & Gur, R. E. (1996). Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 153(4), 519-525. doi:10.1176/ajp.153.4.519.
- Tungpunkom, P., Maayan, N., & Soares-Weiser, K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1).

doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000381.pub3>

- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of testing*, 3(2), 163-171.
- Valencia, M., Fresán, A., Barak, Y., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2015). Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2339-2348.
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, K. F., . . . Nuechterlein, K. H. (2015). Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 407-413.
- Verdoux, H., Liraud, F., Assens, F., Abalan, F., & Van Os, J. (2002). Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 149-159.
- Wang, Z., Xue, Z., Pu, W., Yang, B., Li, L., Yi, W., . . . Liu, Z. (2013). Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 23-30.
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 945-952.
- World Health Organization. (2016). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Retrieved from: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua>
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Wu, F., Huang, Y., Zhou, Y., Li, H., Sun, B., Zhong, X., . . . Ning, Y. (2017). Factors influencing relapse in schizophrenia: A longitudinal study in China. *Biomedical Research*, 28(9), 4076-4082.
- Yang, C. Y., Lee, T. H., Lo, S. C., & Beckstead, J. W. (2015). The effects of auditory hallucination symptom management programme for people with schizophrenia: a quasi-experimental design. *Journal of advanced nursing*, 71(12), 2886-2897.

- Yazici, E., KARABULUT, Ü., Yildiz, M., TEKEŞ, S. B., Inan, E., ÇAKIR, U., . . . Turgut, C. (2016). Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(2), 96-101.
- Ying, L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General hospital psychiatry*, 35(1), 83-88.
- Yu, Y., Zi-wei, L., Bing-wei, T., Zhao, M., Xi-guang, L., & Shui-yuan, X. (2017). Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. *PLoS One*, 12(6), e0179425.
- Zortéa, K., & Belmonte-de-Abreu, P. S. (2012). Schizophrenia and functional status. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 34(1), 42-43.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนภาลัย
4. นางสาวสุกัญญา สุวิณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
5. นางสุนทรี ชะชาติย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

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

- แบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในระดับ 3 และ 4 จำนวน 36 ข้อ เมื่อกำหนดตามสูตรข้างต้น จึงได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92

- แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในระดับ 3 และ 4 จำนวน 14 ข้อ เมื่อกำหนดตามสูตรข้างต้น จึงได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยง

1. แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวก

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.800	.802	7

2. แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.846	.846	7

3. แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.895	.894	14

CHULALONGKORN UNIVERSITY

4. แบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile) ฉบับภาษาไทย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.879	.859	39

4.1 การตรวจสอบความเที่ยงรายด้านของแบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skill Profile)
ฉบับภาษาไทย

The Life Skill Profile	Cronbach's Alpha	N of Items
1. ด้านการดูแลตนเอง	.795	10
2. ด้านการควบคุมอารมณ์พฤติกรรม	.748	12
3. ด้านสัมพันธภาพในสังคม	.863	6
4. ด้านการติดต่อสื่อสาร	.746	6
5. ด้านความรับผิดชอบ	.735	5



ภาคผนวก ค
คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองและการแปลผล
ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)
และคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุม และการแปลผล
ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองและการแปลผล
ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	การทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
1	109	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	121	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
2	114	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	130	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
3	106	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	120	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
4	112	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
5	109	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
6	127	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	140	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
7	127	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	137	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
8	120	เท่ากับค่ามาตรฐาน	137	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
9	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	140	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
10	111	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
11	110	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
12	120	เท่ากับค่ามาตรฐาน	132	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
13	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	141	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
14	119	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	127	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
15	117	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
16	123	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	140	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
17	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	143	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

การทำหน้าที่				
คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
18	113	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
19	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	140	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
20	124	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	138	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ก่อนทดลองต่ำกว่ามาตรฐาน 10 คน และเท่ากับมาตรฐาน 2 คน (ค่ามาตรฐานที่ใช้เท่ากับ 120 คะแนน) แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการทำหน้าที่สูงกว่ามาตรฐานทุกคน

คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มกลุ่มควบคุม และการแปลผล
ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	การทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
1	110	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	112	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
2	113	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	113	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
3	108	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	110	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
4	112	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	114	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
5	117	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	119	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
6	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	123	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
7	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
8	115	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	120	เท่ากับค่ามาตรฐาน
9	125	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	120	เท่ากับค่ามาตรฐาน
10	115	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	117	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
11	110	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	112	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
12	117	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	121	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
13	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
14	119	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	119	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
15	116	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	118	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
16	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
17	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	121	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

การทำหน้าที่				
คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
18	113	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	116	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
19	125	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	121	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
20	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำหน้าที่ก่อนทดลองต่ำกว่ามาตรฐาน 12 คน (ค่ามาตรฐานที่ใช้เท่ากับ 120 คะแนน) แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน 11 คน และเท่ากับมาตรฐาน 2 คน ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 1 คนที่มีคะแนนการทำหน้าที่ลดลงจากสูงกว่ามาตรฐานเป็นเท่ากับมาตรฐาน

ภาคผนวก ง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Paired sample t-test
และการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลัง
การทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Paired sample t-test

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลัง
การทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วย Paired sample t-test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ก่อนทดลอง	118.4500	20	7.44435	1.66461
หลังทดลอง	131.4000	20	8.21680	1.83733

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-12.95000	2.62528	.58703	-14.17867	-11.72133	-22.060	19	.000

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ด้วย Paired sample t-test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ก่อนทดลอง	118.2500	20	6.32352	1.41398
หลังทดลอง	118.8000	20	4.80789	1.07508



Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-.55000	3.33206	.74507	-2.10945	1.00945	-.738	19	.469

การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test

1. การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test

Group Statistics

pretest		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Functioning	ExGroup	20	118.4500	7.44435	1.66461
	ConGroup	20	118.2500	6.32352	1.41398

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Functioning Equal variances assumed	1.099	.301	.092	38	.928	.20000	2.18409	-4.22147	4.62147
Functioning Equal variances not assumed			.092	37.031	.928	.20000	2.18409	-4.22527	4.62527

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
การดูแลตนเอง	Equal variances assumed	1.016	.320	-.194	38	.847	-.15000	.77247	-1.71378	1.41378
	Equal variances not assumed			-.194	36.805	.847	-.15000	.77247	-1.71545	1.41545
การควบคุมอารมณ์	Equal variances assumed	.931	.341	.464	38	.646	.20000	.43134	-.67320	1.07320
	Equal variances not assumed			.464	37.070	.646	.20000	.43134	-.67392	1.07392
สัมพันธ์ภาพในสังคม	Equal variances assumed	.987	.327	-.374	38	.711	-.25000	.66915	-1.60463	1.10463
	Equal variances not assumed			-.374	36.682	.711	-.25000	.66915	-1.60623	1.10623
การติดต่อสื่อสาร	Equal variances assumed	.024	.877	.071	38	.944	.05000	.70291	-1.37296	1.47296
	Equal variances not assumed			.071	37.889	.944	.05000	.70291	-1.37310	1.47310
ความรับผิดชอบ	Equal variances assumed	.095	.759	1.035	38	.307	.40000	.38662	-.38267	1.18267
	Equal variances not assumed			1.035	37.992	.307	.40000	.38662	-.38267	1.18267
การทำหน้าที่โดยรวม	Equal variances assumed	1.099	.301	.092	38	.928	.20000	2.18409	-4.22147	4.62147
	Equal variances not assumed			.092	37.031	.928	.20000	2.18409	-4.22527	4.62527

2. การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test

Group Statistics

posttest		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FunctioningPost	ExGroup	20	131.4000	8.21680	1.83733
	ConGroup	20	118.8000	4.80789	1.07508



Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Functioning Post	Equal variances assumed	14.511	.000	5.919	38	.000	12.60000	2.12875	8.29057	16.90943
	Equal variances not assumed			5.919	30.645	.000	12.60000	2.12875	8.25635	16.94365

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
การดูแลตนเอง	Equal variances assumed	1.931	.173	4.391	38	.000	3.25000	.74011	1.75173	4.74827
	Equal variances not assumed			4.391	35.583	.000	3.25000	.74011	1.74838	4.75162
การควบคุม อารมณ์	Equal variances assumed	.209	.650	7.373	38	.000	3.40000	.46112	2.46651	4.33349
	Equal variances not assumed			7.373	37.996	.000	3.40000	.46112	2.46651	4.33349
สัมพันธภาพใน สังคม	Equal variances assumed	.043	.837	2.349	38	.024	1.45000	.61719	.20057	2.69943
	Equal variances not assumed			2.349	37.755	.024	1.45000	.61719	.20030	2.69970
การติดต่อสื่อสาร	Equal variances assumed	11.964	.001	3.928	38	.000	2.70000	.68729	1.30865	4.09135
	Equal variances not assumed			3.928	32.429	.000	2.70000	.68729	1.30076	4.09924
ความรับผิดชอบ	Equal variances assumed	.176	.677	5.583	38	.000	1.80000	.32241	1.14732	2.45268
	Equal variances not assumed			5.583	37.251	.000	1.80000	.32241	1.14689	2.45311
การทำหน้าที่ โดยรวม	Equal variances assumed	14.511	.000	5.919	38	.000	12.60000	2.12875	8.29057	16.90943
	Equal variances not assumed			5.919	30.645	.000	12.60000	2.12875	8.25635	16.94365



แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้วงกลม (○) ล้อมรอบคะแนน ตามระดับความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อ โดย
ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยตอบ และ ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ | 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง |
| 2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด | 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง |
| 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย | 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก |
| 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง | |

เนื้อหาความคิด/พฤติกรรมที่แสดงออก ระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7

เนื้อหาความคิด/พฤติกรรมที่แสดงออก ระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	2	3	4	5	6	7
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	2	3	4	5	6	7
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
15. การเคลื่อนไหวเชิงช้า (Motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7
คะแนนรวม คะแนน						

หมายเหตุ

คะแนนรวมทั้งหมด	18-126	คะแนน
คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ	36	คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับน้อย
คะแนนรวมมากกว่า	36	คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางบวก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางบวกเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับระดับอาการหรือคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่าน แล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
5. คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
6. คิดรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
7. ความรู้สึกว่าเป็นมิตร							
รวม							

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางลบเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับระดับอาการหรือคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่าน แล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การแยกตัวทางอารมณ์							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัว							
รวม							

เลขที่แบบสอบถาม.....


แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
 2. อายุ ปี
 3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่ (อยู่ร่วมกัน)
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	
 4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา หรือ ปวส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
- 
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 CHULALONGKORN UNIVERSITY
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
<input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพ	ระบุ
 6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ปี
 7. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ครั้ง

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดทักษะชีวิต

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมายวงกลม (○) ล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 39 ข้อ ได้แก่


- | | |
|---------------------------|--|
| 1. ด้านการดูแลตนเอง | ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-10 |
| 2. ด้านการควบคุมอารมณ์ | ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 11-22 |
| 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 23-28 |
| 4. ด้านการติดต่อสื่อสาร | ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 29-34 |
| 5. ด้านความรับผิดชอบ | ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 35-39 |

ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

1. ผู้ป่วยมีการแต่งตัวเรียบร้อย (เช่น เสื้อผ้าเรียบร้อย หวีผม) ดีหรือไม่
 1. แต่งตัวไม่เหมาะสม
 2. แต่งตัวไม่ค่อยเหมาะสม
 3. แต่งตัวเหมาะสมปานกลาง
 4. แต่งตัวเหมาะสมที่สุด
2. ผู้ป่วยอาบน้ำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้นเตือนหรือไม่
 1. ต้องเตือนทุกครั้ง
 2. เตือนบ่อยครั้ง
 3. เตือนเป็นบางครั้ง
 4. ทำได้เองโดยไม่ต้องเตือน
3. ผู้ป่วยมีกลิ่นที่น่ารังเกียจ (เช่น กลิ่นตัว ลมหายใจ หรือเสื้อผ้า) หรือไม่
 1. มีกลิ่นแรงมาก
 2. มีกลิ่นปานกลาง
 3. มีกลิ่นเล็กน้อย
 4. ไม่มีกลิ่น

4. ผู้ป่วยมีการสวมเสื้อผ้าที่สะอาด หรือมีการทำให้สะอาดถ้าสกปรก หรือไม่
 1. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้น้อยมาก
 2. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้น้อย
 3. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้ปานกลาง
 4. มีการรักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้มาก
5. ผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายของตนเองหรือไม่
 1. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพมากที่สุด
 2. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพปานกลาง
 3. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพน้อย
 4. ใส่ใจปัญหาสุขภาพ
6. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพียงพอหรือไม่
 1. ไม่เพียงพอ/ รับประทานอาหารไม่ได้เลย
 2. เพียงพอเล็กน้อย/ รับประทานอาหารได้น้อย
 3. เพียงพอปานกลาง/ รับประทานอาหารค่อนข้างเพียงพอ
 4. เพียงพอหรือไม่มีปัญหา

39. ผู้ป่วยหยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน หรือไม่
 1. บ่อยๆ
 2. เป็นบางครั้ง
 3. แทบจะไม่เลย
 4. ไม่เลย



คู่มือโปรแกรมการจัดการ อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จัดทำโดย
นางสาววฤณดา อธิคนาพร

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต



ใบชี้แจง

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สัปดาห์/ ครั้ง	ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ การมีอาการ (symptom experience)	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการทางลบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่าง สมาชิกกับสมาชิก 2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลง รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และ ประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรม การจัดการอาการทางลบ 3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการทางลบ การประเมิน อาการ และการตอบสนองต่อการ ทางลบ 4. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของ การรับรู้อาการ ประเมินอาการ และ การตอบสนองต่ออาการทางลบ
		กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภท	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและ การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึง ความสำคัญของการทางจิตที่ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้าน ต่างๆ



สัปดาห์/ ครั้ง	ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
			<ol style="list-style-type: none"> 3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท 4. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับอาการของโรคจิตเภทที่เป็นอยู่
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการ อาการ (symptom management strategies)	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการจัดการอาการ ทางลบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการจัดการอาการทางลบ 2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการอาการทางลบ 3. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมกับตนเอง
		กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการ อาการด้วยการส่งเสริม ทักษะการดูแลตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ 2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา 3. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆไปปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวัน



สัปดาห์/ ครั้ง	ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการ อาการ (symptom management strategies) (ต่อ)	กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการ อาการด้วยการพัฒนา ทักษะการจัดการอารมณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกแสดงอารมณ์ได้ ถูกต้องและเหมาะสม 2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจสิ่งผลที่ เกิดขึ้นจากการแสดงอารมณ์ต่างๆ 3. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการ และควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม
		กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการ อาการด้วยการพัฒนา ทักษะการสื่อสารและ การสร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของ การสื่อสารที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ 3. เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะในการ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น 4. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2	ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการ จัดการอาการ (outcomes)	กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้รับ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และ ทักษะการจัดการอาการทางลบที่ ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการ ประเมินผลการจัดการอาการทาง ลบของตนเอง 3. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้และทักษะ การจัดการอาการทางลบที่ได้รับไป ใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่าง เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน



แผนการจัดกิจกรรมที่ 1

สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยบำบัดระยะยาว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ระยะเวลา	90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมโดยให้เสื้อที่นั่งตามอักษาศีล ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งร่วมวงกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลง รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบ
4. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกแสดงความเป็นมิตรและแสดงความสนใจในการร่วมกิจกรรมและร่วมแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. สมาชิกสามารถบอกอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
3. สมาชิกสามารถประเมินความรุนแรงอาการทางลบของตนเอง และผลกระทบจากอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
4. สมาชิกสามารถบอกความสำคัญของการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางลบได้
5. สมาชิกสามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม
6. สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบของตนเองภายในกลุ่ม



สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยการพูดคุยในเรื่องทั่วไป แนะนำตัวผู้วิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพทำให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ หวังดีจริงใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะอาการทางลบว่าเป็นอย่างไร จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบของตนเอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น จะมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) มากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ในความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ และมีการตอบสนองต่ออาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบ และมีวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดอกไม้ปลอม
2. บ้ายชื่อ
3. กระดาษและปากกา
4. กระดาษฟลิปชาร์ต
5. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ
6. ใบงานที่ 1 สำรวจอาการทางลบของตนเอง

วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	ระยะเวลา
1. ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน ผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยกล่าวทักทาย สอดถามเรื่องทั่วไป ด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม		5 นาที



วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	ระยะเวลา
<p>2. ผู้นำกลุ่มสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับสมาชิกทุกคน โดยให้สมาชิกบอกชื่อจริง และลักษณะเด่นในทางบวกของตนเองที่อยากให้ผู้อื่นทราบ คนละ 1 ข้อ จากนั้นแจกป้ายชื่อให้สมาชิกทุกคนติดไว้ที่เสื้อ</p> <p>ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้สมาชิกทุกคนแนะนำตัว โดยถือดอกไม้ บอกชื่อ และลักษณะเด่นในทางบวกของตนเอง แล้วส่งดอกไม้ให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มคนถัดไป จากนั้นให้สมาชิกคนถัดไปแนะนำเพื่อนสมาชิกที่ส่งดอกไม้ให้ แล้วแนะนำตัวเองรายละเอียด ดังนี้</p> <p>ผู้นำกลุ่ม "สวัสดีทุกคน ฉันชื่อ วฤณดา เป็นคนใจดี" สมาชิกคนที่ 1 "สวัสดีทุกคน เขาชื่อ นุ่น เป็นคนใจดี ส่วนฉัน ชื่อ ก เป็นคนร้องเพลงไพเราะ" สมาชิกคนที่ 2 "สวัสดีทุกคน เขาชื่อ ชื่อ ก เป็นคนร้องเพลงไพเราะ ส่วนฉัน ชื่อ ข เป็นคนอารมณ์ดี"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ดอกไม้ปลอม - ป้ายชื่อ 	10 นาที
<p>3. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กิจกรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาหารทางลบ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม แจ้งวัน เวลา สถานที่และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง และร่วมกันกำหนดข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง</p>		5 นาที
<p>4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ซักถามปัญหาและความคาดหวังของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม</p>		5 นาที
<p>5. ผู้นำกลุ่มเริ่มกระบวนการบำบัดโดยโปรแกรมการจัดการอาหารทางลบ เริ่มจากการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบของสมาชิก และให้สำรวจอาการทางลบของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบตาม ใบความรู้ที่ 1 เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกสามารถประเมินอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ใบความรู้ที่ 1 - ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ 	15 นาที



วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	ระยะเวลา
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกประเมินอาการทางลบของตนเอง ในใบงานที่ 1 พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย	- ใบงานที่ 1 สำรวจอาการ ทางลบของ ตนเอง	5 นาที
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกประเมินความรุนแรงของอาการทางลบของตนเอง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่และผลกระทบอื่นๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย		5 นาที
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนการตอบสนองต่ออาการทางลบที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย		5 นาที
9. ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการสรุปประสบการณ์การมีอาการทางลบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบ และการตอบสนองต่ออาการทางลบของสมาชิกแต่ละคน และผู้นำกลุ่มสรุป โดยเน้นย้ำให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการประเมินอาการทางลบของตนเองที่จะทำใหสมาชิกตระหนักถึงความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ เพื่อจะได้แสวงหาวิธีการจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป	- กระดาษฟลิป ชาร์ต	20 นาที
10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย และให้สมาชิกแต่ละคนบอกความรู้สึกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม		10 นาที
11. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกิจกรรม กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ นัดหมายสมาชิกในครั้งที่ 2 และปิดกลุ่ม		5 นาที

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและพฤติกรรมของสมาชิกขณะร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม
2. ประเมินผลงานจากการทำใบงานของสมาชิกรายบุคคล โดยสมาชิกสามารถบอกอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประเมินความรุนแรงของอาการทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบได้ด้วยตนเอง
3. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกขณะร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม



คู่มือการจัดการอาการทางลบ

จัดทำโดย
นางสาววฤณดา อธิคณาพร

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต



ใบความรู้ที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ



อาการทางลบ คืออะไร?

คือ อาการด้านหนึ่งของโรคจิตเภท เป็นอาการที่ขาดไปจากคนปกติ มักเป็นในช่วงหลังๆ ของการเจ็บป่วย



ลักษณะอาการทางลบ

- พูดน้อย ได้ตอบช้า

เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานในการตอบคำถาม ได้ตอบช้า หรือพูดแต่เรื่องเดิมๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนายาก

- สีหน้าอารมณ์เรียบเฉย

การแสดงออกทางด้านอารมณ์น้อยมาก สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ ไม่ค่อยสบตา บางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก

- ไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ

ไม่คิดริเริ่มทำอะไร เกียจคร้าน ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมแม้แต่สุขอนามัยส่วนบุคคลและการดูแลตนเอง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง อาจนั่งอยู่เฉยๆ ได้ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร



- *ไม่ยินดียินดีร้าย หรือ ภาวะสิ้นยินดี*

รู้สึกว่าการมีชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้น ขาดความร่า
เรงใจในการทำกิจกรรมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

- *หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัว*

ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน มีความสัมพันธ์
ทางสังคมกับผู้อื่นน้อย



อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ
อาการทางบวก และอาการทางลบ โดยผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกๆ
อาการเด่นๆมักจะเป็นอาการทางบวก เมื่อป่วยหลายๆปี อาการเด่นจะ
กลายเป็นอาการทางลบ





ทำไมต้องจัดการอาการทางลบ?

เนื่องจาก การเจ็บป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และอาการของโรคส่งผลกระทบต่อ*การใช้ชีวิตประจำวัน* การเรียน การทำงาน *ตลอดจนการมีสัมพันธภาพ*

เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วไม่ได้รับการรักษา หรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้อาการของโรคมี่ความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย ร่างกายไม่สะอาด อ่อนเพลีย เจ็บป่วยได้ง่าย

ด้านอารมณ์/จิตใจ รู้สึกสะเทือนใจ มีปมด้อย เครียด ทำให้อาการกำเริบซ้ำได้

ด้านพฤติกรรม เฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา บุคลิกภาพบกพร่อง การเรียน การทำงานบกพร่อง

ด้านสังคม ไม่กล้าเข้าสังคม เป็นภาระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชนบกพร่อง ไม่มีเพื่อน



ผลกระทบเหล่านี้จะไม่เกิด หรือเกิดขึ้นน้อยลง ถ้าเรา “**ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง** ต่อเนื่อง” “**มีการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง**” และ “**มีการจัดการอาการต่างๆ อย่างเหมาะสม**”



ใบงานที่ 1

สำรวจอาการทางลบของตนเอง

คำชี้แจง ให้สมาชิกสำรวจอาการทางลบของตนเองแล้วตอบคำถามด้านล่างนี้

1. คุณมีอาการอะไรบ้างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 - พุดน้อย
 - ไม่อยากพูดคุยกับใคร
 - ซึมเฉย ไม่สบตาใคร
 - เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา
 - รู้สึกขาดแรงจูงใจ
 - รู้สึกอยากนอนทั้งวัน
 - ไม่อยากวางแผนหรือเริ่มที่จะทำงานหรือรับผิดชอบอะไร
 - ไม่รู้สึกอยากดูแลตนเอง ไม่อยากอาบน้ำ แต่งตัว ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ
 - รู้สึกว่าไม่มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดความรู้สึกชื่นชอบหรือมีความสุข
 - รู้สึกไม่อยากจะทำอะไร ความสนใจต่องานอดิเรกและกิจกรรมต่างๆ ลดลง
 - อยากอยู่คนเดียวมากกว่าอยู่กับผู้อื่น แยกตัว
 - อาการอื่นๆ โปรดระบุ



2. คุณคิดว่าอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับคุณในข้อที่ 1 มีความรุนแรงเพียงใด (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง น้อย ปานกลาง หรือมาก ตามความคิดเห็นของคุณ) และอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับคุณ ส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไรบ้าง

ตัวอย่างเช่น

อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ อยากรู้คนเดียว แยกตัว

ผลกระทบ อารมณ์/จิตใจ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เครียด

สังคม ไม่มีเพื่อน ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ			ผลกระทบ
.....			<input type="checkbox"/> ร่างกาย
.....			<input type="checkbox"/> อารมณ์/จิตใจ.....
.....			<input type="checkbox"/> พฤติกรรม.....
.....			<input type="checkbox"/> สังคม.....
.....			<input type="checkbox"/>
ความรุนแรง			
น้อย	ปานกลาง	มาก	



3. เรียงลำดับอาการทางลบที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคุณจากมากไปน้อย

1.

2.

3.

4.

5.

4. ที่ผ่านมามีวิธีตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นกับคุณอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



“ถ้าคุณรับรู้ว่าคุณมีอาการทางลบ และเชื่อว่าอาการทางลบที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้นและพยายามหากวิธีในการจัดการกับอาการทางลบเหล่านั้น เพื่อให้ตนเองยังสามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้”



ภาคผนวก ฉ
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (inform consent form)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาววណดา อธิคณาพร

นิตินิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กทม. 10600

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2442-2500 ต่อ 59452-4

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ: 080-1129482

E-mail: yoder.2533@gmail.com

แหล่งทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรจะทำ ความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือสอบถามข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูล คำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่มักพบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานและพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อาการทางลบ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบประมาณร้อยละ 20-40 พบได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกโดยอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อย เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์และคำพูดน้อยลง ขาดความสามารถในการสื่อสาร พร่องการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน ตลอดจนสัมพันธภาพใน

สังคม ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากยิ่งขึ้นในการจัดการอาการทางลบเพื่อช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการอาการทางลบ ซึ่งเป็นการบำบัดในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ ที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งการจัดการอาการตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบ นำข้อมูลที่ได้มาประเมินและค้นหาวิธีการในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการคืออาการทางลบลดลงและส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การดูแลตนเอง และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ อาการทางลบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการทำหน้าที่ดีขึ้น ช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำโปรแกรมจากการวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องการทำหน้าที่ต่อไป

4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวนทั้งหมด 40 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดังนั้น ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องถูกสุ่มเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของการวิจัย

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยบำบัดระยะยาว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เริ่มจากผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วม

การวิจัย ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมที่ 2 กลุ่มความรู้เรื่องยา กิจกรรมที่ 3 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กิจกรรมที่ 4 กลุ่มโภชนาการ กิจกรรมที่ 5 กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่ 6 กลุ่มออกกำลังกาย และกิจกรรมที่ 7 กลุ่มนันทนาการ และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดพบผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง เพื่อประเมินการทำหน้าที่ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เป็นอันสิ้นสุดการวิจัย

5.2 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เริ่มจากผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 7 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดมาประเมินการทำหน้าที่ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เป็นอันสิ้นสุดการวิจัย

รวมระยะเวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

6. หากเกิดผลกระทบหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยขณะเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเตรียมการแก้ไขไว้ ดังนี้

6.1 หากมีการเจ็บป่วยทางร่างกายระหว่างเข้าร่วมกลุ่มในการวิจัย ผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายนั้นหยุดพักทันที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

6.2 หากเกิดผลกระทบต่อจิตใจ เช่น มีความเครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยมีการเปิดโอกาสให้บอกความรู้สึกในช่วงท้ายของการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง หากไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะให้การดูแลโดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

7. ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะได้รับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะ

ได้รับเงินค่าเดินทาง คนละ 100 บาท สำหรับเป็นค่าเดินทางในวันที่ผู้วิจัยนัดท่านมาประเมินการทำหน้าที่หลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลับไปอยู่บ้านได้ 2 สัปดาห์

8. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น **ความลับ** หากเป็นการเสนอผลการวิจัยจะเป็นการเสนอแบบภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน อาจมีการตีพิมพ์และสรุปผลเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยอาจขอให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากโครงการวิจัยได้เช่นกัน เมื่อมีเหตุผล เช่น อาจเป็นอันตรายต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเอง หรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมิได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้ตกลงไว้ใน การดำเนินการวิจัย

10. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยง หรืออันตราย ใดๆ เกิดขึ้น แต่หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

11. ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ น.ส.วฤณดา อธิคณาพร ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 080-1129482 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

12. สิทธิของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงร่างการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

- 1) ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
- 2) ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
- 3) ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
- 4) ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

- 5) ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
- 6) ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัย
- 7) ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
- 8) ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
- 9) ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
- 10) ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ 88/20 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5908443, 02-1495536 โทรสาร 02-1495540 E-mail: irbdmh@gmail.com ในเวลาราชการ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาววฤณดา อธิคณาพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ที่อยู่ติดต่อ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กทม. 10600

โทรศัพท์มือถือ 080-1129482 E-mail Address yoder.2533@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งจะได้เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และจะได้รับการประเมินการทำหน้าที่ เมื่อข้าพเจ้ากลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ 88/20 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5908443, 02-1495536 โทรสาร 02-1495540 E-mail: irbdmh@gmail.com ในเวลาราชการ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวฤชดา อธิคณาพร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY




ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.CO.A 023/2563	
ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง The effect of negative symptoms management program on functioning of patients with chronic schizophrenia	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 024/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นางสาววฤณดา อธิคณาพร	
สังกัดหน่วยงาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
วันที่รับรอง 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563	วันที่หมดอายุการรับรอง 17 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ ภายในวันที่ 19 พฤษภาคม 2564)		
<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>		
<p>ลงนาม..... </p> <p>(นางสาวศุภรัตน์ เอกย์ศิริณ)</p> <p>ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต</p>		
<p>ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขตั้งแต่ที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)</p>		

 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
	หนังสือรับรองโครงการวิจัย	FA 04.05 version 1 (1 พฤษภาคม 2563)
รหัสโครงการวิจัย	SD.IRB.SUBMIT 004 / 2563	
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	
ผู้วิจัยหลัก	นางสาววណดา อธิคณาพร	
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	พิจารณาเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง	1. โครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย 3. หนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
วันที่รับรอง	29 ก.ค. 2563	วันที่หมดอายุการรับรอง
กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุภายในวันที่ 29 มิ.ย. 2564)		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้พิจารณาดำเนินการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม (นายวีรพล อุณหรัศมิ์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	ลงนาม (นายธรรณิทร์ กองสุข) ผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
เลขที่หนังสือรับรอง	SD.IRB.APPROVAL 003/2563	

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุโขทัย 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ได้ใช้เพื่อแสดงว่า

วฤณดา อธิคณาพร

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)

“**แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))**”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2562 ถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไววัฒน์ อธิคณาพร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุโขทัย 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมนึก มุ่งขวัญงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย





ที่ อว 64.11/ 1746

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ ธันวาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวฤตดา อธิคณาพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามทักษะชีวิต (The Life Skills Profile [LSP]) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ トラบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ นางสาวอรรพรรณ วรรณชาติ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2550) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทธภรณ์ หุ่นปั้นคำ และ อาจารย์สมบัติ สุกุลพรรณ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371
นางสาวฤตดา อธิคณาพร โทร. 08-0112-9482

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 0166
วันที่: 22 มกราคม 2563 เวลา 14:45



ที่ อว ๘๓๓๓(๒๕๕)/ ๒๑๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๐๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๑ มกราคม ๒๕๖๓

ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 22 มกราคม 2563 เวลา 15:30
เลขรับที่: วช.00039

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือ ที่ อว. ๖๔.๑๓/๑๗๙๖ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

ตามที่ นางสาวอุณดา อธิศนาพร นิสิตชั้นปริญญาโท บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารทางลบต่อการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง” มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวอรพรรณ
วรรณชาติ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีอนุญาต ให้นำ
เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

ทราบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

28 มกราคม 2563 เวลา 15:35

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

27 มกราคม 2563 เวลา 15:32

28 มกราคม 2563 เวลา 10:09

(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ โสภางค์)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

28 มกราคม 2563 เวลา 10:40

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๓๙๔-๒๔๐๘

โทรสาร. ๐-๕๓๓๙๔-๒๔๓๕

ภาคผนวก ฅ
หลักฐานการขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย





ที่ อว 64.11/0744

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 กรกฎาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุณดา อธิคณาพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดทักษะชีวิต (Life Skill Profile: LSP) แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางบวก และแบบประเมินอาการทางลบ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุณดา อธิคณาพร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรศักดิ์ ตรีนิย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนิย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิตินิสิต

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-218-1371

นางสาวอุณดา อธิคณาพร โทร. 08-0112-9482

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.วฤณดา อธิคณาพร
วัน เดือน ปี เกิด	4 กุมภาพันธ์ 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2555 ต่อมาสำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากสถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2558



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY