

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวสุภาวดี บุญชู

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON  
EARLY WARNING SIGNS RECOGNITION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Miss Supawadee Bunchu

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการ  
รับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวสุภาวดี บุญชู

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

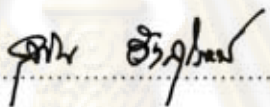
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

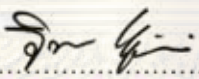
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

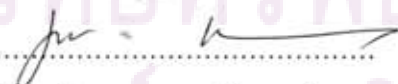
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต)

สุภาวดี บุญชู: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการ  
 เตือนของผู้ป่วยจิตเภท(THE EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROMOTING  
 PROGRAM ON EARLY WARNING SIGNS RECOGNITION OF SCHIZOPHRENIC  
 PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,  
 อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ 139 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ  
 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือน  
 ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและกลุ่มที่  
 ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกซึ่งมี  
 คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน สุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20  
 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีคะแนนการรับรู้อาการเตือนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองได้รับ  
 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือ  
 ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้  
 ความสามารถของตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือน  
 ของโรคจิตเภท เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและหาค่า  
 ความเที่ยงของแบบสอบถามแล้ว ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิต  
 เภท เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test และ independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้  
 อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้อาการ  
 เตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต..... สุภาวดี บุญชู.....  
 ปีการศึกษา 2551 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

# # 4977620836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM/ EARLY WARNING SIGNS RECOGNITION/  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SUPAWADEE BUNCHU: THE EFFECT OF PERCIEVED SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON EARLY WARNING SIGNS RECOGNITION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASSOC.PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 139 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to study early warning signs recognition of schizophrenic patients before and after using Perceived Self-Efficacy Promotion Program and to compare early warning signs recognition of schizophrenic patients between the experimental group and the control group. Research sample consisted of 40 schizophrenic patients at outpatient department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 20 patients were assigned into either experimental group or control group, 20 patients in each group. The group were matched with the early warning signs recognition score and BPRS score. The instruments were: 1) Perceived Self-Efficacy Promotion Program 2) The Early warning signs recognition questionnaire, which was validated by 5 experts. The reliability of the questionnaires using Cronbach's coefficient of Alpha was .86. T-test was used for data analysis

Major findings were followed:

1. Schizophrenic patients who participated in the Perceived Self-Efficacy Promotion Program, significantly perceived early warning signs higher than those before the experiment, at the .05 level.
2. Schizophrenic patients in the experimental group, significantly perceived early warning signs higher than those in the control group, at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....*Supawadee Bunchu*

Academic year 2008

Principal Advisor's signature.....*Oraphun Lueboonthavatchai*

Co-Advisor's signature.....*Pennapa Dangdomyouth*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจาก รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์นี้ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในเจตนาและความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้การสนับสนุนให้ทำการทดลองเครื่องมือวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ช่วยประสานงานและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดจนผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ คุณเอื้ออารีย์ สาริกา หัวหน้าหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า คุณภาวิณี ธนบดีธรรมจารี อดีตหัวหน้าตึกเฟื่องฟ้า และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องเวลาในการศึกษาแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณวยุณี ช้างมิ่ง ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ คุณพีรดา เพิ่มความสุข ผู้ช่วยผู้วิจัยที่ช่วยให้การดำเนินการทดลองครบถ้วน สมบูรณ์

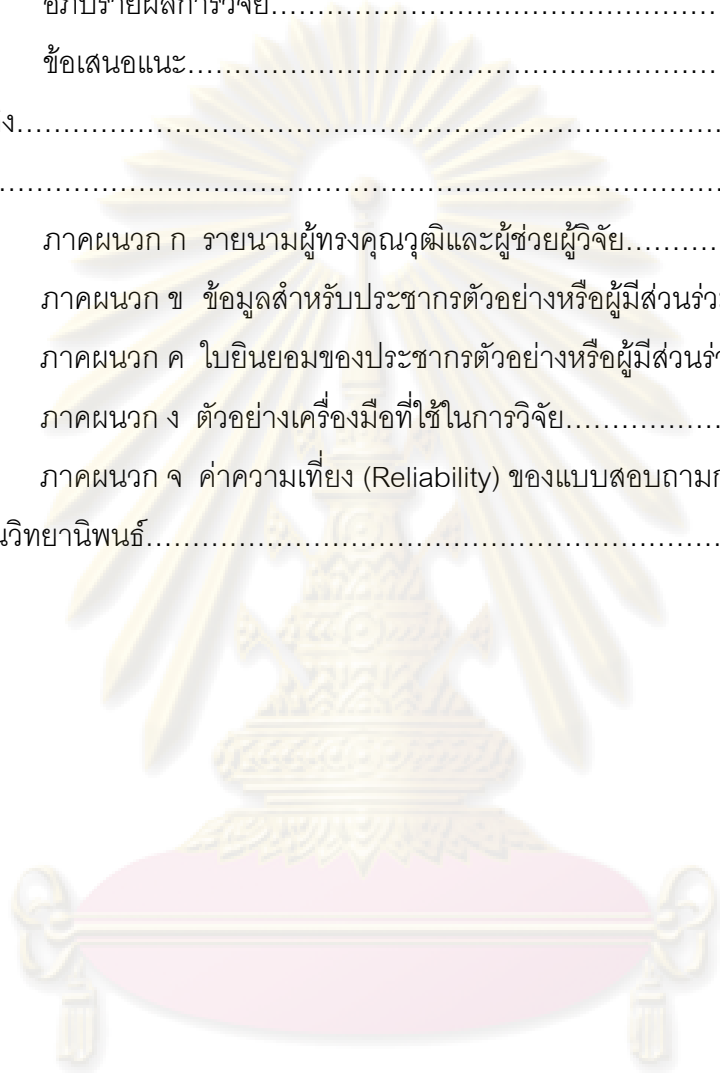
ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่มีในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขเข้มแข็งที่จะฝ่าฟันอุปสรรคจากโรคเรื้อรังนี้ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	14
การป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.....	26
อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.....	32
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	37
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	102
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยผู้วิจัย.....	119
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	120
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	123
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการวิจัย.....	133
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139



# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



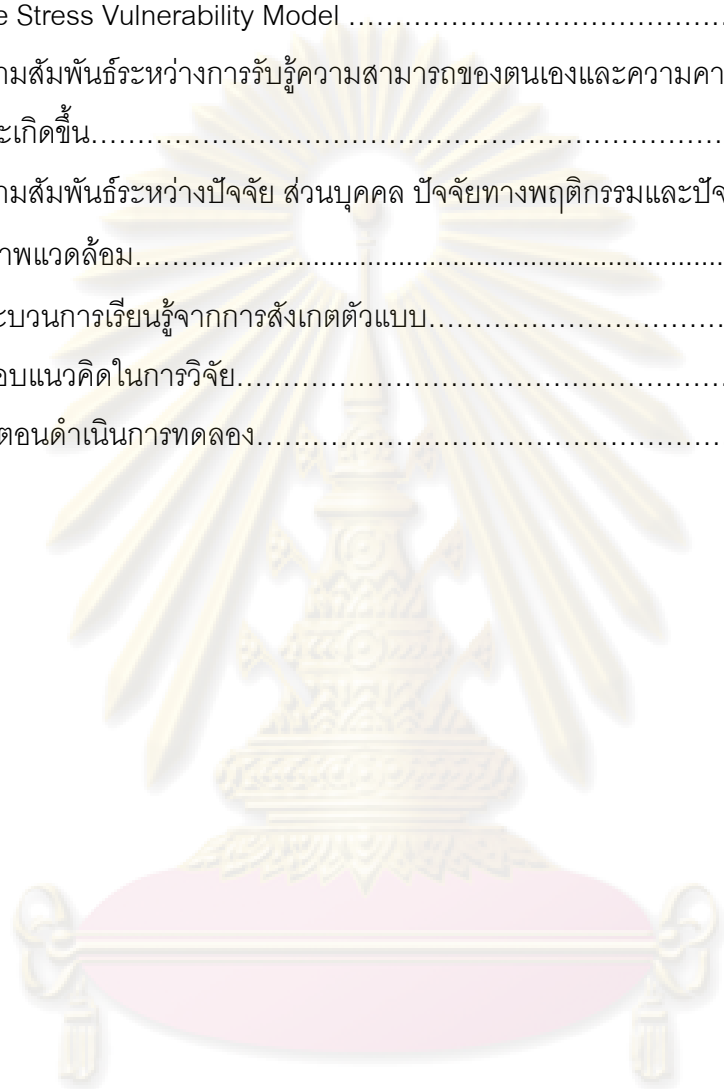
## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนการรับรู้อาการเตือนและความรุนแรงทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรียงตามลำดับและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทั้งสองกลุ่ม .....	60
2	การสอนโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	81
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่รักษาใน รพ.จิตเวช สาเหตุที่มาโรงพยาบาล และความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต .....	85
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทในด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเองและด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม.....	88
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทในด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง.....	89
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....	90
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	91

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	The Stress Vulnerability Model .....	28
2	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น.....	38
3	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยจาก สภาพแวดล้อม.....	39
4	กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ.....	40
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
6	ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	83



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาถึงภาระโรค (Burden of disease) โดยหน่วยงานของ Disability Adjusted year ในปี ค.ศ. 1999 ประมาณการว่าภาระโรคของโรคทางจิตประสาทจะเพิ่มเป็น 15% ของการสูญเสียปีสุขภาวะภายในปี ค.ศ. 2020 โดยโรคจิตเภทเป็นปัญหาอยู่ 1 ใน 10 โรคแรกที่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด และจะพบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา (สมชาย จักรพันธ์, 2544) ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตประมาณ 1,000,000 คนป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 0.5-1 และพบว่าประชากรอายุ  $\geq 15$  ปีป่วยเป็นโรคจิตเภท 5.37: 1,000 คน โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Kaplan and Sadock, 1998; Department of Mental Health, 2005 อ้างถึงใน Kanungpairn, T., et al, 2007) และจัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด ในโรงพยาบาลจิตเวช ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และเห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2547-2549 นั้นพบโรคจิตเภทเป็นลำดับที่ 1 ในทุกปีงบประมาณ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศจำนวนมาก จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วันต่อราย คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 28,230 บาทต่อราย แต่จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในรายละ 1,615 บาท ในระยะเวลา 15 วัน (อเนก สุภีรัตน์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและบุญผดวน พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต้องรับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากหน่วยงานใดได้ (กอบโชค จวงษ์ และบุญผดวน พัวพันธ์ประเสริฐ, 2549) ซึ่งในแต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณ ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2541 อ้างถึงใน ผกาวัธนถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2550)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของตนเองส่วนใด

(อพรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Diathesis-Stress model หรือ Vulnerability-Stress model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (ฐปนัท ศรีธรรมาธิคุณและธนา นิลชัยโกวิท, 2543; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาป่วย 2 ปีขึ้นไปบ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และจัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินของโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดีไม่มีการกลับป่วยซ้ำอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนอีกร้อยละ 50 จะมีการกลับป่วยซ้ำ (Kongsakon, R., et al., 2005) การกำเริบหรือการกลับป่วยซ้ำจะเพิ่มโอกาสการมีพยาธิสภาพที่ถาวร ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547; สันชัย วสุนธรา, 2547) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจะก่อความเดือดร้อนแก่คนอื่นในสังคม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 โดยมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 (สาธุพร พุฒขาว, 2541) จากปัญหาที่พบสูงสุดในขณะแรกรับ คือ ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ระบายอารมณ์และอาการประสาทหลอนหลงผิด (อเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) และรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำ คือ การรับรู้อาการเตือนไม่ถูกต้องส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผล ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Novacek and Raskin, 1998) และพบว่าผู้ป่วยที่มีการกลับป่วยซ้ำประมาณ 30% ไม่สามารถตรวจพบอาการเตือนของตนเองได้ (O'Connor, 1991)

อาการเตือนเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพจิตเสื่อมลง (Herz and Melville, 1980; Birchwood, et al., 1989) อาการเตือนที่พบมากที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น อาการทางประสาทและตึงเครียด ปัญหาในการนอน เหนื่อยมากกว่าปกติ อยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิและซึมเศร้า (Herz, et al., 1980; Glimcher, et al., 1986) ซึ่งสามารถสังเกตได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองหรือคนใน

ครอบครัว ส่วนอาการทางจิตที่พบได้มากที่สุดได้แก่ หนูแหว่ พุดคนเดียว หมกมุ่นทางด้านศาสนา และคิดว่ามีคนควบคุมตนเอง (Birchwood, et al., 1989) ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเดือนจนถึง การเกิดอาการทางจิตใช้เวลาประมาณ 1 เดือนโดยมีอาการเดือนอย่างน้อย 1 อาการที่สัมพันธ์กับ ระดับอาการทางจิตที่เกิดตามมา ซึ่งจะพบในช่วง 2-4 สัปดาห์ก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำ อาการ เดือนในระยะเริ่มแรกมักพบเป็นอาการด้านซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ซึ่งอาการเดือนในแต่ละคนมี ความแตกต่างกัน (Birchwood, et al., 1989; Malla, A. and Norman, R., 1994; วิทยุณี ช้างมิ่ง, 2546) มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่สามารถดูแลจัดการกับอาการของตนเองได้จะอาการ สงบสามารถอยู่ในชุมชนได้นานกว่าผู้ที่ไม่สนใจดูแลจัดการอาการด้วยตนเอง (Kennedy, et al., 2000) เนื่องจากการรับรู้ว่ามีอาการเดือนเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อเตรียม ตนเองในการเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการกำเริบของอาการทางจิต (Baker, 1995) นำไปสู่การพัฒนาความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเดือน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเพิ่ม มากขึ้นที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเองและความมั่นใจนี้เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง (Patrick, 2003) เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญในการจัดการด้วย ตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Ray, et al., 2005)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะจัดการกับ สถานการณ์บางอย่างให้บรรลุผลตามความคาดหวังได้ มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีการ วางแผนและเตรียมการฝึกฝนตนเอง ถ้าเรามีความเชื่อว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึง ความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย ง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1986) จากการศึกษาของ Pratt, et al (2005) พบว่าอาการทางลบและการไม่รับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลทางจิตสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเอง ว่าดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gecas, 1989) การศึกษาของ Jorgensen (1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการระบุนาอาการเดือนได้ด้วยตนเอง โดย บันทึกรายงานตนเอง เนื่องจากการรับรู้อาการเดือนเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ เป็นการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (performance) ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์และการ ฝึกหัด ถ้ามีการฝึกผู้ป่วยให้รับรู้อาการเดือนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระบุและควบคุมอาการ เหล่านั้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความสามารถที่เพิ่ม มากขึ้น (O'Connor, 1991) การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองพบในผู้ป่วยโรค

ทางกายโดยพบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพันธะการวางแผนออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Shin, Y., et al., 2005) พฤติกรรมสุขภาพพรายด้านของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Yaun, H., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao, D. (2000) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยจิตเวชของ Ventura, et al (2004) พบว่าความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองและประสาทรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาในการตอบสนองเมื่อเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Pratt, et al., 2005) จากการนำโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองโดยอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการควบคุมตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจกว่าโปรแกรมทั่วไป (Ray, et al., 2005) Kyung Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ศึกษาการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการกลับป่วยซ้ำของโรคลดลง และวัฒนาภรณ์ พิบูลลาลักษณ์ (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) มาใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ด้าน คือ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้านสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถใช้เป็นตัวทำนายต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและวิถีชีวิตได้มากที่สุดในทุกด้านของวิถีชีวิต (Kelly, et al., 1991)

การจำแนกอาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดเป็นการลดผลกระทบ ช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) แต่จากความเรื้อรังของโรคทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะค่อยๆ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม ไม่มีงานทำต้องพึ่งพาผู้อื่น สร้างความทุกข์ทรมานตลอดชีวิต เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยที่จะใช้ชีวิตปกติ ความคาดหวังในชีวิตลดลง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมักได้รับการตัดสินว่าไร้ความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว (มานิช หล่อตระกูล, 2541)

มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Ventura, et al., 2004) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Pratt, et al., 2005) โดยมีการนำโปรแกรมซึ่งอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการควบคุมตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจกว่าโปรแกรมทั่วไป (Ray, et al., 2005) ช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต และแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ที่กล่าวถึงการปฏิบัติการเกี่ยวกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ ด้านการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีการกล่าวถึง Vulnerability-Stress model (Zubin and Spring, 1977) โดยอธิบายถึงอาการของโรคจิตเภทว่าเกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมส่งผลให้บุคคลเกิดความอ่อนแอและนำไปสู่การเกิดความเครียดหรือทักษะในการจัดการกับความเครียดลดลง เกิดการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิต เป้าหมายของการป้องกันการกลับป่วยซ้ำคือ การสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ประกอบด้วย การให้บุคคลระบุอาการเตือนของตนเองได้ มีแนวทางในการติดตามเมื่ออาการเหล่านี้เกิดขึ้นและวางแผนเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น (Barry Ford, 2000) การติดตามอาการเตือนของตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการทำงานการกลับป่วยซ้ำและเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Tait, A. et al, 2002) โดย Birchwood, et al (2000) ได้พัฒนาวิธีการสำหรับการระบุและจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่า วิธีที่ดีในการจัดการของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงคือการระบุอาการเตือนตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและวางแผนในการจัดการกับอาการ (Jorgensen, P., 1998; Roe, et al., 2006; UNC, 2007)

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบันพบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภทอยู่ในส่วนหนึ่งของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ในลักษณะการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการเตือน (สุภาภรณ์ ทองดารา, 2545; ปรรารถนา คำมีสินนท์, 2550) แต่ไม่มีการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะในการจำแนกอาการเตือนให้แก่ผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทจึงขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเองในการจำแนกอาการเตือนของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภทในประเทศไทย

พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเตือนกับการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (วยุณี ช้างมิ่ง, 2546) และการศึกษาของ วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ 3 ด้านของผู้ป่วยจิตเภท โดยการจำแนกอาการเตือนเป็นหนึ่งด้านของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในโปรแกรม แต่ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมที่นำมาจัดกระทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของตนได้โดยตรง จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการรับรู้อาการเตือนโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนของตนเอง ทำให้สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงในความเจ็บป่วยของตนเองได้โดยเร็ว ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการระบุนอาการเตือนของตนเองได้ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการพยาบาลจิตเวชโดยยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary Prevention) เนื่องจากเป็นการฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง ลดการเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว ไม่ก่อความเดือดร้อนให้บุคคลในสังคม ป้องกันการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศทางหนึ่ง เพื่อที่รัฐบาลจะได้นำค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไปใช้ในการพัฒนาประเทศด้านอื่นต่อไป และเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน

**ตัวแปรที่ศึกษา** ได้แก่

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

**ตัวแปรตาม** คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการเตือนเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ความคิดหรืออารมณ์ที่ส่งสัญญาณว่าการกลับป่วยซ้ำกำลังจะเกิดขึ้น อาการเตือนของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Birchwood, et al., 1989) การรับรู้อาการเตือนมีเป้าหมายเพื่อประสานความร่วมมือของแต่ละคนในการระบุอาการเตือนของตนเอง มีการอธิบายสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นและพัฒนาวิธีการเพื่อป้องกันการกำเริบของอาการรวมถึงการระบุวิธีจัดการและการรักษาด้วยตนเอง (Scott, et al., 2004) เป็นการลดความรุนแรงของอาการและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) โดย Birchwood, et al (2000) ได้พัฒนาวิธีการสำหรับการระบุและจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ (Engagement and education) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ (Identification of the relapse signature) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (Development of a relapse drill) การฝึกการติดตามอาการเตือน (Rehearsal and monitoring) และการอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (Clarification of the relapse signature and drill) ซึ่งวิธีที่ดีในการจัดการของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงคือ การระบุอาการเตือนตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Jorgensen, P., 1998; Roe, et al., 2006; UNC, 2007) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้แล้ว ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการเตือน แต่ไม่มีการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะในการจำแนกอาการเตือนให้แก่ผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเองในการจำแนกอาการเตือนของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ (Bandura, 1986) โดย Bandura (1986) ได้กล่าวถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการเรียนรู้ทางสังคม บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์หนึ่งหรือเกิดเจ็บป่วย บุคคลจะเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ตามแบบแผนความคิด ความรู้สึกของแต่ละคนและนำเอาข้อมูลที่เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจากแหล่งข้อมูลมาตัดสินใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านใดบ้าง และต้องใช้ทักษะด้านใด จึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัตินั้นรวมถึงการตัดสินใจต้องใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใด และลงมือปฏิบัติพฤติกรรม (สุมาลี จุมทอง, 2544) เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทโดยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura(1986) ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) โดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน ดังนี้

**1. การกระตุ้นทางอารมณ์** ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล การถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบจะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ โดยจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ลดความเครียดและวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ(Engagement and education) โดยการอภิปรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท เพื่อเป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนจากนั้นจึงให้ความรู้เพื่อให้ตรงจุดของแต่ละคน การได้รับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วย

เกิดความรู้สึกทางบวกว่ามีหลายคนที่ประสบกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต เช่นเดียวกับตนเอง การประเมินความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหาและประเมินความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**2. การใช้ตัวแบบ** การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบที่เป็นตัวอย่างแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเห็นมีความรู้สึกที่ตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบนั้น Bandura (1986) เชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น การเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบประกอบด้วย 1) กระบวนการตั้งใจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น 2) กระบวนการเก็บจำ โดยบุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น 3) กระบวนการกระทำเป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ และ 4) กระบวนการจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจของผู้เรียนที่จะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ (Engagement and education) ผ่านคู่มือเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการอภิปรายและการสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถรับมืออาการเตือนของตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับฟังประสบการณ์ของตัวแบบและซักถามได้จากตัวแบบโดยตรง การได้เรียนรู้จากจากตัวแบบ แล้วมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของตัวแบบที่ควรเป็นแบบอย่างเพื่อนำมาใช้กับตนเอง

**3. การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ** เป็นการฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารู้ว่า เขามีความสามารถจะทำเช่นนั้น โดยจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยฝึกระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วย อาการเตือนของตนเอง (Identification of the relapse signature) ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในเวลานั้นเป็นอย่างไร การจัดการที่เคยใช้ของตนเองและวางแผนการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Development of a relapse drill) เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองว่าสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนคืออะไร ใช้วิธีการใดในการจัดการ ได้ผลหรือไม่ได้ผลและจะวางแผนการจัดการอย่างไรถ้ามีอาการเกิดขึ้นอีก เป็นการฝึกจัดการกับอาการเตือนในระยะเริ่มแรกทันทีที่ตรวจพบและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (Rehearsal and monitoring) เพื่อให้มีแนวทางในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

**4. การใช้คำพูดชักจูง** เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการชักจูงด้วยคำพูดมี 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะและการอธิบาย ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนการนำไปใช้ โดยการให้ผู้ป่วยอธิบายถึงประสบการณ์ในการฝึกกระบวนการเตือนและการจัดการของตนเอง (Clarification of the relapse signature and drill) มีการแนะนำ กระตุ้น ชักจูง ชี้แนะและอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับรู้อาการเตือนของตนเองเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำและให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถระงับอาการเตือนและจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสนับสนุน ชมเชยและให้กำลังใจเพื่อนำประสบการณ์และสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ต่อไปที่บ้าน

โดยกำหนดสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### **คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**การรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท** หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการแยกแยะอาการทางจิตของตนเองทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ป่วยอาศัยกระบวนการในการสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเองและการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการในอดีตมาเป็นข้อมูลในการประเมินตนเองและตัดสินใจที่จะตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้น โดยการใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการนำของโรคจิตเภทของวูญณี ช้างมิ่ง (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินอาการในระยะแรก (Early Signs Scale: ESS) ของ Birchwood, et al (1989) ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ เกี่ยวกับอาการนำก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจจากจิตแพทย์ การรับยาและการให้คำแนะนำในการรับประทานยา การนัดหมายเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป การให้ความรู้เรื่องโรคจิต

เวชทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดีแก่ผู้ป่วยและญาติ และการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภทในลักษณะการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการเตือน

**โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและสัมภาษณ์ตัวแบบและการฝึกการรับรู้อาการเตือนและวางแผนการจัดการกับอาการประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ** หมายถึง การสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด โดยการสนทนาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันแล้วจึงให้ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคจิตเภท และประเมินการรับรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยแล้วอภิปรายร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

**กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ** หมายถึง การให้ผู้ป่วยรับรู้การป้องกันการกลับป่วยซ้ำผ่านตัวแบบ โดยการอภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการเตือนของตนเองและสามารถจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้ก่อนที่จะเกิดการกลับป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออก เกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบ เทียบเคียงกับภาพของตนเอง เกิดความพึงพอใจจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น

**กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์** หมายถึง การให้ผู้ป่วยฝึกระบุอาการเตือนของตนเอง ระบุสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และระบุการจัดการกับอาการเตือนของตนเองทั้งที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผล

แล้วอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการทั้งของตนเอง และของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้** หมายถึง การให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึง ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการฝึกทบทวนตนเอง ในการระบุนอาการเตือนและการวางแผนการจัดการกับอาการเตือนของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึก มีการให้คำแนะนำ ชี้แนะและอธิบายข้อแตกต่างของแต่ละคน ให้คำชมเชยและเสริมสร้างกำลังใจในการนำ ประสบการณ์จากสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันไปใช้ต่อที่บ้าน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการเตือนของตนเองถูกต้องมากขึ้น ก่อนการกำเริบของอาการที่รุนแรง
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 การวินิจฉัยโรค
  - 1.2 สาเหตุ
  - 1.3 อาการ
  - 1.4 การดำเนินของโรค
  - 1.5 การรักษา
  - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 ปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ
  - 2.2 การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ
  - 2.3 การพยาบาลในการป้องกันการป่วยซ้ำ
3. อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ลักษณะอาการเตือน
  - 3.2 การประเมินอาการเตือน
  - 3.3 ระดับของอาการเตือน
4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.1 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.2 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช พบในประชากรทุกกลุ่ม ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรมและทุกศาสนา จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเพราะมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคเรื้อรังและกำเริบได้บ่อย

### 1.1 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บางสถาบันอาจจะใช้ DSM IV แต่ทางด้านสุขภาพจิตมักจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกันในการวินิจฉัยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยต้องมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนขึ้นไปโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการ และอาการหลงผิดที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแปลกประหลาดไม่เหมาะสม แต่ก็มีความแตกต่างกันในการจำแนกประเภทของโรคจิตเภท โดยระบบ ICD 10 จำแนกโรคจิตเภทเป็น 9 ประเภท (ทวิ ตั้งเสรี, 2541; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ได้แก่

1. จิตเภทแบบระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. จิตเภทแบบเริ่มเกิดในวัยรุ่น (Hebephrenic Schizophrenia)
3. จิตเภทแบบนิ่งเกร็ง (Catatonic Schizophrenia)
4. จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated Schizophrenia)
5. อารมณ์เศร้าหลังโรคจิตเภท (Post-schizophrenia depress)
6. จิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ (Residual Schizophrenia)
7. จิตเภทแบบธรรมดา (Simple Schizophrenia)
8. จิตเภทอื่น ๆ (Other schizophrenia)
9. จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (Schizophrenia unspecified)

ส่วน DSM IV จำแนกโรคจิตเภทเป็น 5 ประเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ได้แก่

1. มีความหมกมุ่นกับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว (Paranoid type)



2. มีความคิดกระจัดกระจาย (Disorganized type)
3. กลุ่มที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Catatonic type)
4. ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับโรคจิตเภทแต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้ชัดเจน (Undifferentiated type)
5. ผู้ป่วยเคยป่วยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้งและไม่พบอาการด้านบวก (Residual type)

## 1.2 สาเหตุ

โรคจิตเภทถูกวินิจฉัยได้และรู้จักกันมานาน แต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง สมมติฐานดั้งเดิมเชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตใจ แนวคิดที่จะช่วยให้เข้าใจการเกิดโรคทางจิตเวชได้ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) คือ

1) Stress diathesis model หมายถึง การเกิดโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ stress ซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงระดับ stress ที่ไม่รุนแรง ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงข้าม หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มี การมี stress ที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้

2) Case formulation เป็นการขยายภาพมองจาก Stress diathesis model ให้กว้างขึ้นโดยพิจารณาปัจจัย 4 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating factors) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) จากตัวผู้ป่วยและสิ่งรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ หรือสังคมก็ได้

ความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้คนคิดค้นเครื่องมือที่ทันสมัย สามารถตรวจวิเคราะห์หารายละเอียดทั้งในระดับโครงสร้างสมองระดับโมเลกุล เคมีชีววะ ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติปัจจุบันพบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (สันชัย วสุนธรา, 2547) ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่
  - กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง การศึกษาวิจัยปัจจุบันพยายามลงลึกให้ถึงตัวยีนหรือโครโมโซมที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ
  - สารชีวเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันสารสื่อประสาทในสมอง ในระบบประสาทส่วนกลาง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน

โดยเชื่อว่าการหลังสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เซโรโตนิน เป็นสารเคมีที่มีบทบาทสำคัญก่อให้เกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วยจิตเภทคล้ายสารโดปามีน สารสื่อประสาทสำคัญอีกตัวที่กำลังศึกษากันอยู่ในเวลานี้ก็คือ กลูตาเมท ซึ่งมีผลต่อเซลล์สมองทุกตัว สารนี้ไม่สามารถผ่านกระแสเลือดเข้าสมองได้แต่ถูกสร้างขึ้นในสมองโดยตรง หากปริมาณกลูตาเมทลดน้อยลงผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตเภท

- โครงสร้างสมองผิดปกติ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994) ส่วนของสมองที่กำลังศึกษากันมากในเวลานี้ คือ บริเวณด้านหน้าสุดของสมองส่วนที่เรียกว่า Prefrontal Cortex กับส่วนของสมองย่อยๆ หลายชิ้น บริเวณด้านข้างที่ประสานการทำงานให้เกิดระบบที่เรียกว่า Limbic System ซึ่งมีความสำคัญในเรื่องอารมณ์ ความจำ และการเรียนรู้ต่างๆ

- การติดเชื้ระหว่างครรภ์และปัญหาการคลอด จากการศึกษาพบว่ามารดาผู้ป่วยจิตเภท อาจติดเชื้อไวรัสบางชนิดขณะตั้งครรภ์ 4-6 เดือน ซึ่งเซลล์สมองของทารกอาจถูกไวรัสดังกล่าวเข้าไปโจมตีโดยไม่ทิ้งร่องรอยผิดปกติใดๆ ไว้ และกลุ่มเซลล์ดังกล่าวก็สามารถพัฒนาต่อไปได้ ทั้งนี้ค่อยไปปรากฏอาการเมื่อเป็นหนุ่มสาวในอีก 20 หรือ 30 ปีต่อมา

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; Taylor, 1994)

3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือสภาพสังคมที่บีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

### 1.3 อาการ

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว โดยทั่วไปแบ่งอาการเป็น 2 แบบ (มานิช หล่อตระกูล, 2543; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Taylor, 1994) คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ หลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ ตลอดจนการพูดติดตลกว่าใช้ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆ พฤติกรรมผิดปกติมาก นิ่ง ไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรือเอะอะโวยวาย

2) กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมีแสดงอาการต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย หมดความกระตือรือร้น ไม่สนุกกับชีวิต บกพร่องทางเชาว์ความคิด

### 1.4 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ในระยะแรกอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน เมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 5 แบบ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536) คือ

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก  
 2. หายโดยกลับเป็นอีก  
 3. หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ

4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต

5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ  
 การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี

ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน ก่อนที่จะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz et al., 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือนผู้ป่วยมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแยลง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาที่ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่เกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก จะมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษาหรือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษาหรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยากินเองหรือมีการใช้แอลกอฮอล์

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น การดูแลรักษาเน้นการดูแลตนเองป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรค ในระยะนี้กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดความเครียดได้ง่ายกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ อาการนี้เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบอบบาทหน้าที่ที่ไม่ดี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

## 1.5 การรักษา

การรักษาโรคจิตเภท เป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

### 1.5.1 เป้าหมายของการรักษา การรักษามีเป้าหมายเพื่อ

1. รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาลง
2. ป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำโดยการให้ยากินติดต่อกัน หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้ป่วยหรืออาการกำเริบ สังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการสื่อสาร

### 1.5.2 วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

- ระยะเวลาควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

- ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยจะค่อยๆ ลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกลำบากหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวนานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิดCatatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาโรคจิต ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสนเป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

4. การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว

ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- การบำบัดรักษาทางจิต เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด มี 2 แบบ คือ จิตบำบัดแบบรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม

- กิจกรรมบำบัด เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นและประสบการณ์

- พฤติกรรมบำบัด เป็นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- ครอบครับบำบัด เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้งานทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

- นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย แบบแผน หลักการ วัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำงานที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติและทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทคือเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุด

#### 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

### 1.6.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

- 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย
- 3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

### 1.6.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ต้องใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านต่างๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมินจำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล (สุนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545; จวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) ดังนี้

- 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

1.1 ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสม

กับสภาพการณ์หรือไม่ ประเมินความสะอาดของปากฟัน ความสะอาดของร่างกาย การได้รับอาหาร การพักผ่อนโดยสังเกตจากสีหน้า แววตา นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องให้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทันเกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2 ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางจมูก ประสาทหลอนทางการลิ้มรส ประสาทหลอนทางการสัมผัส มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการตอบสนองต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

1.3 ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้ายนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรม มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4 ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่น ก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ และมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการด้าน



บวก ซึ่งได้แก่อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด และอาการด้านลบ ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

3) การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาล เป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาวเพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5) การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาได้ได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่าง เช่น

- ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอน หรือภาวะความคิดหลงผิดที่อาจจะอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

- ปัญหาความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาสำคัญอันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นผู้ป่วยให้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันหลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัย และสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาล ประเมินดูว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากน้อยแค่ไหน

- ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

- ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง

ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทกันและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

### 1.6.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก คือ ผู้ป่วยซึ่งเมื่อได้รับการตรวจรักษาแล้วสามารถกลับไปรับประทานยา หรือปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนประเภทหนึ่ง การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องสู่สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาดูแลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้หลายรูปแบบ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ชูนิพันธุ์, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

- ด้านการปฏิบัติพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น หรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

- ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทาง และปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

- ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

- ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย และแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

- ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

- จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

- บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัด พัฒนาความเข้าใจในครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว(Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข(เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติ พยาบาลควรคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพ สังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย

3) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงาน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยตัวเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วน

ร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความเห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (เปรมฤดี ดำรงค์, 2545)

สรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่น ๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

## 2. การป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การกลับป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก อาการที่แสดงออกมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 25-40% มีประสบการณ์การกำเริบของอาการทางจิตถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยา อาการทางจิตเหล่านี้ทำให้ความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง (Kim, T. and Susan, R., 2004)

### 2.1 ปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2550; Murphy and Moller, 1993) ได้แก่

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ การไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ถูกต้องหรือไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัว ได้แก่ มีปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างๆ ไม่พูดคุยและไม่ส่งสิ่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง

3) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่เราไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาไม่เพียงพอเนื่องจากขาดยา หรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีความหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้น

หวัง ขาดแรงจูงใจ

รूपันท์ ศรีธรรารัตินและธนา นิลชัยโกวิท (2543) กล่าวถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) Vulnerability Factors หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้คนนั้นๆ มีโอกาสเกิดอาการของโรคจิตเภทได้ (predispose) เช่น มีความผิดปกติทางชีวภาพ ซึ่ง 57-80% ของผู้ที่มีความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองมีการกลับป่วยซ้ำหนึ่งครั้งหรือมากกว่านั้น (Murphy and Moller, 1993)

2) Environmental Factor มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของอาการต่างๆ ทั้งนี้ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภทจะหมายถึงความถึงตั้งแต่เหตุการณ์เล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อยๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะและมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย เช่น ตกงาน สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3) Protective Factors เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการ เชื่อว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ยา นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ Ayuso-Gutierrez and Rio Vega (1997) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการกลับป่วยซ้ำ คือ การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา วิธีการรักษาด้วยยา ทั้งขนาด วิธีการให้ยา เช่น การกิน หรือ การฉีด และแผนการรักษา เช่น ให้อย่างต่อเนื่องหรือให้เป็นครั้งคราว การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้มีอาการแย่ลง เช่น เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน การแสดงออกทางอารมณ์สูง ล้วนเพิ่มความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ ในทางตรงกันข้าม การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับการดูแลด้านจิตสังคมจะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ

Zubin and Spring (1977) อธิบายว่า การกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลของระดับความอ่อนแอของแต่ละคน แนวคิดนี้อธิบายถึงสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำ แบ่งเป็น 4 ปัจจัย (Yank, et al., 1993; Nuechterlein, et al. อ้างถึงใน วยุณี ช้างมิ่ง, 2546) ดังนี้

1) ปัจจัยความอ่อนแอของบุคคล ประกอบด้วย ความผิดปกติของระดับโดปามีน การลดลงของความสามารถในกระบวนการคิดและวิเคราะห์ข้อมูล

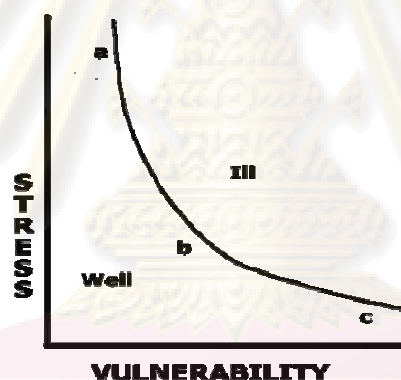
2) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน การแข่งขันในสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัว เช่น การติเตียนอย่างรุนแรงหรือความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป

3) ปัจจัยปกป้องของบุคคล ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต ทักษะ

การเผชิญปัญหาและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

4) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความสามารถ ของครอบครัวในการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางจิตสังคมจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

จากแนวคิดนี้พบว่าความเครียดที่เพิ่มขึ้นมีผลอย่างมากต่อการกำเริบของโรคจิตเภท (ฐปนัท ศรีธรรมาธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิทย์, 2543) ปัจจัยเหล่านี้นำมาใช้อธิบายอธิบายการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยความเครียดทางอารมณ์และความอ่อนแอของบุคคลมากกว่าปัจจัยปกป้องจะถูกรบกวนกระบวนการคิดและเมื่อมีสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นผลให้แสดงอาการของการถูกรบกวน นำไปสู่การกระทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (วญณี ช้างมิ่ง, 2546) การรักษาทางจิตสังคมมีการกล่าวถึง Vulnerability-stress model หรือ Diathesis-stress model โดยให้ความหมายว่า การเกิดโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียดซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ อธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 The Stress Vulnerability Model

กล่าวคือหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงระดับความเครียดที่ไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มี การมีความเครียดที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

O' Connor(1994) พัฒนาเป็นรูปแบบการปฏิบัติการในการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทโดยอธิบายว่าอาการของโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับ สิ่งกระตุ้น(Stressor) ซึ่งประกอบด้วยระบบประสาททำหน้าที่ผิดปกติ สิ่งกระตุ้นด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมและระหว่างบุคคล และสิ่งที่ช่วยบรรเทา(Moderators) ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการควบคุมอาการ การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติ

บทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยปกป้องผู้ป่วยจากผลกระทบของความเครียด และลดความรุนแรงของอาการ ซึ่ง Vulnerability-stress model แสดงให้เห็นว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลจากความอ่อนแอของสิ่งกระตุ้นภายในต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกและความอ่อนแอของระบบร่างกายในการตอบสนอง ดังนั้นการปฏิบัติการในการควบคุมอาการของโรคจิตเภทและการลดการกลับป่วยซ้ำสามารถทำได้ 2 วิธีคือ ลดสิ่งกระตุ้นโดยลดปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความเครียดและเพิ่มสิ่งที่จะช่วยบรรเทาโดยเพิ่มปัจจัยที่ลดความรุนแรงของอาการ

## 2.2 การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

แนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al. (2000)กล่าวถึงการปฏิบัติการเกี่ยวกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 2 ด้านคือ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและการรักษาด้วยยา ซึ่งในเรื่องการรักษาด้วยยาอธิบายว่าการรับการรักษาด้วยยาตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนเกิดขึ้นและต่อเนื่องอีก 2 ปีขึ้นไปสามารถลดการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิตได้ 12-23% (Marder, et al., 1994; Jolly, et al., 1990; Gaebel, et al., 1993) ส่วนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกล่าวถึง Vulnerability- Stress model (Zubin and Spring, 1977) เป็นการอธิบายถึงอาการของโรคจิตเภทว่าเกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมส่งผลให้บุคคลเกิดความอ่อนแอและนำไปสู่การเกิดความเครียดหรือมีทักษะในการจัดการกับความเครียดลดลง เกิดการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิต ซึ่ง Birchwood, et al. (2000) พัฒนาวิธีการสำหรับการรับรู้และจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนที่น่าไปสู่การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ได้แก่

- 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ (Engagement and education) เป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนถึงสัญญาณของการกลับป่วยซ้ำและวิธีจัดการของแต่ละคน จากนั้นจึงให้ความรู้เพื่อให้ตรงจุดของแต่ละคน เริ่มแรกเน้นการเข้าใจทัศนคติต่อการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะการรับรู้และความเสี่ยงและความสามารถในการควบคุมการกลับป่วยซ้ำ ความเชื่อเหล่านี้อาจจะทำให้กระบวนการกลับป่วยซ้ำเกิดขึ้น เช่น การรับรู้การควบคุมอาการเจ็บป่วยต่ำทำให้บุคคลตื่นตกใจหรือไม่สามารถจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยที่กลัวการกลับป่วยซ้ำอาจจะจัดการด้วยทักษะการเรียนรู้ เช่น การพูดถึงขั้นตอนทางบวกที่ทำให้บุคคลยังคงมีสุขภาพจิตดีและเกิดขึ้นในบริบทของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ของการกลับป่วยซ้ำ เช่น การไม่รับประทานยาต่อเนื่องและการใช้ยาเสพติด

2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ (Identification of the relapse signature) เป็นการค้นหาสัญญาณการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคน โดยการทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำด้วยการทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่การการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง รวมทั้งทบทวนถึงสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเหล่านี้ ประกอบด้วยการฝึก 2 ประเภท คือ

2.1) การฝึกบันทึกเส้นเวลา (Time line exercise) เป็นการฝึกให้แต่ละคนบันทึกเหตุการณ์ที่มีความสำคัญตั้งแต่วันที่เริ่มมีเหตุการณ์จนถึงวันที่มารับการรักษาในเส้นเวลา อาการเตือนที่ผู้ป่วยสามารถระบุได้จะเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ภายนอก ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

2.2) การฝึกคัดเลือกว่าบัตรคำอาการเตือน (The card sort exercise) เป็นการจัดทำบัตรคำที่ประกอบด้วยอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ซึ่งเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 55 บัตรคำ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกบัตรคำที่ตรงกับประสบการณ์ของอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการผิดปกติของตนเองและวางบัตรคำนั้นในระยะเวลาที่เกิดอาการ เรียงตามลำดับ สัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและให้ผู้ป่วยพูดบรรยายถึงอาการที่ระบุได้จากบัตรคำ ร่วมกันอภิปรายการฝึกโดยอธิบายถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการและให้ข้อมูลเพิ่มเติม เน้นการสนับสนุนให้แต่ละคนเข้าใจความหมายตามประสบการณ์ของตนเอง

3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (Development of a relapse drill) เป็นการติดตามการระบุอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนการวางแผนการปฏิบัติ โดยการติดตามจากอาการเตือนโดยตรงซึ่ง จากอาการที่เริ่มเกิดขึ้นของสัญญาณการกลับป่วยซ้ำจนถึงอาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิตอาการเริ่มแรกของอาการเตือนที่เป็นสัญญาณของการกลับป่วยซ้ำมักจะเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง มีอำนาจการทำนายการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิตต่ำ การปฏิบัติกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น เพิ่มการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปหลังจากมีอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำชัดเจนจนดำเนินต่อไปจนเกิดการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิต

การจัดการเป็นการพัฒนาความร่วมมือและเน้นที่ความเข้มแข็งของผู้ป่วย ผู้ดูแลและแหล่งบริการ วิธีการจัดการที่ผ่านมาและวิธีการบำบัดรักษาเป็นประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำเป็นการพิจารณาความร่วมมือของแต่ละคนในการจัดการกับอาการเตือนที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจจะเป็นแนวทางใหม่ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในอนาคต การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ พิจารณา 3 ส่วนของการปฏิบัติการได้แก่



3.1) แหล่งช่วยเหลือ(Pathway to support) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมเกี่ยวกับรายละเอียดว่า จะติดต่อศูนย์บริการสุขภาพจิตตลอด 24 ชั่วโมง และในวันหยุดได้อย่างไร

3.2) การปฏิบัติจากแหล่งบริการ(Service interventions) รวมถึงการติดต่อกับผู้เกี่ยวข้อง การจัดการกับความวิตกกังวล/ความเครียด การเจรจาต่อรองเพื่อเพิ่มการรักษาด้วยยาชั่วคราว การหยุดการรักษาชั่วคราว การให้คำปรึกษา การบำบัดทางความคิดและการรักษาที่บ้าน

3.3) วิธีการจัดการกับปัญหาของบุคคล(Personal coping strategies) ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหาที่ประสบความสำเร็จโดยประยุกต์จากประสบการณ์ของแต่ละคนหรือสิ่งใหม่ที่เคยได้รับการแนะนำในการระลึกถึงสัญญาณของการกำเริบ

4) การฝึกการติดตามอาการเตือน(Rehearsal and monitoring) การรับรู้สัญญาณของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนและการจัดการ โดยใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ของตนเองและแสดงบทบาทสมมติถึงการตอบสนองของผู้ป่วยถ้าเขาสามารถตรวจพบอาการเตือน นำสถานการณ์สมมติมาอภิปรายความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติอย่างไรกับสิ่งเหล่านี้

5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (Clarification of the relapse signature and drill) เป็นส่วนสำคัญของการฝึกการติดตามอาการเตือน แต่ละคนควรได้รับการสนับสนุนวิธีการจัดการจากแหล่งสนับสนุนและการปฏิบัติจากแหล่งบริการให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดหรือการใช้ประสบการณ์ทั่วไป เป็นการใช้อีกาสทางบวกในการแก้ไขสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและปรับปรุงการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำเพื่อเพิ่มการควบคุมการเจ็บป่วย

การป้องกันการกลับป่วยซ้ำมีความสำคัญเท่าเทียมกันในผู้ป่วยครั้งแรกและผู้ป่วยเรื้อรัง (Carpenter, 1996) การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำและการรับรู้อาการตั้งแต่เริ่มแรกช่วยการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาเป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยการนำประสบการณ์การเจ็บป่วยในครั้งก่อนและวิธีการที่เคยใช้ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการนั้นๆ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละคนมาเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง ทำให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและป้องกันการกลับป่วยซ้ำได้

## 2.3 การพยาบาลในการป้องกันการป่วยซ้ำ

การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมๆ กัน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ(เพชรี คันธสายบัว,

2544) ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา
- 2) การวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหาพร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย
- 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับ การสังเกตอาการของตนเองโดยให้คำแนะนำที่เน้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ
- 4) จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆ กับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อนที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้มาอธิบายการป่วยซ้ำโดยเริ่มจากการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถหาทางหลีกเลี่ยงความรุนแรงได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการกลับป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติแบบเดิมอีก มีโอกาสกลับป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น

### 3. อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก หลังจากที่มีพฤติกรรมนั้นๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้าไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Falloon, 1984; Lader, 1995 อ้างถึงใน Birchwood and Spencer, 2001) เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ (Sundel and Sundel, 1999) การกลับป่วยซ้ำจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ ที่ไม่สามารถทำนายได้เกิดขึ้นหรือสิ่งกระตุ้นเดิมที่มีอยู่แต่มีความรุนแรงขึ้นหรือบางสิ่งที่ไม่ชัดเจน(UNC, 2007) ก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำพบการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยที่

เพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพจิตเสื่อมลง การระบุนุอาการเตือนในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำ คือ การต้องกลับเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนการรักษา และต้องมีการติดตามต่อเนื่องไปในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker, 1995; Kennedy, et al, 2000; Meijel, 2003) จากการศึกษาจะเห็นว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มมีอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

การศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้อาการเตือน เป็นตัวชี้วัดการตอบสนองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เริ่มก่อให้เกิดอาการทางจิตที่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเตือนล่วงหน้า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 ล้วนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าในช่วง 2-4 สัปดาห์ก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Birchwood, 1995; Royal Brisbane Hospital, 2003) การรับรู้อาการเตือนมีเป้าหมายเพื่อประสานความร่วมมือของแต่ละคนในการระบุนุอาการเตือนของตนเองในการกลับป่วยซ้ำ การอธิบายสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นและพัฒนาวิธีการเพื่อลดการกลับป่วยซ้ำรวมถึงการระบุนุวิธีจัดการและการรักษาด้วยตนเอง (Scott, et al., 2004) สมาคมจิตแพทย์อเมริกาให้ความสำคัญกับการรับรู้อาการเริ่มแรกกับการปฏิบัติการตั้งแต่เริ่มแรกในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิตว่าควรจะเป็นส่วนหนึ่งของทุกโปรแกรมการรักษา (Meijel, et al., 2002)

### 3.1 ลักษณะอาการเตือน

Birchwood, et al. (1989) พบว่า อาการเตือนของผู้ป่วยและญาติสามารถสังเกตได้ก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำจำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety/ Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ
- 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression/ Withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแงี่ยบ แยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย
- 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตร

4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (Incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าถูกจ้องมอง

Birchwood, et al. (2000) จำแนกอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำทั้งอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตทั้งหมด 55 อาการโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความคิด/การรับรู้ ได้แก่ มีความคิดหุนหันพลันแล่น มีความรู้สึกฉุนเฉียว คิดว่าตนเองมีอำนาจวิเศษ คิดว่าตนเองสามารถอ่านใจคนอื่นได้ คิดว่าคนอื่นอ่านใจของผู้อื่นได้ สื่อสารกับบุคคลอื่นผ่านทางโทรศัพท์หรือวิทยุ มีความยุ่งยากในการตัดสินใจ เคยประสบกับสัมผัสแปลกประหลาด มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หนึ่งหรือสองสิ่ง คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ มองเห็นสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น คิดว่าคนอื่นกำลังพูดคุยกัยเกี่ยวกับตนเอง คิดว่าคนอื่นไม่เห็นด้วยกับตนเอง ผันรำย ไม่มีสมาธิ คิดในสิ่งที่แปลกประหลาด คิดว่าความคิดถูกควบคุม ได้ยินเสียง คิดว่าส่วนต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนไป

2) ด้านความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกหมดหวังหรือไร้ค่า รู้สึกกลัว รู้สึกเศร้าหรือต้อยต่ำ รู้สึกวิตกกังวลหรือกระสับกระส่าย รู้สึกสนใจเรื่องศาสนาเพิ่มขึ้น รู้สึกว่ามีคนจ้องมอง รู้สึกเหมือนอยู่อีกโลกหนึ่งรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรง รู้สึกสับสนหรืองงงวย รู้สึกหลงลืม รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกแข็งแกร่งหรือมีพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานที่หนักในแต่ละวันได้ รู้สึกว่ากำลังถูกลงโทษ รู้สึกไม่ไว้วางใจคนอื่นได้ รู้สึกโมโหง่าย รู้สึกไม่ต้องการนอน รู้สึกผิด

3) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ นอนหลับยาก คำพูดสับสนเต็มไปด้วยคำแปลกๆ พูดหรือยิ้มคนเดียว แสดงท่าทีระแวงเมื่อถูกจ้องมอง พฤติกรรมประหลาดโดยไม่มีสาเหตุ แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเอง แสดงเป็นอีกคนที่แตกต่างไป ไม่พบปะผู้คน ไม่รับประทานอาหาร ไม่ออกจากบ้าน พฤติกรรมคล้ายเด็ก ปฏิเสธการทำตามคำขอร้องง่ายๆ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวช้า นั่งไม่ติด ก้าวร้าว

ฐิพนัท ศรีธรรมาธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิท (2543) จำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ทั่วไปเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ กลัว วิตกกังวล มีความตึงเครียดสูง บางรายหงุดหงิด หรือก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ

2) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavioural Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวออกจากสังคม และบ่อยครั้งที่พบว่ามีปัญหาการนอน

3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognitive Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่

ลง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ

4) พบอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พุดคนเดียว ชี้สั่งสั่งย หวาดระแวง หรือมีความรู้สึกว่ตนถูกควบคุมอยู่

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนพบว่าอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเล็กๆ น้อยๆ ค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล(Herz and Melville,1980; Heinrichs and Carpenter, 1985; Birchwood, et al., 1989; ดวงจันทร์ บัวคลี, 2549; สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550)

### 3.2 การประเมินอาการเตือน

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเตือนเกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับป่วยซ้ำอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีระยะเวลาของการเกิดอาการเตือนนานตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ (Baker, 1995) ซึ่งการประเมินอาการเตือนสามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือหลายแบบ เช่น

10-question screening interview (10-QS) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาสำหรับใช้ในทางคลินิก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตใช้ในการฝึกทีมผู้ปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อให้มีทักษะในการระบุอาการเตือนที่สำคัญของความผิดปกติทางจิต ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ และได้พัฒนามาเป็น Prodromal signs checklist ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการกับครอบครัวสามารถคัดกรองแล้วรายงานอาการผิดปกติให้จิตแพทย์ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเฉพาะทางอย่างรวดเร็ว (Ian, R.H. Falloon et al., 1996)

Symptom Checklist-90(SCL-90) (Derogatis, Lipman and Covi, 1973 อ้างถึงใน O'Connor, 1991 ) ประกอบด้วยคำถาม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (somatization) ด้านย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive) ด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น

(interpersonal sensitivity) ด้านซึมเศร้า (depression) ด้านวิตกกังวล (anxiety) ด้านความเป็นอริ (hostility) ด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล (phobia) ด้านหวาดระแวง (paranoid) และด้านอาการทางจิต (psychosis) Jolley, Hirsch, McRink and Manchanda (1989) นำมาใช้โดยบันทึกคะแนนของระยะที่มีอาการเปรียบเทียบกับคะแนนที่บันทึกไว้ก่อนในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการที่พบมาก ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ย้ำคิดย้ำทำ อาการทางจิต หวาดระแวง และเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น

The Early Signs Questionnaire (Herz and Melville, 1980) ซึ่งเนื้อหาของคำถามประกอบด้วยอาการอธิบายอาการ อารมณ์และพฤติกรรมที่สำคัญของอาการระยะเริ่มแรกของการกลับป่วยซ้ำ โดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที มี 2 แบบ คือแบบที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบที่ใช้สัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วย (Herz, M.I. and Stephen, R. Marder., 2002) อาการที่พบมากที่สุด คือ กลัวอย่างรุนแรง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ท้อแท้ในเรื่องอนาคต ปัญหาด้านอารมณ์ ความตั้งใจและสมาธิลดลง และรู้สึกสองฝักสองฝ่าย

Early Signs Scale: ESS (Birchwood, et al., 1989) ประกอบด้วยจำนวน 34 ข้อ มีข้อเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบบ Likert Scale มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการเกิดอาการ คือ (0) ไม่มีอาการนี้เกิดขึ้นเลย (1) มีอาการนี้เกิดขึ้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (2) มีอาการนี้เกิดขึ้นหลายครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ทุกวัน (3) มีอาการนี้เกิดขึ้นทุกวัน และส่วนที่ 2 จะถามถึงการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือไม่ คือ (0) ไม่เป็นปัญหา (1) เป็นปัญหาเล็กน้อย (2) เป็นปัญหาพอควร (3) เป็นปัญหามาก แต่ละส่วนจะมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 -102 คะแนน ประกอบด้วยกลุ่มอาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยนอกจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สามารถตรวจพบอาการของตนเองได้และบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองในขณะเริ่มมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ (Herz and Melville, 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของศึกษาของ Glimcher, et al (1986) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยนอกจิตเภทร้อยละ 98 สามารถสังเกตอาการของตนเองและระบุถึงอาการที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการประเมินอาการของตนเองและมีความพยายามที่จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Baker, 1995) จากการศึกษาของ Glesson (2005) พบว่าผู้ที่คะแนนของ ESS ตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไปมีการกลับป่วยซ้ำหรือมีอาการกำเริบ

สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ คือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแย่งเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเตรียมตนเอง ต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะของอาการเตือน มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือน และมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุด หมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิธีการทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการกลับป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการกลับป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (Hewitt and Birchwood, 2002)

#### 4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura อาจารย์และนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1986; 1997) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงไว้ให้เห็นดังภาพ

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน

**ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น**

การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2549) แรงผลักดันทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น เมื่อผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางที่ดี แต่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในพฤติกรรมที่มีผลเสีย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

#### 4.1 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

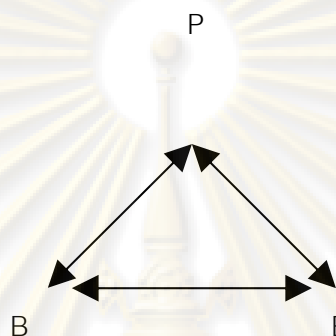
การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 ปัจจัย Bandura (1986) ดังนี้

**4.1.1 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)** การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี นำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลวทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

**4.1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling)** การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การเรียนรู้ของBandura จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม



4.1.2.1 องค์ประกอบของการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบ Bandura เชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวะภาพ และสิ่งภายในอื่น ๆ) ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมซึ่งอาจแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



**ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยจากสภาพแวดล้อม**

จากภาพ ปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ ปัจจัยทางพฤติกรรม ( B ) ปัจจัยส่วนบุคคล ( P ) และ ( E ) ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้นไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1989 )

#### 4.1.2.2 กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย

1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) เป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น องค์ประกอบของตัวแบบเองโดยตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซ้ำซ้อน จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัสของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับการตื่นตัว ความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

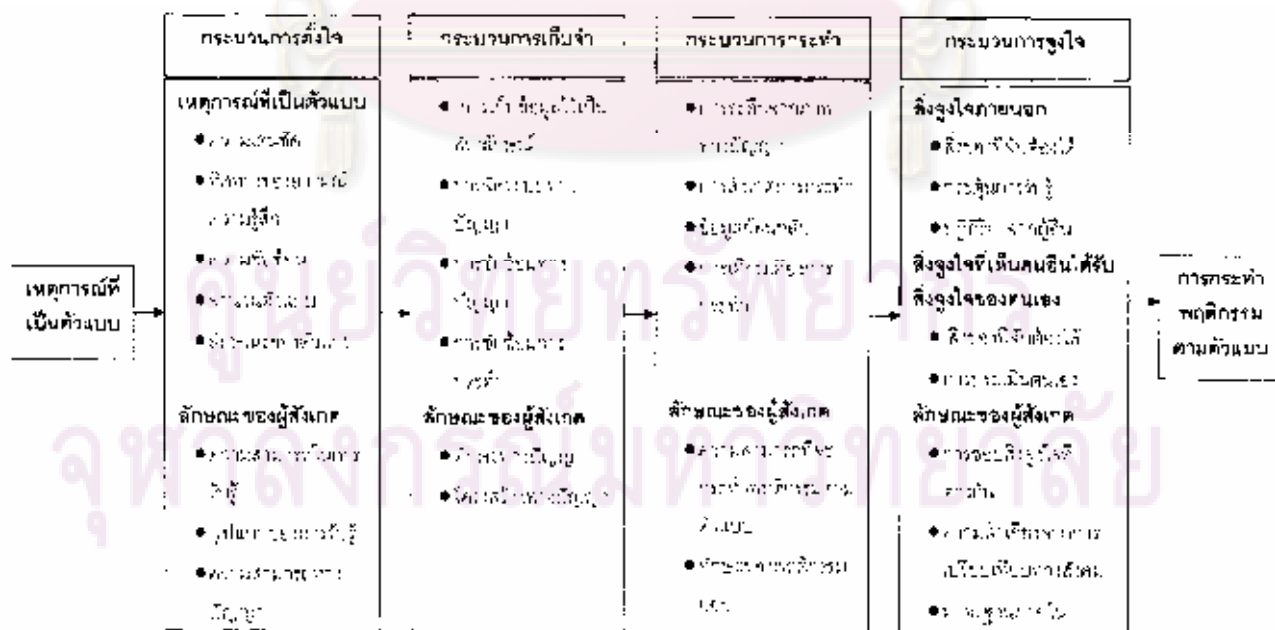
2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการ

เก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักข้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตน และชักข้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้้นั้นมาเป็นการกระทำ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ และขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมย่อย ที่ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคมและมาตรฐานภายในของตนเอง

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ จึงจำเป็นต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการย่อยทั้ง 4 กระบวนการ โดยกระบวนการดังกล่าวสามารถสรุปได้ ดังนี้



ภาพที่ 4 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

#### 4.1.2.3 ประเภทของตัวแบบ ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอโดยผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกภาพ วิทยู โทรทัศน์ การ์ตูน หรือข้อเขียนต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบวิธีนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลกระทบของตัวแบบที่จะได้รับ เนื่องจากมีการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากและในหลายๆ สภาพการณ์ รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน (Bandura, 1977) แต่ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริงหรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบในชีวิตจริง อาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสน ไม่เชื่อถือ และอาจไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

2. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อต่างๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ข้อดีคือสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่างๆ ได้ตามธรรมชาติ ตัวแบบประเภทนี้จะกระตุ้นความสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ในการรับรู้ของบุคคลบางคน แต่ต้องระวังเรื่องการควบคุมผลกระทบเพราะอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดไว้เกิดขึ้น ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกระทบตามเป้าหมายที่คาดไว้ (Bandura, 1977)

4.1.2.3 ผลของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ จะส่งผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคล (Bandura, 1986) ดังนี้

1. สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะของความคิด หรือพฤติกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน โดยบุคคลจะรวบรวมแบบอย่างพฤติกรรมใหม่ๆ มาตรฐานการตัดสินใจ รูปแบบทางภา และความสามารถทางปัญญาของตัวแบบมาเป็นเกณฑ์ในการสร้างพฤติกรรม

2. ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับที่ได้รับผลกระทบของตัวแบบภายหลังแสดงพฤติกรรม ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบที่ไม่น่าพึงพอใจ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามตัวแบบ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่เคยถูกระงับมามาก่อนแล้ว ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบมากขึ้น

3. ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาก่อนแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกให้

แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

ปัจจัยที่ช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ความสามารถของผู้สังเกตในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมของตัวแบบที่เหมาะสมที่สุด การเรียนรู้ของผู้สังเกตถึงการกระทำของตัวแบบว่าได้รับผลกระทบทางบวกหรือผลกระทบทางลบ และผลกรรมที่ได้กระทำพฤติกรรมของผู้สังเกตจะเป็นแรงจูงใจให้มีการพัฒนาพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น

#### 4.1.2.4 แนวทางในการเลือกตัวแบบ มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ ศาสนา และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม และสามารถทำได้เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขารู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากจนเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3. ระดับความสามารถของตัวแบบนั้นควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูง ก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น

4. ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

การนำวิธีการเรียนรู้จากตัวแบบไปใช้ในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตัวแบบต้องมีลักษณะน่าสนใจ มีการให้แรงเสริมแก่ตัวแบบที่เหมาะสม ตลอดจนมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ตัวแบบ สำหรับการคัดเลือกตัวแบบนั้น ต้องคำนึงถึงลักษณะของตัวแบบและวิธีการให้ตัวแบบด้วย

#### 4.1.3 การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura (1986) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆ กันหลายครั้ง จะทำให้

บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับ การฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

**4.1.4 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)** เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura (1986) แบ่งวิธีการชักจูงด้วยคำพูดเป็น 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self-instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) โดยกล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ยอมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

การได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป เพราะส่งผลให้บุคคลประเมินความสามารถของตนเองและเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จ

## 4.2 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) กล่าวถึงผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามี 3 ด้าน คือ

1) รูปแบบความคิดที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลกระทบต่อระบบการคิดและปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงาน

2) การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลมักเลือกกระทำพฤติกรรมหรือเลือกสถานการณ์ที่เขาตัดสินว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการให้ประสบความสำเร็จได้และหลีกเลี่ยงการกระทำหรือสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของตน

3) ความพยายามและความพากเพียรในการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและความพากเพียรในการเผชิญปัญหา อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากมี

อิทธิพลต่อระบบการคิด การจูงใจ และอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล

### 4.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองวัดได้ 3 ด้าน (Bandura, 1977) ได้แก่

1) ความยาก (Magnitude) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน

2) การนำไปใช้ (Generality) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นๆ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติงานในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองถูกนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

3) ความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมีความเข้มน้อย คือ บุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความมานะพยายาม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตนเองบ้าง

ส่วนใหญ่นิยมวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพียง 2 มิติ คือ ระดับความยากและระดับความมั่นใจ (ละม้าย เกิดโภคทรัพย์, 2548) ซึ่งควรวัดจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงและจำเป็นต้องกระทำ ประเมินโดยการแสดงหรือบรรยายสิ่งที่จะปฏิบัติหรือจะกระทำ แล้วถามว่ามีความมั่นใจหรือคาดหวังในการที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตนและจะปฏิบัติพฤติกรรมที่พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองยังเป็นตัวกำหนดความมากน้อยและความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล บุคคลที่ไม่ค่อยแน่ใจในความสามารถของตนเองมักไม่ค่อยใช้ความพยายามหรือเลิกปฏิบัติพฤติกรรมได้ง่ายเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรค ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคและบุคคลที่มีความพยายามสูงมักจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ

การศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้อาการเตือน เป็นตัวชี้วัดการตอบสนองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เริ่มก่อให้เกิดอาการทางจิตที่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเตือนล่วงหน้า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 ล้วนเคยมีประสบการณ์

เกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าในช่วง 2-4 สัปดาห์ก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Birchwood, 1995; Royal Brisbane Hospital, 2003) การรับรู้อาการเตือนมีเป้าหมายเพื่อประสานความร่วมมือของแต่ละคนในการระบุนาอาการเตือนของตนเองในการกลับป่วยซ้ำ การอธิบายสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นและพัฒนาวิธีการเพื่อลดการกลับป่วยซ้ำรวมถึงการระบุวิถีจัดการและการรักษาด้วยตนเอง (Scott, et al., 2004) สมาคมจิตแพทย์อเมริกาให้ความสำคัญกับการรับรู้อาการเริ่มแรกกับการปฏิบัติการณ์ตั้งแต่เริ่มแรกในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของอาการทางจิตว่าควรจะเป็นส่วนหนึ่งของทุกโปรแกรมการรักษา (Meijel, et al., 2002)

## 5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดตามทฤษฎี เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังนี้

### 1. การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

#### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย แนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง สนทนาด้วยเรื่องทั่วไป สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียดและวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท โดยการสนทนาร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการให้ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคจิตเภท ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง 2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นการอภิปรายกลุ่มความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทตรงกัน และสร้างความรู้สึกร่วมกันจากการมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน

กิจกรรมที่ 1.3 ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการกลับป่วยซ้ำ เป็นการประเมินการรับรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และส่งเสริมการร่วมมือในการรักษา

## 2. การใช้ตัวแบบ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ** โดยการให้ผู้ป่วยรับรู้การป้องกันการกลับป่วยซ้ำซึ่งมีเนื้อหาที่ประกอบด้วย ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยใช้คู่มือและการอภิปรายร่วมกัน ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ 1) ความรู้ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยแจกคู่มือ “การป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ประกอบการอธิบายผ่านคู่มือและอภิปรายร่วมกัน 2) การสัมภาษณ์ตัวแบบ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบเล่าถึงประสบการณ์ของตนเองในการรับรู้อาการเตือนและให้ผู้ป่วยในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์ของตัวแบบ แล้ววิเคราะห์ลักษณะตัวแบบและก็นำไปใช้

## 3. การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์** โดยการฝึกระบุงอาการเตือนสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การจัดการทีเคยแล้วได้ผล การวางแผนการจัดการกับอาการทีจะเกิดขึ้นอีก เพื่อเป็นระบุงถึงอาการเตือนของตนเอง และพัฒนาแนวทางในการจัดการด้วยตนเองและเป็นการติดตามอาการเตือนของตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน คือ 1) ฝึกระบุงอาการเตือนของตนเอง 2) ฝึกการระบุงการจัดการด้วยตนเอง 3) ฝึกติดตามอาการเตือนของตนเอง โดยระบุงตั้งแต่เหตุการณ์หรือปัจจัยทีกระตุ้นให้เกิดอาการ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การจัดการกับอาการในขณะนั้นและวางแผนการจัดการกับอาการทีจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นการฝึกการติดตามอาการเตือนของตนเองและวางแผนการจัดการให้ชัดเจน

## 4. การใช้คำพูดชักจูง โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้** โดยการสรุปผลการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการระบุงอาการเตือนและการวางแผนการจัดการ มีการแนะนำ กระตุ้นซักถาม ชี้แนะ และอธิบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการระบุงอาการเตือนของตนเองเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถระบุงอาการเตือนและจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ 1) การเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ 2) การชมเชยในความสามารถของสมาชิกแต่ละคน 3) การสรุป โดยสรุปกิจกรรมจากการฝึกปฏิบัติและเนื้อหาความรู้ 4) การนำไปใช้ โดยชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการรับรู้อาการเตือน และแนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์การฝึกปฏิบัติไปใช้ต่อที่บ้าน



## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

ธีระ ลีลานันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2541) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยจัดอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้วศึกษาถึงการกำเริบของโรคจิตเภท โดยติดตามการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทุกคนที่ญาติเข้าร่วมโครงการในระยะเวลา 1 ปี เปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ญาติจะมาเข้าอบรม พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีถัดมา หรือมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม ขณะที่ร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง มีเพียงร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (มากกว่า 1 ครั้ง)

Herz, et al (2000) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การให้ความรู้จิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีระบุนาการนำและสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัว และกลุ่มครอบครัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อมีการติดตามผลในเดือนที่ 18 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำหรือได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Norman, et al (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่าง 1) โปรแกรมการจัดการกับความเครียดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 2) กิจกรรมทางสังคม ติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ระดับอาการ การรับรู้ความเครียดหรือ ทักษะชีวิตในขณะนั้นและจากการติดตามเป็นเวลา 1 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่เข้าโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อย

Gumley, A., et al (2003) ศึกษาผลของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบมีเป้าหมายต่อการลดการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนำ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 5 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์แรก และให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบมีเป้าหมาย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ถ้ามีอาการแสดงของการกลับป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีอาการแสดงของการกลับป่วยซ้ำและได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

แบบมีเป้าหมาย จากการติดตามผลเป็นเวลา 12 เดือน การกลับป่วยซ้ำและการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Yu-Tao Xiang et al (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวกลับสู่ชุมชนฉบับของจีน (CMR) ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมCMR ติดตามผลเป็นเวลา 24 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคม การรู้จักตนเองและอาการทางจิตเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำนานกว่าและอัตราการกลับป่วยซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

### งานวิจัยเกี่ยวกับอาการเดือน

Herz, et al (1980) ศึกษาอาการนำและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าอาการที่พบบ่อยที่สุดก่อนมีอาการทางจิตคือ มีความตึงเครียดและอาการทางประสาทเพิ่มขึ้น อดอยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิ นอนหลับยาก ซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคม

Heinrichs and Carpenter (1985) ศึกษาไปข้างหน้าเกี่ยวกับอาการเดือนของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทชนิดอารมณ์แปรปรวนที่มาตรวจตามนัด พบอาการเดือนที่แสดงถึงการกำเริบของอาการทางจิต 32 อาการ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ประสาทหลอน (53%) พฤติกรรมแปลกประหลาด (43%) การนอนเปลี่ยนแปลง (43%) วิดกกังวล (38%) การรับรู้ไม่มีประสิทธิภาพ (26%) ชุนเฉียว/ไม่เป็นมิตร (23%) มีอาการทางกายหรือหลงผิด (21%) การรับรู้ผิดปกติ (17%) พฤติกรรมไม่เหมาะสม (17%) และซึมเศร้า (17%)

Glimcher, et al (1986) ศึกษาการติดตามอาการของตนเองและการกำกับอาการเจ็บป่วยของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า 98% สามารถบอกได้เมื่อเริ่มมีอาการแย่ง ประสบการณ์อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น อาการทางประสาทและตึงเครียด ปัญหาในการนอน น้อยมากกว่าปกติและซึมเศร้า 82% บอกถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง เช่น การรับประทานยา การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ การพยายามไม่สนใจอาการ การขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การรักษาด้วยตนเองและหาแหล่งช่วยเหลือ

Thurm and Haefner (1987) ศึกษาการรับรู้ความอ่อนแอ ความเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำและวิธีการจัดการในผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 73% สามารถระบุอาการนำก่อนการกลับป่วยซ้ำได้ อาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ได้แก่ การถูกรบกวนการดำเนินชีวิต เช่น การรบกวนการนอนและความอยากอาหาร อ่อนเพลีย และ

พักฟื้นไม่เพียงพอ อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น วิดกกังวล ซึมเศร้าหรือ เศร้ามากขึ้น

Birchwood, et al (1989) ศึกษาการทำนายการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาการฝึกการติดตามอย่างเป็นระบบ พบว่าอาการเตือนแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวาย 2) อาการซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) อาการสูญเสียการควบคุมตนเอง 4) อาการเริ่มมีความผิดปกติทางจิต อาการเตือนที่ระบุได้มากที่สุด คือ อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวาย และอาการซึมเศร้าหรือแยกตัว

Birchwood, et al (2000) พัฒนาแนวทางในการจำแนกและจัดการกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคน เรียกว่า back in the saddle (BITS) โดยกล่าวถึงการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ

Hamera, et al (1991) ศึกษาการทำกับตนเองและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถติดตามอาการเริ่มแรกและจัดการด้วยกับอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ ประกอบด้วย อาการวิตกกังวล 41% ซึมเศร้า 28% และอาการทางจิต 31% และ 59% ของกลุ่มตัวอย่างสามารถรายงานวิธีการในการจัดการกับอาการเริ่มแรกของตนเองได้มากกว่าหนึ่งวิธี วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การทำตัวให้ยุ่งหรือมีสมาธิกับกิจกรรมที่ทำ วิธีอื่นๆ ได้แก่ วิธีการทางความคิด เช่น การพูดกับตนเองและคนอื่นหรือการแยกตัว 21% ใช้วิธีรับการรักษาเช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และ 15% ใช้วิธีที่เป็นผลเสียต่อตนเอง เช่น การใช้ยาเสพติดหรือดื่มสุรา

Malla, A. and Norman, R. (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิตและอาการนำที่เป็นอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วย standardised self-administered instruments and rating scales โดยให้คะแนนเดือนละครั้งเป็นเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการนำจนถึงการเกิดอาการทางจิตใช้เวลา 1 เดือน ซึ่ง 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการนำอย่างน้อย 1 อาการ แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตที่เกิดตามมา ซึ่งไม่แตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ ระดับการรักษาและจำนวนการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

Baker (1995) ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความ

ทุกข์ทรมานทางอารมณ์นำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ปฏิบัติตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีความผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานได้ ประกอบด้วย การค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อน การค้นพบความช่วยเหลือและความแตกต่างของความรุนแรง 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ นับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะและความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น กระบวนการนี้ประกอบด้วยมีบางสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้และค้นพบอาการนำก่อนป่วยซ้ำ 3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต การป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุมและเฝ้าระวังอาการนำที่จะเกิดขึ้น

Jan-Henry and Jaaskelainen (1998) ศึกษาผลของการฝึกจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในฟินแลนด์ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกให้รับรู้อาการเตือนที่เกิดก่อนมีอาการทางจิตและการติดต่อผู้ให้การรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1-2 ปีแรก ไม่ต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Novacek, J. and Raskin, R. (1998) ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงจำนวน 370 คนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 8 เดือน พบว่าปัญหาที่สำคัญของประชากรเหล่านี้ คือ การรับรู้อาการนำไม่ถูกต้องทำให้ได้รับการรักษาได้ผลไม่ดี ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

Perry, et al. (1999) ศึกษาผลของการสอนการระบุอาการนำของการกลับป่วยซ้ำและการรับการรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีการกลับป่วยซ้ำในระยะเวลา 12 เดือน จำนวน 69 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนการจำแนกอาการนำ 7-12 ครั้ง ประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 18 เดือน ถึงระยะเวลาและจำนวนครั้งของการกลับป่วยซ้ำ และการทดสอบทักษะทางสังคม ผลการศึกษาจากการติดตาม 18 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการกลับป่วยซ้ำ 65 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีระยะเวลาในการกลับป่วยซ้ำ 17 สัปดาห์ ไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการกลับป่วยซ้ำ แต่มีนัยสำคัญกับการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการนำกับการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 60 คน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การรับรู้อาการนำ การจัดการอาการด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่าการรับรู้อาการนำกับการจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการอาการนำกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น

Mark, O., et al (2000) ศึกษาการทำนายการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการประเมินให้จำหน่ายจากโรงพยาบาลและร่วมมือในการรักษาด้วยยา อีก 3 เดือนทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่หยุดการร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้นกับผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 19.2% ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การไม่ร่วมมือในการรักษาสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน การร่อนเร่และการกำเริบของอาการ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ร่วมมือในการรักษา และพบว่ากลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรักษามีประวัติในการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีการใช้สารเสพติดและไม่สามารถจำแนกอาการของตนเองได้

Richard Morriss (2004) ทำการทดลองและสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ระบุและได้รับการรักษาทันทีที่มีอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำของอาการคลุ้มคลั่งยาวนานขึ้นและการทำหน้าที่ดีขึ้น การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นซึ่งวิธีการนี้ช่วยป้องกันอาการระยะซึมเศร้าได้

Scott, S. R., et al (2004) สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในคลินิกอาการเตือนในโรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขภาพจิตสำหรับผู้ใหญ่จำนวน 8 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์โปรแกรมอาการเตือนของคลินิกซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8-12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) การชี้แจงวัตถุประสงค์ของคลินิกและประเมินความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับอาการเตือน 2) การอธิบายความสำคัญของแบบประเมินอาการเตือน (Early Signs Scale) ในการติดตามการกลับป่วยซ้ำ 3) การใช้บัตรคำในการระบุอาการจากประสบการณ์ของการป่วยซ้ำในครั้งก่อน 4) การแก้ไขและรวบรวมสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 5) การอภิปรายบทบาทของสิ่งกระตุ้นในการกระตุ้นให้กลับป่วยซ้ำ 6) การระบุวิธีการจัดการกับปัญหาที่ใช้ในตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในปัจจุบันและแนะนำวิธีการเพิ่มเติม 7) การให้ความรู้เพิ่มเติมถึงสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ สิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดและการวางแผนการจัดการ

การปฏิบัติการตามแผนของผู้รับบริการ และ 8) อภิปรายประโยชน์ของการติดตามอาการของตนเองโดยใช้แบบประเมินอาการเตือน (Early Signs Scale) ผลการวิเคราะห์พบมุมมองทางบวกของบุคลากรที่ทำงานในคลินิกอาการเตือนว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้อง

วฤณี ช่างมิ่ง (2546) ศึกษาการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้อาการนำและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงบรรยายโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อาการนำอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูงและการจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนข้างต่ำ การรับรู้อาการนำสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 14.7 และการรับรู้อาการนำกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 24.9

Meijel, et al (2006) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกอาการนำ ระยะประเมินระดับอาการนำและระยะระงับอาการนำ มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทางสังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง การติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

#### งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สุพรรณณี กัณห์ดิลก (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น

Yuan Haobin (2000) ศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง 2) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก 3) มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ

Zhao Dongyan (2000) ศึกษาระดับของความร่วมมือในแผนการรักษา และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง 2) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการร่วมมือในแผนการรักษาอยู่ในระดับสูง 3) มีความสัมพันธ์ระดับมากระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการร่วมมือในแผนการรักษา

สุมาลี จุ่มทอง (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการสังเกตตัวแบบจากสไลด์ประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับตัวแบบหญิงตั้งครรภ์ 3 แบบ ร่วมกับการซักจูงด้วยคำพูด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในเกาหลีโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการรักษาขณะรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่สองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมให้ความรู้ที่เน้นการจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการกลับเป็นซ้ำของอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

Ventura, J., et al (2004) ศึกษาการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 29 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและบุคคลทั่วไปจำนวน 24 คน เปรียบเทียบการเผชิญกับเหตุการณ์ทางลบในชีวิต พบวิธีการที่คนทั่วไปนำมาใช้ในการเผชิญปัญหามาก เช่น คิดหาวิธีการหลายๆ วิธีเพื่อจัดการกับปัญหา วางแผนการปฏิบัติการและทำตามแผน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและและมีประสาทการรู้คิดดีจะสามารถเลือกใช่วิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ศรินธร มังคะมณี (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภาพพลิกและแผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์และ

การเตรียมโภชนาการสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เนติ สุขสมบุรณ์ ปรานี ลัคนาจันทโชติ และสิทธิพร ห่อหริตานนท์ (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองได้รับการอบรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ประเมินผลเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและที่เวลา 3 เดือน ผลการทดลองพบวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเองผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถตนเองไม่แตกต่างกัน ภายหลังพบว่ากลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

Carol, G. C. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า 17% มีปัญหาในการกลับไปใช้ชีวิตทันทีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 49% ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการกลับไปใช้ชีวิต 2 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al (2006) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การป้องกันการกลับป่วยซ้ำส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้และการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของผู้ป่วยและครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคทางกาย มีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยที่นำมาใช้ใน

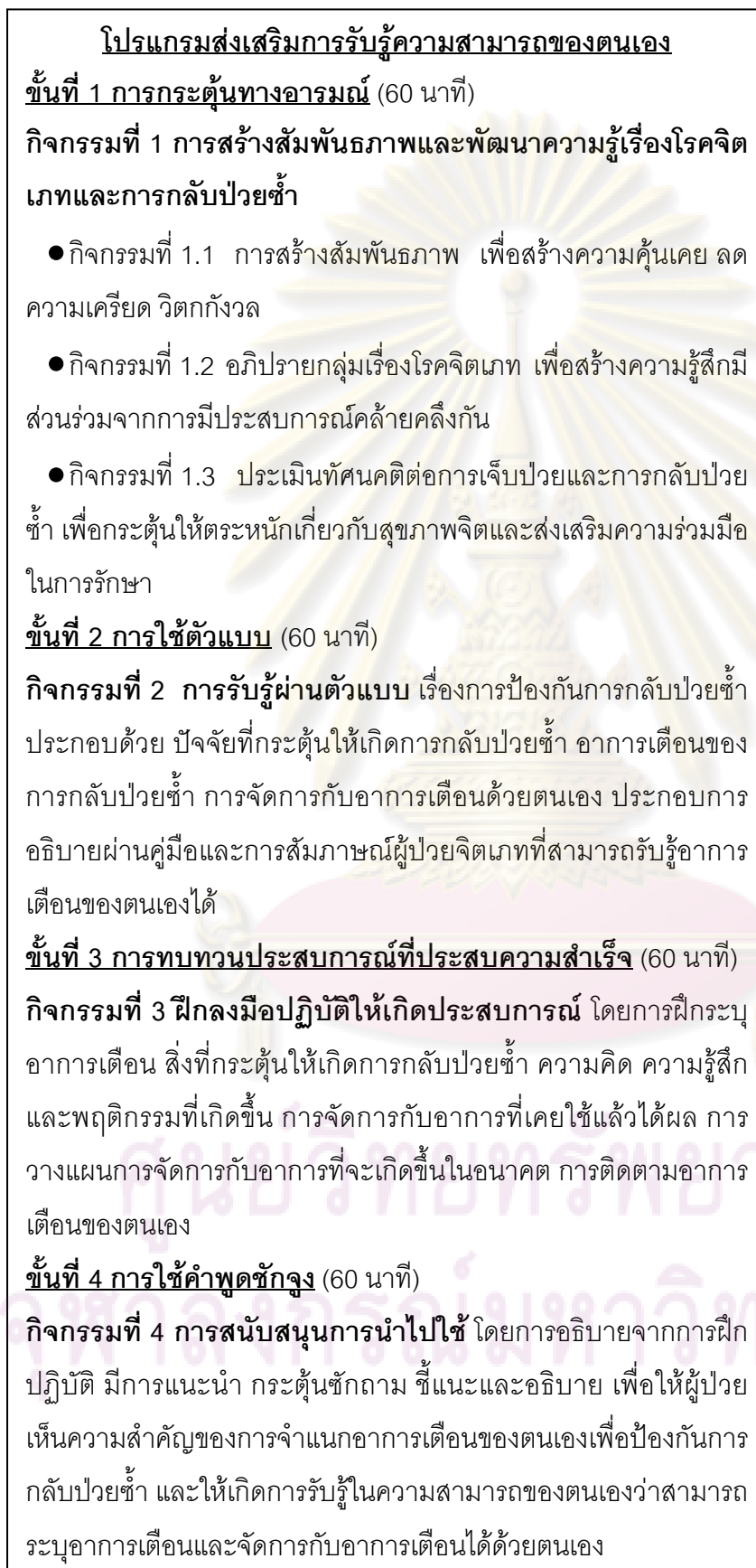


ผู้ป่วยจิตเวช ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนในลักษณะโปรแกรมการรับรู้อาการเตือน พบในงานวิจัยต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยพบว่าการรับรู้อาการเตือนเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ โปรแกรมการบำบัดรักษาอื่นยังไม่พบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจ นำแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ มาใช้ร่วมกับ แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธีการ ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อสร้างโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



การรับรู้  
อาการเตือน  
ของ  
ผู้ป่วยจิตเภท

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและตัวแปรตาม คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบของการทดลอง ดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

- O1 คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- O2 คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทหลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- O3 คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนให้การพยาบาลตามปกติ
- O4 คือ การรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทหลังให้การพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 22 เมษายน ถึง 2 พฤษภาคม 2551

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

### เกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคจิตเภท
2. ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. อายุระหว่าง 20-59 ปี
4. มีคะแนนการรับรู้อาการเตือน 0-49 คะแนน
5. มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
6. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้
7. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

### เกณฑ์ในการคัดออก(Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง เนื่องจากเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม
2. ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม(Drop out)

Burn and Grove (2001) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองว่า กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษาครั้งนี้ คือ

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจากเวชระเป็ยน โดยคัดเลือกเวชระเป็ยนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
2. เมื่อผู้วิจัยได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยดูจากเวชระเป็ยนร่วมกับการสอบถามคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่างและญาติ ทำการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน เนื่องจากถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง และประเมินระดับการรับรู้อาการเตือนจากกลุ่มตัวอย่าง (pre-test) โดย

มีคะแนนการรับรู้อาการเตือนระดับต่ำและปานกลาง คือมีคะแนนระหว่าง 0-49 คะแนนด้วยการใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย ลักษณะการจัดกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและหมยกำหนดการแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่างและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกนั้นเป็นกลุ่มทดลองก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มทดลองครบ 20 คนแรก

### กลุ่มควบคุม

1. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองครบ 20 คนแรกแล้ว ผู้วิจัยจัดทำใบกระดาษคุณสมบัติของกลุ่มทดลองทั้งหมด 20 คน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดได้แก่ ประสพการณ์การรับรู้อาการเตือนประเมินจากคะแนนการรับรู้อาการเตือนและความรุนแรงของอาการทางจิตในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

2. หลังจากได้คุณสมบัติของกลุ่มทดลองครบแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีคุณสมบัติเหมือนกับการคัดเลือกกลุ่มทดลอง และจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังนั้นเป็นกลุ่มควบคุมกระทำเช่นนี้จนกระทั่งกลุ่มควบคุมครบ 20 คน

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 22 เมษายน ถึง 2 พฤษภาคม 2551 โดยใช้เวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์ ในช่วงเวลาประมาณ 7.00 น. ถึง 11.00 น. เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ในช่วงที่ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่เมื่อถึงวันที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผู้ป่วยบางคนมีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกผู้ป่วยมากกว่าที่กำหนดเป็น 46 คน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อทำการทดลองจริง จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครบทุกขั้นตอน จำนวน 40 คน คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ตามที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้อาการเตือนและความรุนแรงทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเรียงตามลำดับและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทั้งสองกลุ่ม

คู่ที่	คะแนนการรับรู้อาการเตือน		คะแนนความรุนแรงอาการทางจิต	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	30	31	19	19
2	28	31	23	25
3	37	43	27	27
4	48	49	22	25
5	15	19	20	22
6	13	13	21	23
7	31	34	25	29
8	17	23	20	20
9	47	49	24	25
10	12	13	26	28
11	14	18	24	25
12	42	40	28	30
13	30	32	20	19
14	41	43	23	25
15	48	46	21	20
16	39	39	20	21
17	25	26	20	22
18	44	45	19	19
19	49	48	24	28
20	34	32	22	23
Max	49	13	49	14
Min	28	19	30	19
$\bar{X}$	33.70	35.25	22.40	23.75
SD	11.86	11.58	2.68	3.49
t		.384		1.37
p-value		.70		.85

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อาการเตือนมากที่สุด คือ คะแนน 49 คะแนน และน้อยที่สุด คือ 13 คะแนน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 33.70 คะแนนและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 35.25 คะแนน และจากระดับความรุนแรงอาการทางจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงอาการทางจิต มีค่าสูงสุด คือ 30 คะแนน และต่ำที่สุดคือ 19 คะแนน โดยกลุ่มทดลอง มีระดับความรุนแรงอาการทางจิตเฉลี่ย เท่ากับ 22.40 และกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงอาการทางจิตเฉลี่ย เท่ากับ 23.75 ซึ่งพบว่า คะแนนการรับรู้อาการเตือนและคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและจากคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของสถาบัน ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาและปรับปรุงให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตอบรับ ให้เขียนใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

## การสร้างเครื่องมือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย **โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง**ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) โดยสร้างเนื้อหาในโปรแกรมตามแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ดังนี้

1.1 **ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** โดยตามแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง จากนั้นจึงกำหนดเนื้อหาตามแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 **สร้างโปรแกรมทางการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท** ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) มี 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียด คือ

1. **การกระตุ้นทางอารมณ์** โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ**

**กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ** ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง 2) การให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง 3) การสนทนาด้วยเรื่องทั่วไป

**กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท** ใช้เวลาประมาณ 25 นาที แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์” ประกอบด้วย การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต

ตอนที่ 2 “ความรู้เรื่องโรคจิตเภท” ประกอบด้วย 1) ลักษณะของโรค 2)



สาเหตุ 3) การรักษา 4) การดูแลตนเอง

### กิจกรรมที่ 1.3 ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการกลับป่วยซ้ำ ใช้

เวลาประมาณ 25 นาที ประกอบด้วยเนื้อหา 1) การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจิต 2) การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต 3) การประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยแต่ละคน

## 2. การใช้ตัวแบบ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ** ซึ่งการเรียนรู้จากตัวแบบมีลักษณะพิเศษคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้สามารถนำมาใช้ได้หลายครั้งและใช้กับกลุ่มคนจำนวนมาก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) โดยเสนอตัวแบบตามลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้สังเกตพฤติกรรมเป้าหมายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2540) โดยอธิบายผ่านคู่มือและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถรับรู้อาการเตือนของตนเอง และอภิปรายร่วมกันใช้เวลาประมาณ 60 นาทีแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 “ความรู้ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ” ผ่าน คู่มือ “การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ” ประกอบด้วย 1) ความหมายของการกลับป่วยซ้ำ 2) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ 3) อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 4) การจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง

โดยใช้ขั้นตอนการเขียนคู่มือ (ปรียะดา ภัทรสังธรรม, 2546; วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อารักษ์, 2549) ดังนี้

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ว่าจะเขียนในรูปแบบเน้นสาระให้ความรู้
- 2) วางแนวคิดหรือแก่นเรื่อง ผู้วิจัยเน้นการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยผ่านเนื้อหาการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ส่วนคือ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง
- 3) กำหนดการส่วนประกอบของคู่มือ ได้แก่ ความหมายของการป้องกันการป่วยซ้ำ ความรู้ทั่วไปและการปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ส่วน คือ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง
- 4) กำหนดความยาวของคู่มือว่าจะใช้ประมาณกี่หน้า ขนาดรูปเล่ม หน้าปก ลักษณะตัวอักษร ขนาดตัวอักษรที่ใช้
- 5) ลงมือเขียนเนื้อหาอย่างละเอียด
- 6) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อเรื่องในคู่มือ เมื่อตรวจสอบ

คู่มือแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

7) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือ“การป้องกันการกลับป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท” จำนวน 40 เล่ม ซึ่งคู่มือ 1 เล่ม มีลักษณะเป็นคู่มือขนาดกลาง 14.6×21 ซม. แนวตั้ง ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 18-32 พอยต์ จำนวน 10 แผ่น หน้าและหลังรวมทั้งสิ้น 20 หน้า จัดเรียงตามลักษณะภาษาไทยจากบนลงล่าง

ตอนที่ 2 “ การสัมภาษณ์ตัวแบบ ” ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถรับรู้อาการเตือนของตนเองได้ 2) วิเคราะห์ตัวแบบ

ในการเตรียมตัวแบบดังกล่าวข้างต้น มีขั้นตอนดังนี้

1) เลือกผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นชาย 1 คน หญิง 1 คน โดยตัวแบบที่ได้มีคุณสมบัติดังนี้

ตัวแบบเพศชาย อายุ 37 ปี สถานภาพสมรสโสด ประกอบอาชีพรับจ้างป่วยเป็นโรคจิตเภทประมาณ 14 ปี เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 5 ครั้ง รับประทานสม่ำเสมอ ในระยะ 5 ปีหลังไม่ได้เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง

ตัวแบบเพศหญิง อายุ 44 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 2 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคจิตเภทประมาณ 21 ปี เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 8 ครั้ง รับประทานสม่ำเสมอ ในระยะ 12 ปีหลังไม่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง

2) ประเมินการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ เลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้อาการเตือนในระดับมาก และสอบถามตัวแบบในเรื่อง

- การระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ ตัวแบบเพศชายระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ คือ การทะเลาะกับมารดา ตัวแบบเพศหญิง ระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับสามี

- การระบุอาการเตือนของตนเอง ตัวแบบเพศชายระบุอาการเตือนของตนเอง คือ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ตัวแบบเพศหญิง ระบุอาการเตือนของตนเอง คือ รู้สึกเศร้านอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

- การจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง ตัวแบบเพศชายบอกวิธีจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง คือ หลีกเลี้ยงการพูดคุยกับมารดาในเวลาที่รู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้

เช่น พวดคุยกับมารดาเมื่ออารมณ์ดี หรือหลบเข้าห้องเมื่อเริ่มทะเลาะกับมารดา ตัวแบบเพศหญิงบอกวิธีจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง คือ การพวดคุยปรึกษากับญาติพี่น้อง การสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ

3) อธิบายเกี่ยวกับ “โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง” เน้นที่กิจกรรมที่ 2 แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ของตัวแบบที่ผ่านมาในเรื่องการรับรู้อาการเตือน คือ การระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ การระบุอาการเตือนของตนเอง และการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง

4) ชี้แจงรูปแบบการนำเสนอตัวแบบให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ ว่าเริ่มด้วยการแนะนำตนเอง การเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ การระบุอาการเตือนของตนเอง และวิธีการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเองของตัวแบบ จากนั้นเป็นการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องการวิจัยได้ซักถามถึงประสบการณ์ของตัวแบบและการอภิปรายร่วมกันกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

5) แจงลักษณะและจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิงจำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 ครั้งๆ ละ 10 คน

6) ชี้แจงให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธหรือการยกเลิกการเข้าร่วมดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและการรับบริการที่จะได้รับจากสถาบัน รวมทั้งข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับเฉพาะกับกลุ่มทดลองเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบยินยอม ให้เขียนหนังสือยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7) นัดหมายวัน เวลา สถานที่จัดกิจกรรมและการติดต่อผู้วิจัย

### 3. การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที แบ่งเนื้อหาเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 “ฝึกระบุอาการเตือนของตนเอง” ประกอบด้วย 1) ให้ผู้ป่วยระบุสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำของตนเอง 2) ให้ผู้ป่วยเลือกและระบุอาการเตือนของตนเอง 3) ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ตอนที่ 2 “ฝึกระบุการจัดการด้วยตนเอง” ประกอบด้วย 1) ระบุการจัดการที่เคยใช้แล้วได้ผล 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 3) ระบุแผนการที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในอนาคต

ตอนที่ 3 “ฝึกติดตามอาการเตือนของตนเอง” ประกอบด้วย การนำแบบบันทึกอาการเตือนกลับไปบันทึกสถานการณ์การกลับป่วยซ้ำของตนเองที่บ้าน

#### 4. การใช้คำพูดชักจูง โดยจัดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้** ซึ่ง Bandura (1986) แบ่งวิธีการชักจูงด้วยคำพูดเป็น 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะและการอธิบาย กิจกรรมนี้ใช้เวลาประมาณ 60 นาที แบ่งเนื้อหาเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 “การเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ” ประกอบด้วย การกระตุ้นซักถามผู้ป่วยถึงประสบการณ์การฝึกปฏิบัติที่รับรู้การเตือนของตนเอง

ตอนที่ 2 “การชมเชย” ประกอบด้วย 1) การชมเชยความสามารถของสมาชิกแต่ละคน 2) การชี้แนะให้ผู้ป่วยนำเทคนิคที่แตกต่างไปลองใช้

ตอนที่ 3 “การสรุป” ประกอบด้วย 1) ให้ผู้ป่วย 1 คนสรุปกิจกรรม 2) ผู้วิจัยอธิบายสรุปในเรื่องโรคจิตเภท การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ การสังเกตตัวแบบ และการฝึกปฏิบัติ

ตอนที่ 4 “การนำไปใช้” ประกอบด้วย 1) การชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการรับรู้การเตือน 2) สอบถามความรู้สึกจากการร่วมกิจกรรมและความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับ 3) แนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ต่อ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท** ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้การเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

2) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย สาเหตุที่มาโรงพยาบาล ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต การรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเตือนของโรคจิตเภท** มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

2) แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการนำของโรคจิตเภทของ วยุณี ช้างมิ่ง (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินอาการในระยะแรก (Early Signs Scale: ESS) ของ Birchwood, et al (1989) โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการนำของโรคจิตเภทของ วยุณี ช้างมิ่ง (2546) มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการเกิดอาการ และส่วนที่ 2 จะถามถึงการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือไม่ แต่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงโดยให้เหลือเพียงหนึ่งส่วน คือ การรับรู้ต่ออาการเตือน ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท ดังนี้

ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 11, 28, 29, 31, 34

ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 8, 10, 13, 15, 18, 19, 23, 30, 33

ด้านขาดการยับยั้งตนเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 9, 12, 14, 20, 24, 27

ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 7, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 32

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เลย	ไม่รับรู้ว่าเป็นอาการเตือน	0
น้อย	รับรู้ว่ามีอาการเตือนเล็กน้อย	1
ปานกลาง	รับรู้ว่ามีอาการเตือนปานกลาง	2
มาก	รับรู้ว่ามีอาการเตือนสูง	3

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 0-102 คะแนน

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)** เป็นการประเมินอาการรุนแรงทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วย โดยประยุกต์แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) จากการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 คะแนนที่ได้จากแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) และ ความรู้สึกระแวงมีคนอื่นมุ่งร้าย (suspiciousness)

กลุ่มที่ 2 ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression)

กลุ่มที่ 3 ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) และเนื้อความคิดผิดปกติ (unusual thought content)

กลุ่มที่ 4 ความตึงเครียด (tension) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)

กลุ่มที่ 5 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect)

คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ใน ช่วง 18 – 108 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 หมายถึง	ไม่มีอาการ	5 หมายถึง	อาการค่อนข้างรุนแรง
2 หมายถึง	มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	6 หมายถึง	อาการรุนแรง
3 หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย	7 หมายถึง	อาการรุนแรงมาก
4 หมายถึง	อาการปานกลาง		

ผู้ประเมิน BPRS คือ พยาบาลจิตเวชซึ่งผ่านการอบรมวิธีการใช้แบบประเมิน ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมินสำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา โดยต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน เนื่องจากถ้ามีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตรุนแรง

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนเตือน การระบุสัญญาณเตือน การจัดการและการติดตามอาการเตือน การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) และแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 อันดับ ได้แก่

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เชื่อมั่นมากที่สุด	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป	5
เชื่อมั่นมาก	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 61-80	4
เชื่อมั่นปานกลาง	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 41-60	3
เชื่อมั่นน้อย	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 21-40	2
เชื่อมั่นน้อยที่สุด	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	1

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้ค่าร้อยละของคะแนนเต็มประยุกต์จาก เสรี ลาชาโจจน์ (2537) และพัฒนามาจากเกณฑ์การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังของ ทิพวรรณ ไตรติลานันท์ (2541) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 9- 45 คะแนน ได้แก่

คะแนน	ความหมาย
9-26 (< 60%)	รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับน้อย
27-36 (60-80%)	รับรู้สามารถของตนเองในระดับปานกลาง
37-45 (>80%)	รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก

ผู้ป่วยที่ได้คะแนน 37 คะแนนขึ้นไป คือ คะแนนรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก ซึ่งมากกว่า 80% ถือว่า เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

**ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้**

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท

2) แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภทซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเตือน 10 ข้อ ได้แก่

ลักษณะอาการเตือน	3	ข้อ
อาการเตือนที่พบบ่อย	3	ข้อ
ระดับของอาการเตือน	2	ข้อ
การจัดการกับอาการเตือน	2	ข้อ

ข้อคำถามทางบวก คือ ข้อ 1, 2, 4, 6, 10

ข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 3, 5, 7, 8, 9

เกณฑ์การประเมินผลตามมาตรฐาน นามบัญญัติ 2 ระดับ คือ

ตอบถูก = 1 คะแนน

ตอบผิด = 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากเสรี ลาซโรจน์(2537) แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

คะแนน	ความหมาย
0-5	ระดับต่ำ
6	ระดับปานกลาง
7	ระดับดี
8-10	ระดับดีมาก

ผู้ป่วยที่สามารถทำได้ถูกต้อง 8 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ คิดเกณฑ์ 80% เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
  - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

#### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

- ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน  
 พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก จำนวน 3 ท่าน



1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหาดังนี้ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน และแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อ การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์  $CVI > 0.8$  (Polit and Hungler, 1999) ดังนี้

$$\text{Content validity index} = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน และแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปผลดังนี้

- 1.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท  $CVI = 12/12 = 1$
- 1.2) แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท  $CVI = 29/34 = .85$
- 1.3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน  $CVI = 9/9 = 1.0$
- 1.4) แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท  $CVI = 10/10 = 1.0$

โดยมีคำแนะนำเพิ่มเติม ปรับปรุงภาษาที่ใช้ แก้ไขเนื้อหาบางส่วน โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้คือ

- คำถาม “รู้สึกตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวล” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกตึงเครียดหรือกลัวหรือวิตกกังวล”
- คำถาม “รู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่มีกำลัง” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกเหนื่อยล้าหรือหมดแรง”
- คำถาม “รู้สึกตนเองเจ็บแสบและไม่ข้องเกี่ยวกับใคร” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกตนเองเจ็บแสบและอยู่ตามลำพัง”
- คำถาม “ไม่รู้สิกราคาญาติกับรูปร่างหน้าตาและการแต่งกายหรือสุขอนามัยของตนเอง” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ไม่อยากจะดูสุขอนามัยและการแต่งกายของตนเอง”
- คำถาม “รู้สึกตื่นเต้นมาก” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกตื่นเต้นมากกว่าปกติ”

- คำถาม “คำพูดยุ่งเหยิง ปนเปกันและเต็มไปด้วยคำพูดแปลกๆ” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “คำพูดสับสนและมีคำพูดแปลกๆ”

- คำถาม “วกกลับไปคิดซ้ำเรื่องเดิมๆ” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “คิดหมกมุ่นกับเรื่องเดิมๆ”

- คำถาม “รู้สึกคล้ายกับกำลังถูกจับตาอยู่” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกกำลังถูกจ้องมอง”

- คำถาม “รู้สึกคล้ายกับว่าความคิดไม่ใช่เป็นความคิดที่มาจากตัวเอง” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกคล้ายกับว่าความคิดไม่ใช่ของตนเอง”

- คำถาม “รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถเผชิญปัญหาได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกว่าตนเองเผชิญปัญหาไม่ได้”

- คำถาม “รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้”

- คำถาม “รู้สึกว่าตนเองกำลังหลกหลงหรือเล่นตลกกับผู้อื่น” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกว่าตนเองกำลังหลกหลงหรือคิดไม่ดีกับผู้อื่น”

- คำถาม “รู้สึกเบื่ออาหาร” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “รู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย”

- คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถบอกสาเหตุหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้”

- คำถาม “การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้ เมื่อเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยท่านได้ เพราะเขาไม่ใช่แพทย์” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “เมื่อท่านเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้น การไปพูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้ ก็ไม่สามารถช่วยท่านได้เพราะเขาไม่ใช่แพทย์”

- ให้เปลี่ยนคำว่า “ระบุ” เป็นคำว่า “บอก” ในทุกข้อคำถามของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน

2) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน แต่มีคำแนะนำเพิ่มเติม ปรับปรุงภาษาที่ใช้ แก้ไขเนื้อหาบางส่วน และเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน โดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้คือ

ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าในการเริ่มกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรมีการสนทนาด้วยเรื่องต่างๆ ไปเล็กๆ น้อยๆ ก่อน นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิยังได้เสนอแนะในกิจกรรมที่ 1.2 ว่าควรประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยก่อน ถ้ายังไม่มีควรเพิ่มให้ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมที่ 1.3 ส่วนในกิจกรรมที่ 1.3 ให้ระบุให้ชัดเจนว่าเป็นการประเมินสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม เข้าใจตรงกัน

หลังจากนำผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อ ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทจำนวน 34 ข้อ แบบวัดการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนจำนวน 9 ข้อ และแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือน ของโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค สามารถสรุปผล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท ค่าความเที่ยง = .86

2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน ค่าความเที่ยง = .84

2.3 แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท ค่าความเที่ยง = .81

(แสดงรายละเอียดในภาคผนวก หน้า 133-138)

สำหรับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังจากปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำ โปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน ที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยดำเนินกิจกรรมครบ 4 กิจกรรม เพื่อดูความ เป็นไปได้ที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความ เหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินกลุ่ม

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการ ทดลอง และระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

## ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. จัดทำแผนดำเนินการทดลอง และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ขอนนังสี่จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานพยาบาล ชีแจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวันที่ดำเนินการทดลอง
4. เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยจำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสังเกตและจดบันทึกกลุ่ม
  - 4.1 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน ดังนี้คือ
    - 4.2 อธิบายขั้นตอนในการวิจัย คือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์
    - 4.3 อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท ดังนี้ อธิบายความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อให้เข้าใจตรงกัน และสอบถามผู้ช่วยวิจัยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจซ้ำเพื่อให้เข้าใจตรงกัน
    - 4.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยต้องปฏิบัติดังนี้
      - 1) ศึกษาแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทให้เข้าใจอย่างถูกต้อง
      - 2) รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อบันทึกแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท
      - 3) อธิบายวัตถุประสงค์ในการสอบถาม คือ เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท

4) ทวนซ้ำคำถามและคำตอบของผู้ป่วยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยต้องการตอบคำตอบ  
นั้นแน่นอน

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงการเข้าคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่พยาบาลแผนก  
ผู้ป่วยนอก ศึกษาประวัติการรับการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม  
คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่  
ผู้ป่วย หากผู้ป่วยตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัยก็ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดย  
ผู้ป่วยมีสิทธิในการออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย  
จิตเภท ประเมินอาการทางจิต (BPRS) และประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท (Pre-  
test) ก่อนทำการทดลองครั้งที่ 1 แจ้งผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการนัดหมายวัน เวลา ในการทำ  
กิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยเริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 22 เมษายน -2 พฤษภาคม 2551

### ขั้นที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันพุธ แบ่งกลุ่ม  
ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ เริ่มทำการ  
ทดลองวันที่ 14 พฤษภาคม 2551 และเสร็จสิ้นวันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ประกอบด้วย 4  
กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วย

ซ้ำ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ  
เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพ
2. การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประกอบด้วย อาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภท และการ  
ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทภาวะสุขภาพของตนเอง
4. ความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย และการจัดการกับความเจ็บป่วย
5. ทศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ

### ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวพูดคุยทักทายกับสมาชิกและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์ กติกาการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ
2. ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปราย ร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการ อภิปราย
3. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องโรคจิตเภทพร้อมบรรยายให้สมาชิกฟังเรื่องโรคจิตเภท ประกอบด้วย อาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
4. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินภาวะสุขภาพให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินภาวะสุขภาพจิต ของตนเองและอภิปรายร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและ ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย
5. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมิน ทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ ผู้วิจัยแปลผลการทำแบบประเมินว่าสมาชิกแต่ละคนมีทัศนคติต่อการ กลับป่วยซ้ำอยู่ในประเภทใด และอภิปรายร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการ อภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วม กิจกรรมในครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจของสมาชิกและการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่า การพบกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกเป็นไปด้วยความราบรื่น มีบรรยากาศความเป็นมิตร สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือในการ แนะนำตนเอง บอกถึงความรู้สึกว่าดีใจที่มีกลุ่มให้มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตกับสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกส่วนใหญ่บอกถึง อาการ สาเหตุการรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองได้ แต่ยังไม่ครบถ้วนทั้งหมด ผู้วิจัยได้ให้ ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภท เมื่อให้สมาชิกในกลุ่มประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตของตนเอง และบอกสิ่งที่มีผลต่อระดับภาวะสุขภาพจิตของตน รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ วิธีการจัดการทางบวก สมาชิกส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการกลับป่วยซ้ำ ต่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง และตั้งใจว่าอยากปฏิบัติตนเช่นเดียวกับสมาชิกใน กลุ่มที่มีการปฏิบัติตนถูกต้อง

## ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

### กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบุนุอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ

#### เนื้อหา

1. ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ประกอบด้วย ความหมายของการกลับป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง
2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถรับรู้อาการเตือนของตนเองได้ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภทในการระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ การระบุนุอาการเตือนของตนเองและการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง

#### ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปถึงประสิทธิภาพการเจ็บป่วยทางจิต ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในกิจกรรมที่ 1 บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 2 และระยะเวลาที่จะทำกลุ่ม
2. แจกคู่มือการป้องกันการกลับป่วยซ้ำและอภิปรายร่วมกันในเรื่อง ความหมายของการกลับป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเอง
3. แจ้งให้สมาชิกในกลุ่มทราบถึงการสังเกตตัวแบบที่สามารถรับรู้อาการเตือนของตนเอง ให้สมาชิกคิดตั้งคำถามที่อยากทราบเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของตัวแบบคนละ 1-2 คำถาม แจกกระดาษเปล่าและเขียนไว้ในกระดาษ
4. แนะนำให้สมาชิกกับตัวแบบรู้จักกันและให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองรวมถึงการรับรู้อาการเตือนของตนเอง การจัดการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น
5. ให้สมาชิกในกลุ่มถามคำถามที่เตรียมไว้จากตัวแบบพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ
6. ให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายร่วมกันถึงลักษณะของตัวแบบที่ได้สังเกตโดยผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นผู้จดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย
7. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจของสมาชิกและการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่าสมาชิกสามารถอภิปรายถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเองได้ ขณะที่มีการสังเกตและสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกแสดงความสนใจฟังประสบการณ์จากตัวแบบ มีการแลกเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนจากตัวแบบตลอดเวลา สมาชิกสามารถอภิปรายถึงประสบการณ์จากตัวแบบในส่วนที่คล้ายคลึงละส่วนที่แตกต่างจากตนเอง และตั้งใจจะนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติสำหรับตนเองและจะนำคู่มือที่ได้ไปให้คนที่บ้านอ่าน เพื่อให้ญาติพี่น้องช่วยตนเองในการสังเกตอาการของตน

### ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

#### กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ
2. เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ
3. เพื่อเป็นการฝึกการติดตามอาการเตือน

##### เนื้อหา

ฝึกระบุสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนที่เกิดขึ้นของตนเอง ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การจัดการที่เคยใช้ ระบุแผนการที่จะจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ฝึกติดตามอาการเตือนของตนเอง โดยการบันทึกสถานการณ์การกลับป่วยซ้ำของตนเอง

##### ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกกล่าวถึงการป้องกันการกลับป่วยซ้ำและลักษณะของตัวแบบที่ได้ชมในกิจกรรมที่ 2 และซักถามด้วยคำถามปลายเปิดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 3 กติกาและระยะเวลาในการทำกิจกรรมอย่างคร่าวๆ
2. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด / การรับรู้ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ให้สมาชิกอ่าน
3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉันทน์ ให้สมาชิกระบุอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของตนเอง



4. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกสัญญาณการกลับป่วยซ้ำของฉัน ให้สมาชิกสามารถระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น
5. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการจัดการของฉัน ให้สมาชิกสามารถระบุวิธีการที่เคยใช้ได้จัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น และวางแผนการจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
6. ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนอภิปรายร่วมกันถึงอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือน ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้ได้จัดการกับอาการเตือนและการวางแผนการจัดการโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย
7. มอบหมายการบ้านให้สมาชิกบันทึกสถานการณ์การกลับป่วยซ้ำของตนเอง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการบันทึกอาการของตนเองในแบบบันทึกอาการเตือนของฉัน โดยระบุอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือน ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วนำมาอภิปรายร่วมกันในสัปดาห์ต่อไป
8. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจของสมาชิกและการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่าสมาชิกแสดงความกระตือรือร้นในการบันทึกอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของตนเอง และบรรยายความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการเตือนเกิดขึ้น รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการเตือนที่เคยใช้ และบันทึกแผนการที่จะใช้จัดการกับอาการเตือนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และบอกถึงการติดตามอาการเตือนของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้ เช่น สมาชิกบางคนบันทึกว่า มีอาการเตือนด้านพฤติกรรมโดยเริ่มเก็บตัวอยู่ในบ้านตั้งแต่ภรรยาเสียชีวิต บางคนบันทึกว่า สิ่งที่กระตุ้นให้ตนเองอาการกำเริบ คือ แม่บ่นจุกจิก รู้สึกรำคาญใจ บางครั้งหงุดหงิดจนทะเลาะกับคนในบ้าน บางคนบันทึกว่า วิธีการจัดการของตนเองเหมือนนอนไม่หลับ คือ หานมอุ่นๆ มาดื่มก่อนนอน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่มว่าแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับของตนเอง และจดบันทึกวิธีการของสมาชิกคนอื่นที่ต่างจากตนไว้และบอกว่าจะใช้วิธีการของคนอื่น ถ้าวิธีการของตนเองใช้ไม่ได้ผล

## ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

### กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ  
เนื้อหา

1. การเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ ในการระบุนอาการเตือนของตนเอง
2. การชมเชยในความสามารถของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งแนะนำให้ผู้ป่วยนำเทคนิควิธีการการรับรู้อาการเตือนของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลองใช้
3. สรุปกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของการรับรู้อาการเตือน สอบถามความรู้สึกจากการร่วมกิจกรรมและความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับแนะนำให้ นำความรู้และประสบการณ์การฝึกปฏิบัติไปใช้ที่บ้าน

#### ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิก กล่าวถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยบันทึกสถานการณ์การกลับป่วยซ้ำของตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 4 กติกาและระยะเวลาในการทำกิจกรรมอย่างคร่าวๆ
2. ให้สมาชิกทุกคนเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ของตนเองให้สมาชิกคนอื่นฟังและให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต่างกัน
3. ให้สมาชิก 1 คนเป็นตัวแทนสรุปกิจกรรมทั้งหมด
4. ผู้วิจัยสรุปผลการเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถจากการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยทุกคน และแนะนำให้ผู้ป่วยนำเทคนิควิธีการรับรู้อาการเตือนของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลองใช้
5. ประเมินความคิดเห็นของสมาชิกถึงความมั่นใจจากการได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติโดยการสอบถามความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม
6. ประเมินความคิดเห็นในการนำความรู้และการฝึกปฏิบัติไปใช้จากสมาชิกทุกคน
7. ใช้คำพูดจูงใจให้สมาชิกนำวิธีการที่ได้ฝึกปฏิบัติไปใช้ที่บ้าน
8. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมที่ได้รับ กล่าวขอบคุณสมาชิก

#### การประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจของสมาชิกและการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่าผู้ป่วยสามารถเล่าประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติโดยการนำแบบบันทึกอาการของตนเองที่บ้านให้สมาชิกอื่นฟัง และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ สมาชิกบางคนบอก

ว่าตนเองสามารถจดจำอาการของตนเองได้ทั้งหมด แต่สมาชิกบางคนบอกว่าต้องใช้เวลานานในการนึกถึงอาการเตือนของตนเอง ผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยในความสามารถของทุกคน และให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีการให้สมาชิกที่เป็นตัวแทนสามารถสรุปกิจกรรมทั้งหมด สมาชิก 3-4 คนต่างยกมือจะขอเป็นผู้สรุป แต่ก็ตกลงกันให้สมาชิกที่อายุมากที่สุดในกลุ่มเป็นผู้สรุป ซึ่งสมาชิกสามารถสรุปได้ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปเพิ่มเติมอีกครั้ง และสอบถามถึงความมั่นใจของสมาชิกที่จะนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ สมาชิกทุกคนแสดงความมั่นใจและรับปากจะนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## ตารางที่ 2 การสอนโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

วัน/เวลา	กิจกรรม
<b>สัปดาห์ที่ 1</b> วันพุธที่ 14 พฤษภาคม 2551	
09.30-10.30 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนา ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ
10.30-11.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
11.00-12.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ
13.00-14.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนา ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ
14.00-14.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.30- 15.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ
<b>สัปดาห์ที่ 2</b> วันพุธที่ 21 พฤษภาคม 2551	
09.30-10.30 น.	กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ (กลุ่มที่ 1)
13.00-14.00 น.	กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ (กลุ่มที่ 2)
<b>สัปดาห์ที่ 3</b> วันพุธที่ 28 พฤษภาคม 2551	
09.30-10.30 น.	กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้ (กลุ่มที่ 1)
13.00-14.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้ (กลุ่มที่ 2)

### การกำกับการทดลอง

ภายหลังการดำเนินการทดลองครบ 3 สัปดาห์เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทจำนวน 10 ข้อ และวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

รับรู้อาการเตือน จำนวน 9 ข้อ ใช้เกณฑ์ 80 % ขึ้นไป คือ สามารถทำแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทถูกต้อง 8 ข้อขึ้นไป และทำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน ได้คะแนน 37 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากไม่ผ่านผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมซ้ำทั้งหมด หลังจากนั้นประเมินผลโดยให้ทำแบบทดสอบความรู้ชุดเดิม จากการกำกับการทดลองพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ 80% จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

### ขั้นที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ 3 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 4 มิ.ย.2551 เวลา 9.00 -12.00 น.สำหรับกลุ่มทดลอง และเวลา 13.00 -16.00 น.สำหรับกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินการรับรู้อาการเตือนในกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย

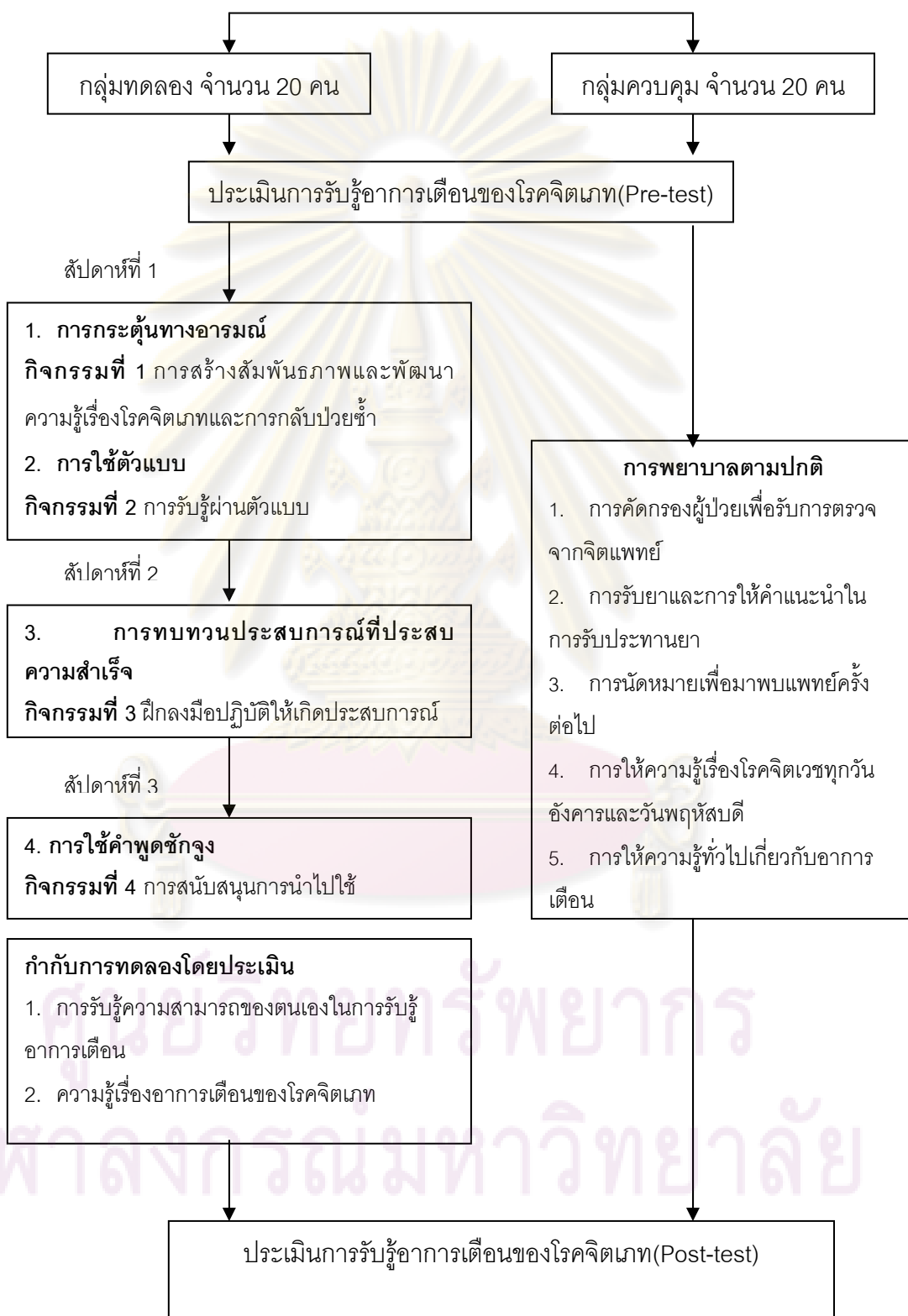
2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired-t test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ภาพที่ 6 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่รักษาใน รพ.จิตเวช สาเหตุที่มาโรงพยาบาล และความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	14	70.00	14	70.00	28	70.00
หญิง	6	30.00	6	30.00	12	30.00
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	4	20.00	4	20.00	8	20.00
30-39 ปี	2	10.00	8	40.00	10	25.00
40-49 ปี	13	65.00	5	25.00	18	45.00
50-59 ปี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	15	75.00	16	80.00	31	77.50
คู่	1	5.00	3	15.00	4	10.00
อื่นๆ (หม้าย, แยกกันอยู่)	4	20.00	1	5.00	5	12.50
<b>การศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	5	25.00	7	35.00	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.00	3	15.00	8	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	30.00	6	30.00	12	30.00
อนุปริญญา/ ปวส.	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ปริญญาตรี	2	10.00	3	15.00	5	12.50

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่รักษาใน รพ.จิตเวช สาเหตุที่มาโรงพยาบาล และความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	8	40.00	3	15.00	11	27.5
ค้าขาย	3	15.00	5	25.00	8	20.00
รับราชการ	1	5.00	2	10.00	3	7.50
พนักงานบริษัท	2	10.00	3	15.00	5	12.50
ว่างงาน	5	25.00	7	35.00	12	30.00
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	1	5.00	0	0	1	2.50
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต</b>						
2-5 ปี	6	30.00	6	30.00	12	30.00
6-10 ปี	5	25.00	3	15.00	8	20.00
11-20 ปี	4	20.00	9	45.00	13	32.50
21 ปีขึ้นไป	5	25.00	2	10.00	7	17.50
<b>จำนวนครั้งที่รักษาใน รพ.จิตเวช</b>						
2-5 ครั้ง	11	55.00	13	65.00	24	60.00
6-10 ครั้ง	2	10.00	5	25.00	7	17.50
11-15 ครั้ง	4	20.00	2	10.00	6	15.00
16 ครั้งขึ้นไป	3	15.00	0	0	3	7.50
<b>สาเหตุที่มาโรงพยาบาล</b>						
มาตรวจตามนัด	18	90.00	17	85.00	35	87.50
มีอาการผิดปกติ	2	10.00	3	15.00	5	12.50
<b>ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต</b>						
ป่วยแต่ไม่ต้องรักษา	3	15.00	4	20.00	7	17.50
ป่วยและต้องรักษา	17	85.00	16	80.00	33	82.50



จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ เป็นเพศชายร้อยละ 70 และเพศหญิงร้อยละ 30 โดยร้อยละ 65 ของกลุ่มทดลองอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด คือร้อยละ 30 รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับประถมศึกษาเท่ากัน คือร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 35 รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30 โดยร้อยละ 40 ของกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้าง ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคืออาชีพค้าขายร้อยละ 25

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 2- 5 ครั้ง ร้อยละ 55 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม โดยเป็นการมาตรวจตามนัดมากที่สุดร้อยละ 90 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 85 ในกลุ่มควบคุม โดยเชื่อว่าป่วยทางจิตและจำเป็นต้องรักษา ร้อยละ 85 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทในด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม (N=20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านวิตกกังวล/กระวน กระวาย	7.40	3.21	7.20	2.78	19	.25	.79
ด้านซึมเศร้า/แยกตัว	11.90	4.07	11.50	3.91	19	.63	.53
ด้านขาดการยับยั้งตนเอง	5.70	2.90	7.10	3.44	19	1.93	.06
ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต	10.25	5.13	10.80	3.59	19	.60	.55
คะแนนรวมการรับรู้อาการเตือน	35.25	11.58	36.60	10.21	19	1.4	1.62

จากตารางที่ 4 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง เท่ากับ 35.25 และหลังการทดลอง เท่ากับ 36.60 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวายของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.40 และหลังการทดลองเท่ากับ 7.20 ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัวของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 11.90 และหลังการทดลอง เท่ากับ 11.50 ด้านขาดการยับยั้งตนเองของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.70 และหลังการทดลองเท่ากับ 7.10 ด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.25 และหลังการทดลองเท่ากับ 10.80 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทในด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (N=20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านวิตกกังวล/กระวนกระวาย	7.05	3.28	15.35	1.87	19	12.86	.00
ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว	11.15	3.70	25.35	5.58	19	12.72	.00
ด้านขาดการยับยั้งตนเอง	5.50	3.06	13.30	3.13	19	11.68	.00
ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต	10.00	5.03	19.50	5.19	19	9.97	.00
คะแนนรวมการรับรู้อาการเตือน	33.70	11.86	73.50	13.24	19	19.13	.00

จากตารางที่ 5 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลอง เท่ากับ 33.70 และหลังการทดลองเท่ากับ 73.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ คะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวายของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.05 และหลังการทดลองเท่ากับ 15.35 ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัวของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 11.15 และหลังการทดลอง เท่ากับ 25.35 ด้านขาดการยับยั้งตนเองของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.50 และหลังการทดลองเท่ากับ 13.30 ด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.00 และหลังการทดลองเท่ากับ 19.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ คะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (N=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านวิตกกังวล/กระวนกระวาย	7.05	3.28	7.40	3.21	38	.34	.36
ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว	11.15	3.70	11.90	4.07	38	.60	.27
ด้านขาดการยับยั้งตนเอง	5.50	3.06	5.70	2.90	38	.21	.41
ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต	10.00	5.03	10.25	5.13	38	.15	.43
คะแนนรวมการรับรู้อาการเตือน	33.70	11.86	35.25	11.58	38	.41	.33

จากตารางที่ 6 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 35.25 คะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 33.70 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าก่อนการทดลองการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภTD้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวายของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.40 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.05 ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัวของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 11.90 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.15 ด้านขาดการยับยั้งตนเองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.70 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.50 ด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10.25 และ กลุ่มทดลอง เท่ากับ 10.00 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน คือ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิตไม่แตกต่าง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (N=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านวิตกกังวล/กระวน กระวาย	15.35	1.87	7.20	2.78	38	10.86	.00
ด้านซึมเศร้า/แยกตัว	25.35	5.58	11.50	3.91	38	9.08	.00
ด้านขาดการยับยั้งตนเอง	13.30	3.13	7.10	3.44	38	5.95	.00
ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต	19.50	5.19	10.80	3.59	38	6.15	.00
คะแนนรวมการรับรู้อาการเตือน	73.50	13.24	36.60	10.21	38	9.86	.00

จากตารางที่ 7 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 36.60 คะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองเท่ากับ 73.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภTD้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวายของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.20 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 15.35 ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัวของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 11.50 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 25.35 ด้านขาดการยับยั้งตนเองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.10 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.30 ด้านการเริ่มมีอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10.80 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 19.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน คือ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับยารักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อายุระหว่าง 20-59 ปี มีคะแนนการรับรู้อาการเตือนระหว่าง 0-49 คะแนน มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al. (2000) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura(1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ และกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบ 4 กิจกรรม นำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และ 2) แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการนำของโรคจิตเภทของ วุฒินี ช่างมิ่ง(2546) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินอาการในระยะแรก (Early Signs Scale: ESS) ของ Birchwood, et al (1989) ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 1 และได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท เท่ากับ .85 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 ส่วน คือ 1) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้

ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) และแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนเตือน การระบุสัญญาณเตือน การจัดการและการติดตามอาการเตือน การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ และ 2) แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภทประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับ ลักษณะอาการเตือนอาการเตือนที่พบบ่อย ระดับของอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน และแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทเท่ากับ 1.0 เท่ากัน ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

### การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจัดทำแผนดำเนินการทดลอง และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวันที่ดำเนินการทดลอง เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยจำนวน 1 คน ชี้แจงการเข้าคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศึกษาประวัติการรับการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัยก็ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ป่วยมีสิทธิในการออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท



ประเมินอาการทางจิต (BPRS) และประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท (Pre-test) ก่อนทำการทดลองครั้งที่ 1 แจ้งผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันพุธ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที โดย สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 และ กิจกรรมที่ 2 ในช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 3 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 4 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 ภายหลังจากดำเนินการทดลองผู้วิจัยทำการกำกับทดลอง โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภทและใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไป นัดหมายกลุ่มทดลองในช่วงเช้า และนัดหมายกลุ่มควบคุม ในช่วงบ่ายเพื่อประเมินการรับรู้อาการเตือนในกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ paired-t test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ



ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 7)

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1) สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

การจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนของตนเองได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ โดยบูรณาการจากแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura(1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง โดยมีเนื้อหาในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและสัมภาษณ์ตัวแบบและการฝึกการรับรู้อาการเตือนและวางแผนการจัดการกับอาการ

จากการพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง (Bandura, 1986) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รู้จัก เกิดความคุ้นเคยกับทั้งตัวผู้วิจัยและผู้ป่วยด้วยกัน

เอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความวิตกกังวลลดน้อยลง ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านการสนทนาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเป็นการประเมินความรู้ของแต่ละคนเกี่ยวกับโรคจิตเภท และสร้างความรู้สึกร่วมกันว่ามีผู้ป่วยหลายคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง แล้วจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ แล้วจึงประเมินการรับรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของตน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

2. การใช้ตัวแบบ การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ โดยการรับรู้ผ่านตัวแบบซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านคู่มือความรู้ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการเตือนของตนเองและสามารถจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้ก่อนที่จะเกิดการกลับป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำและนำไปเป็นแบบอย่างใช้กับตนเอง

3. การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่ง Bandura (1986) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง จากการฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ในการระบุนอาการเตือน สิ่งกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การจัดการที่เคยใช้ มีการแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการที่เคยใช้แล้วได้ผล และวางแผนการจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้นอีก เพื่อฝึกการติดตามอาการเตือนของตนเองและวางแผนการจัดการให้ชัดเจน การมีการทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง

4. การใช้คำพูดชักจูง เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self-instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยการให้ผู้ป่วยอธิบายถึงประสบการณ์ในการระบุนอาการเตือนของตนเองและการวางแผนการจัดการกับอาการเตือน มีการแนะนำ กระตุ้นชักชวน ชี้แนะ และอธิบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับรู้อาการเตือนของตนเองเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถระบุนอาการเตือนและจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง และแนะนำให้นำไปใช้ต่อ

ดังนั้นการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้พิจารณาตนเองถึงปัญหาสุขภาพจิตของตน มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรค มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง จึงไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น การได้เห็นแบบอย่างของตัวแบบที่มีประสบการณ์ในการระงับอาการเตือนของตนเองได้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากทำตามตัวแบบ มีการฝึกทบทวนตนเองเกี่ยวกับอาการเตือนของตนเอง สาเหตุของการกลับป่วยซ้ำของตน มีการวางแผนการจัดการกับอาการเตือนของตนเอง ก่อให้เกิดประสบการณ์ด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และได้รับกำลังใจจากพยาบาลและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะระงับอาการเตือนของตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนการรับรู้อาการเตือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการเตือนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่า โดยการนำแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1)การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4)การใช้คำพูดชักจูง โดยมีเนื้อหาในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Birchwood, et al (2000) ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกการติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท ดังที่อธิบายในข้อที่ 1 ไว้แล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการ

รับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมักได้รับการตัดสินว่าไร้ความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) แต่การรับรู้อาการเตือนเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่เป็นผลมาจากประสบการณ์และการฝึกหัด และวัยผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้ที่มีลักษณะให้ปฏิบัติมากกว่านั่งฟังบรรยายนานๆ หรือท่องจำ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) ถ้ามีการฝึกผู้ป่วยให้รับรู้อาการเตือนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระบุและควบคุมอาการเหล่านั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นอิสระและรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถที่เพิ่มขึ้น (O'Connor, 1991) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีประสาทการรู้คิดดีจะสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Ventura, J., et al, 2004) ซึ่งการนำโปรแกรมซึ่งอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการควบคุมตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจกว่าโปรแกรมทั่วไป (Ray, et al.,2005)

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การคัดกรองเพื่อรับการตรวจจากจิตแพทย์ การรับยาและการให้คำแนะนำในการรับประทานยา การนัดหมายเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชทุกวัน อังคารและวันพฤหัสบดี ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจรักษาตรงตามวันที่มีการให้ความรู้หรือได้รับความรู้แต่ไม่ได้ผ่านกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการฝึกให้ทบทวนถึงอาการเตือนของตนเอง ไม่เคยได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ป่วยเหมือนกัน หรือแบบอย่างของผู้ที่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ไม่ได้รับการชักจูงให้รับรู้ในความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยอาจจะจดจำได้เพียงบางส่วนหรือไม่รู้ว่าตนเองมีความสามารถในการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำได้ จึงไม่สามารถวางแผนการจัดการก่อนที่อาการจะรุนแรงได้

จากคะแนนการรับรู้อาการเตือนที่ได้จากแบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ

พยายามตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao Dongyan (2000) ที่ศึกษาระดับของความร่วมมือในแผนการรักษา และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง มีพฤติกรรมความร่วมมือในแผนการรักษาอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมความร่วมมือในแผนการรักษามีความสัมพันธ์ระดับมาก งานวิจัยของ Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการรักษาขณะรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่สองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมให้ความรู้ที่เน้นการจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการกลับเป็นซ้ำของอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยของ Meijel, et al (2006) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกอาการนำ ระยะประเมินระดับอาการนำและระยะระบุงการนำ มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทางสังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง การติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต เป็นการกระทำพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือวิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพให้เหตุผลและตัดสินใจจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลงานวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบันมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2551) ดังนั้นการให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบรายกลุ่มโดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท 4 ขั้นตอน ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องเพิ่มมากขึ้นได้ ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เป็นการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิง

ประจักษ์ในการให้การพยาบาลและเป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของการปฏิบัติการขั้นสูงของพยาบาลจิตเวช

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยระบุนอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำซึ่งมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินการรู้คิดและอาการทางจิตว่ามีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรเป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และควรได้รับการฝึกปฏิบัติก่อนจะช่วยให้สามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองไปปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามประเมินการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี โดยติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 1 ปี
2. ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรายบุคคลเพื่อความเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละคน

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กอบโชค จวงษ์และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. 2549. วันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14(2): 1-9.
- กฤษณกมล วิจิตร. 2547. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ การผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาธาณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2550. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 15(1): 57-59.
- สุขภาพจิต, กรม. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. 2550. โรคจิตเภท. (แผ่นพับ)
- สุขภาพจิต, กรม. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2550. โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม. (เอกสารการทำกลุ่มบำบัด)
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด. 2541. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. 2544. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14(2): 52-63.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. 2547. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2549. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี. ยุทธวิ นทร์ การพิมพ์.
- ดวงจันทร์ บัวคลี่. บรรณาธิการ. 2549. คู่มือสำหรับญาติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐปณิต ศรีธรรมาธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิทย์. 2543. Preventing Relapse in Schizophrenia: PRELAPSE. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (อัดสำเนา)

ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงษ์. 2550. กรณีศึกษา: ผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 21(22): 54-64.

ทวี ตั้งเสรี. 2541. การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD 10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ทูลภา นุพผาสังข์. 2545. ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทานตะวัน บุญเยี่ยม. 2540. กรณีศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ ไตรติลลันนท์. 2541. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธราทิพย์ วงศ์พันธ์. 2544. ผลของการเรียนจากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ ลีลลันนทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. 2542. ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44: 3-11.

นุชจรินทร์ โมระเสรีสุข, กาญจนา สุทธิเนียมและชลพร กองคำ. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 หน้า 229. 3-5 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ.

- เนติ สุขสมบุรณ์, ปราวณี ลักณาจันทโชติ และสิทธิพร ห่อหริตานนท์. 2005. ผลของโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Sciences. 10 (2): 145-153.
- น้ำค้าง ว่องเกษงา. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2549. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- ประเทือง ภูมิภักทราคม. 2540. การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอเดียเนสโตร์.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมานิช หล่อตระกูล. 2541. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD -10). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปรียะดา ภัทรสัจธรรม. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรารธนา คำมีสินนท์. 2550. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2. หน้า 164. 25-28 กรกฎาคม 2550 ณ โรงแรมดุสิตไฮสแลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงใหม่
- เปรมฤดี ดำรักษ์. 2545. การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงษ์. 2550. กรณีศึกษา: ผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 21(2): 54-64.

- ผลทิพย์ ปานแดง. 2545. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. 2541. ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงส์สุริยา. 2542. พฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13: 45-54.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2547. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิขมราเดอ์การพิมพ์.
- เพชรี คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พงษชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. 2541. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. วารสารคลินิก. 67(14): 761-765.
- มานิช หล่อตระกูล. 2544. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. 2548. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์เอนเตอร์ไพรซ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล, เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณปลอด. 2543. สถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่าย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 18(3): 65-75.
- รจนา ปุณโณทกและนภาพร เอี่ยมลออ. 2549. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 14(3): 64-72.
- ราณี พรมานะจิรังกุล. 2537. ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขา

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ละม้าย เกิดโภคทรัพย์. 2548. การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรทางการพยาบาล: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง. งานวิจัยส่วนบุคคล คณะศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ละเอียด รอดจันทร์, วัชรารภรณ์ อุทโยภาศ และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. 2542. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยา.

วยุณี ช่างมิ่ง. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชรารภรณ์ อุทโยภาศ. 2542. การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.

วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภอักษร. 2549. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เวทินี สุขมาก, อุจฉวี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา. 2545. ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 47(1): 31-36

ศรีธนธ มังคะมณี. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2544. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง จำกัด.

สมชาย จักรพันธ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา).

สมชาย จักรพันธ์. 2544. การประชุมสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9(3): 161-165.

สมภพ เรืองตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. 2545. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. 2541. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. 2549. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. 2551. ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาศาสตร์บัณฑิตปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินทร์ เขียวโสธร. 2545. ผลการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนธรา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สาธุพร พุฒขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ กัณห์ดิถ. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพิชญา นุทกิจ. 2546. ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี จุมทอง. 2544. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. 2545. ผลการให้สุขภาพจิตแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- เสรี ลาขโรจน์. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. ในเอกสารการสอนชุดวิชาวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนโรงพยาบาลศรีธัญญาและภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. โรคจิตเภทคืออะไร. [Online]. Available from:  
<http://www.Thailabonline.com>. [2007, Aug 10].
- อภิญา ปานชูเชิด. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง  
กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวณิชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. 2550. ต้นทุนบริการ  
สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 15(1): 1-9.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิ  
สภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.

## ภาษาอังกฤษ

- Annette Schaub, Bernd Behrendt, Hans Dieter Brenner, Kim T. Mueser, Robert Paul Liberman. 1998. Training schizophrenic patients to manage their symptoms: predictors of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. Schizophrenia Research. 31: 121- 130.
- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Archives of psychiatric nursing. 9 (5): 261-268.
- Bandura, A. 1977. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 84: 191-215.
- Bandura, A. 1986. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice- Hall, Inc.
- Bandura, A. 1989. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. Psychologist. 2: 411-24.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

- Barry Ford. 2000. Therapeutic Pathway Module: Coping with setbacks and staying well. [Online]. Available from: <http://www.nyx.org.uk> [2007, Nov. 30].
- Barry Ford. 2001. Service User Handbook: Coping with setbacks and staying well. [Online]. Available from: <http://www.nyx.org.uk> [2007, Nov. 30].
- Betty, V., Shula M., Philip, T. Y., et al. 2006. Efficacy of the Team Solutions Program for Educating Patients About Illness Management and Treatment. Psychiatry Serv. 57: 822-828.
- Birchwood, M. 1995. Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches to detection and management. Behaviour Change. 12: 2-19.
- Birchwood, M. et al. 1989. Predicting relapse in schizophrenia: The Development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. Psychological Medicine. 19: 649-656.
- Birchwood, M., Spencer, E. and McGovern, D. 2000. Schizophrenia: early warning signs. Advance in Psychiatric Treatment. 6: 93-101.
- Breier, A., Schreiber, J., Dyer, J., and Pickar, D. 1991. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. Archieve General Psychiatry. 48: 239-246.
- Breier and Strauss. 1983. Self-control in psychotic disorders. Archives General Psychiatry. 40: 1141-1145.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., and Dowling, G. 1997. Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia: Result of 1 year follow up. Journal of Psychosocial Nursing. 35(12): 20-28.
- Burns, N. and Grove, S. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct Critique and Utilization. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Carol, G. C. 2005. Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients With Mood Disorder. J Am Psychiatry Nurses Assoc. 11(5): 283-289.
- Carpenter, W.T. Jr., 1996. Maintenance therapy of persons with schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 57(9): 10- 18.
- Cohen, C. I., and Berk, L. A. 1985. Personal coping styles of schizophrenia outpatients. Hospital and Community Psychiatry. 36(4): 407-410.



- Dan Bilsker. 2003. Self-Management in the Mental Health Field. Visions: BC's Mental Health Journal. 18: 4-5.
- Drake, R., Mueser, K., Torrey, W., et al. 2000. Evidence-based treatment schizophrenia. Current Psychiatry Reports. 2(5): 393-397.
- Eric, Y. H. C., Christy, L. M. H., Eva, L. W. D., et al. 2005. A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. Schizophrenia Research. 77: 99-104.
- Fitzgerald, P. B. 2001. The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 35(6):758-764.
- Gaebel, W., Frick, U., Kopocke, W., et al. 1993. Early neuroleptic intervention in schizophrenia: are prodromal symptoms valid predictions of relapse?. British Journal of Psychiatry. 163(21): 8-12.
- Glimcher, L. M., Mcknight, S., Hamera, E., Smith, B. L., et al. 1986. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. Hospital and Community Psychiatry. 37(9): 929-933.
- Gumley, A., O'Grady, M., Mcnay, L., et al. 2003. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. Psychology Medicine. 33: 419-431.
- Hamera, E. K., Peterson, K. A., Handley, S. M., et al. 1991. Patient self-regulation and function in schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry. 42(6): 630-631.
- Heinrichs, D. W. and Carpenter, W. T. 1985. Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapse. American Journal of Psychiatry. 3: 371-373.
- Hermann, R., Finnerty, M., Provost, S., et. al. 2002. Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 28(1): 95-104.
- Herz, M.I., Glazer, W., Mirza, M., Mostert, M., and Hafex, H. 1989. Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 155(15): 123-127.

- Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., et al. 2000. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Archieve General Psychiatry. 57: 277-283.
- Herz, M. I., and Melville, C. 1980. Relapse in schizophrenia. Am J Psychiatry. 137: 801-805.
- Herz, M.I.and Stephen, R. Marder. 2002. Schizophrenia: comprehensive treatment and management. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Hewitt, L., Birchwood, M. 2002. Preventing Relapse of Psychotic Illness: Role of Self-Monitoring of Prodromal Symptoms. Disease Management & Health Outcomes. 10(7):395-407.
- Hultman, C. M., Wieselgren, I.M., and O'hman, A. 1997. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. Scandinavian Journal of Psychology. 38: 3–13.
- Ian R.H. Falloon, Robert R. Kydd, John H. Coverdale, and Tannis M. Laidlaw. 1996. Early Detection and Intervention for Initial Episodes of Schizophrenia. [Online]. Available from: <http://www.mentalhealth.com/mag1/scz/sb-ear1.html>[2008, Sep. 27].
- Jan-Henry Stenberg Iiro and Jaaskelainen Rune Royks. 1998. The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. International Review of Psychiatry. 10(1): 58 – 61.
- John, F. G, David, R. et al. 2005. Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. Schizophrenia Research. 80: 107–111.
- Jolly, A. G., Hirsch, S. R., Morrison, E., et al. 1990. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: Clinical and social outcome at two years. British Medication Journal. 301: 837-842.
- Jolley, A.G., Hirsch, S.R., McRink, A., and Manchanda, R. 1989. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: Clinical outcome at one year. British Medical Journal. 298: 985-990.
- Jorgensen, P. 1998. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 172: 327-330.

- Jorgensen, P. 1998. Schizophrenic delusions: the detection of warning signals. Schizophrenia Research. 32: 17–22.
- Kanungpairn, T., Sittimongkol Y., Wattanapailin A., and Klainin P. 2007. Effect of a symptom management program on auditory hallucinations in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia: A pilot study. Nursing and Health Sciences. 9: 34-39.
- Kaplan, I. H. and Sadock, B. J. 1998. Synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. Baltimore: William & Wilkins.
- Kathy Smith. 2003. Chronic Disease Self-Management Program Effective Over the Long Haul. Visions: BC's Mental Health Journal. 18: 39-40.
- Kelly, R. A., Zyzanski, S. J. and Alemagno, S. A. 1991. Prediction of Motivation and Behaviour Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social Support, and Self-Efficacy. Social Science Medication. 32: 311-319.
- Kennedy, G. M., Schepp, G. K. and O'Connor, W. F. 2000. Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 14: 266-275.
- Kim, T. Mueser and Susan, R. McGurk. 2004. Schizophrenia. THE LANCET. 363: 2063–2072.
- Kongsakon, R., Leelahanj, T., Price, N., Birinyi, S. L, Davey, P. 2005. Cost Analysis of the Treatment of Schizophrenia in Thailand: A Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol. J Med Assoc Thai. 88(9): 1267-1277.
- Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park. 2002. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. Yonsei Med J. 43: 579-589.
- Malla, A. and Norman, R. 1994. Prodromal symptoms in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 164: 487-493.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Van Putten, T., et al. 1994. Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. Archives of

General Psychiatry. 51: 280-288.

Mark, O., et al. 2000. Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients with Schizophrenia. Psychiatry Services. 51: 216-222.

McGorry, P. D. 2002. The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-base reform. World Psychiatry. 1(2): 76-83.

McGrath, J. and Emmerson, W. B. 1999. Treatment of schizophrenia. British Medical Journal. 319: 1045-1059.

Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., et al. 2002. The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 9: 347-355.

Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., et al. 2003. Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 17: 117-125.

Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., et al. 2004. Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. International Journal of Mental Health Nursing. 13: 107-116

Meijel, V. B., Kruitwagen, C., Gaag V. D. M., et al. 2006. An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. Journal of Nursing Scholarship. 38: 42-49.

Micaela, T. B. 2003. Importance of Research and Treatment to Reduce Relapse Rates in Schizophrenia. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 34: 9-14.

Michael Brennan. 2002. Early Intervention in Psychosis. [Online]. Available from: <http://www.p3-info.es> [2007, Oct. 8].

Middelobe, T., and Mortensen , E. L. 1997. Coping strategies among the long-term mentally ill: Categorization and clinical determinant. Acta Psychiatrica Scandinavia. 96: 188-194.

Mike, Took. 2000. Rethink Policy Statement 24: Early intervention and prevention of relapse for people with a severe mental illness. [Online]. Available from: <http://www.rethink.org> [2007, May 12].

- Murphy, M. F., Moller, M. D. 1993. Relapse Management in Neurobiological Disorder: The Moller-Murphy Symptom Management Assessment Tool. Archives of Psychiatric Nursing. 7(4): 226-235.
- Nobuo, A., Shusuke, Y., Naoki, K., et al. 2002. Training Persons with Schizophrenia in Illness Self-Management: A Randomized Controlled Trial in Japan. Psychiatric Serv. 53: 545- 547.
- Norman, L. K. 2003. Psychiatric Nursing. 4<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby.
- Norman, R., Malla, A., McLean, T. et al. 2002. An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia Res. 58: 293–303.
- Novacek, J. and Raskin ,R. 1998. Recognition of Warning Signs: A Consideration for Cost- Effective Treatment of Severe Mental Illness. Psychiatric Service. 49: 376-378.
- O'Connor, W. F. 1991. Symptom Monitoring for Relapse Prevention in Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 5(4): 193-201.
- Orem, D. E. 1995. Nursing: Concepts of practice. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby-year book.
- Overall, J.E.. and Gorham, D.R.1962. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 10: 799-812.
- Pajares. 2002. Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. [Online]. Available from: <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>. [2007, Sep. 20].
- Patrick McGowan. 2003. Self-Efficacy and the Chronic Disease Self-Management Program. Visions: BC's Mental Health Journal. 18: 9-10.
- Perry, A., et al. 1999. Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ. 318:149-153.
- Peter, J. W., Daniel, G. G., Alex, J. K., et al. 2001. Managing Schizophrenia. TRUST. USA: Pfizer Inc.
- Polit, D.F. And Hungler, B.P. 1999. Nursing Research Principle and Methods. 6<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., et al. 2005. Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. Schizophrenia Research. 78: 187-197.

- Ray, M., John, P. A. and Kate, L. 2005. A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). Health Promotion Practice. 6(1): 37-43.
- Rice, D. P. 1999. The economic impact of schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 26: 231-237.
- Richard Morriss. 2004. The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. Advancs in Psychiatric Treatment. 10: 18-26.
- Roe, D., Philip, T. and Paul, H. 2006. Coping With Psychosis: An Integrative Developmental Framework. Journal of Nervous Mental Disorder. 194(12): 917–924.
- Royal Brisbane Hospital. 2001. Warning Signs of a Possible Relapse. [Online]. Available from: [http://www. Mental Health Matters & mental-health-matters.com](http://www.Mental Health Matters & mental-health-matters.com) [2007, Feb. 25].
- Royal Brisbane Hospital. 2003. Early Warning Signs. [Online]. Available from: <http://www.nmna.org> [2007, Sep 1].
- Scott, S. R., Reid I., Smith J., Natynczuks S., et al. 2004. A staff perspective of early warning signs intervention for individuals with psychosis: clinical and service implications. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11: 469–475.
- Shin YunHee., Yun SaugKyun., Pender, N. J. et al. 2005. Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Commitment Among Korean Adults With Chronic Disease. Research in Nursing & Health. 28: 117-125.
- Siris, S. G., Addington, D., Azorin, J. M., Folloon, I. R., Gerlace, J. and Hirsch, S. R. 2001. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. Schizophrenia Research. 47: 185-197.
- Stenberg, J. H., Jaaskelainen, I. P. and Royks, R. 1998. The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronics schizophrenia in Finland. International Review of Psychiatry. 10: 58–61.
- Stevens, S. and Sin J. 2005. Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. Journal of Psychiatric and

Mental Health Nursing. 12: 495–501.

Stephen, A., Martin K., Clement, F., et al. 2004. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. British Journal of Psychiatry. 184: 346 -351.

Sutton, D. L. 2004. Relapse signatures and insight: implications for CPNs. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11: 569–574.

Tait, A., McNay, L., Gumley, A., O'Grady, M. 2002. The development and implementation of an individualised early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia. Journal of Mental Health. 11(2):141-153.

Taylor, M.C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.

Thurm, I. and Haefner, H. 1987. Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia. Archives of Psychiatry and Neurological Sciences. 237: 46-53.

UNC Department of Psychiatry. Schizophrenia Treatment and Evaluation Program (STEP). [Online]. Available from: <http://www.psychiatry.unc.edu> [2007, Nov. 13].

Ventura, J., Neuchterlein, K. H., Subotnik, K. L., et al. 2004. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. Schizophrenia Research. 69: 343-352.

Yuan, Haobin. 2000. Self-Efficacy and Health Behaviors Among Myocardial Infraction Patients. Master's Thesis. Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.

Yu-Tao Xiang, Young-Zhen Weng, Wen-Yong Li, et. al. 2007. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. The British Journal of Psychiatry. 190: 49-56.

Zhao, Dongyan. 2000. Self-Efficacy and Compliance with Medical Regimen among Hypertensive Patients. Master's Thesis. Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.

Zubin, J. and Spring, B. 1977. Vulnerability-A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 86: 103-126.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและผู้ช่วยผู้วิจัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

นางสาวภาวินี ธนบดีธรรมจารี	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7(ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางวยุณี ช้างมิ่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
อาจารย์ภัศรา คิรินทร์ภาณุ	อาจารย์ระดับ 6 ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.วิไลพร ขำวงษ์	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

## รายนามผู้ช่วยผู้วิจัย

นางพีรดา เพิ่มความสุข	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
-----------------------	---

## ภาคผนวก ข

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือน  
ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาวดี บุญชู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 3

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถ. สมเด็จพระเจ้าพระยา  
แขวง

คลองสาน เขตคลองสาน กทม. 10600

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4370200 ต่อ 4453

โทรศัพท์ที่บ้าน ไม่มี

โทรศัพท์มือถือ 081-4078717

E-mail: [tikmon@hotmail.com](mailto:tikmon@hotmail.com)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท มีเหตุผลในการศึกษาคือ โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นโรคเรื้อรังและกำเริบได้บ่อย การกำเริบหรือการกลับป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้อย่างถาวร ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำ คือ การรับรู้อาการเตือนไม่ถูกต้องส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผล ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเองในการจำแนกอาการเตือนของตนเอง และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการรับรู้อาการเตือนโดยตรง ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ท่านสามารถระบุนาอาการเตือนของตนเองได้และสามารถจัดการกับอาการได้ด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเป็นการป้องกันการกลับป่วยซ้ำได้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของท่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของท่านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจากการดำเนินโปรแกรมทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการ ในการดูแลระเบียบผู้ป่วย ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตท่านในการทำการทดสอบ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
2. ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. อายุระหว่าง 20-59 ปี
4. ได้ผ่านการทดสอบการรับรู้อาการเดือนและการทดสอบแบบประเมินอาการทางจิต
5. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้

4.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญในการศึกษาครั้งนี้ และอาจถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม 1 หรือกลุ่ม 2 แต่ละคนใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 1 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจจากจิตแพทย์ การรับยาและการให้คำแนะนำในการรับประทานยา การนัดหมายเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี จะได้รับการประเมินการรับรู้อาการเดือนโดยตอบแบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ ใช้เวลา 35 นาที คือ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ

กลุ่มที่ 2 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพิ่มกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเดือนของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้วิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ก่อนเข้าร่วมวิจัย ประเมินการรับรู้อาการเดือน โดยตอบแบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ ใช้เวลา 35 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การสรุปและนำไปใช้ ใช้เวลา 60 นาที

หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท โดยตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน โดยตอบแบบสอบถามจำนวน 9 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที และประเมินการรับรู้อาการเตือน โดยตอบแบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ ใช้เวลา 35 นาที

5. การวิจัยนี้จะดำเนินโปรแกรมในวันพุธ ซึ่งถ้าผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่สะดวก สามารถถอนการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที

6. กรณีผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการมากขึ้น ท่านจะได้รับการส่งต่อไปยังผู้มีส่วนในการดูแลรักษาทันที

7. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถถอนตัวระหว่างการดำเนินโปรแกรมได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

8. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับค่าเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรม ท่านละ 100 บาท/ครั้ง และผู้ที่ได้รับการคัดกรองแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าเดินทางท่านละ 100 บาท

9. หากผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวสุภาวดี บุญชู ได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หมายเลข 081-4078717 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับโปรแกรมนี้นี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิด ยกเว้นการยินยอมจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม

11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

( นางสาวสุภาวดี บุญชู )

ผู้วิจัย

## ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวสุภาวดี บุญชู ที่อยู่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา แหวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย การเข้าถึงเวชระเบียน รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติของการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้ผู้วิจัยเข้าถึงเวชระเบียนและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัยและยินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้รับมาแล้วในข้างต้น

.....  
(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามพยาน

## ภาคผนวก ง

### ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท
  - แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท
  - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)
- ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง
- แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน
  - แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

### ขั้นที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์

#### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกลับป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1.3 ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการกลับป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 1 วันที่..... เวลา 09.30-10.30 น. / 13.00-14.00 น.

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่สอน แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

#### เหตุผลการจัดกิจกรรม

การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเป็นการสร้างความคุ้นเคย ลดความวิตกกังวล ส่วนการประเมินการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติของตนเองต่อการเจ็บป่วย เป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนถึงสัญญาณของการกลับป่วยซ้ำและวิธีการจัดการของแต่ละคน ช่วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหา ประเมินความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยเป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอีกหลายคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง การแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพื่อประเมินความรู้พื้นฐานของแต่ละคน จากนั้นจึงให้ความรู้เพื่อให้ตรงจุดของแต่ละคน และส่งเสริมทัศนคติทางบวกต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

**วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความสำคัญของการติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเอง ความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและทัศนคติของตนเองต่อการกลับป่วยซ้ำ
3. เพื่อประเมินการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการกลับป่วยซ้ำ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกอาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองได้

ระยะเวลา 60 นาที

### สื่อ / อุปกรณ์

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 1. เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภท                | 4. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม |
| 2. แบบประเมินภาวะสุขภาพ(ใบงาน 1)               | 5. ปากกา                    |
| 3. แบบประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ(ใบงาน 2) |                             |

### เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง
2. การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประกอบด้วย
  - สาเหตุของโรคจิตเภท
  - อาการของโรคจิตเภท
  - การรักษาโรคจิตเภท
  - การดูแลตนเอง
4. การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นการเรียนรู้การติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเอง โดยการประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองเทียบกับสัปดาห์ที่ผ่านมา
5. การประเมินความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย และการจัดการกับความเจ็บป่วย สนับสนุนการคิดแก้ปัญหาและการจัดการกับการเจ็บป่วยทางจิตด้วยการคิดทางบวก
6. การประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ แบ่งทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำเป็น 3 ประเภทคือ
  - คนที่มองในทางบวก
  - คนที่อยู่ในความเป็นจริง
  - คนที่มองในทางลบ

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวพูดคุยทักทายกับสมาชิกและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์ กติกาการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ (10 นาที)
2. ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปรายร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10 นาที)



3. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องโรคจิตเภทพร้อมบรรยายให้สมาชิกฟังเรื่องโรคจิตเภทประกอบด้วย อาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(10 นาที)

4. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินภาวะสุขภาพ(ใบงาน 1)ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองและอภิปรายร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย (10 นาที)

5. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ(ใบงาน 2)ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำ ผู้วิจัยแปลผลการทำแบบประเมินว่าสมาชิกแต่ละคนมีทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำอยู่ในประเภทใด (ถ้าเลือกข้อ 1 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางบวก ถ้าเลือกข้อ 2 มากที่สุด เป็นคนที่อยู่ในความเป็นจริง ถ้าเลือกข้อ 3 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางลบ ) และอภิปรายร่วมกันโดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10 นาที)

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป(10 นาที)

#### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยได้รู้จักสมาชิกและสมาชิกได้รู้จักผู้วิจัยและสมาชิกผู้ป่วยด้วยกันเกิดความคุ้นเคยกัน
2. ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตกับผู้อื่น
3. ผู้ป่วยบอกถึงอาการ สาเหตุการรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองได้
4. ผู้ป่วยประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเองและบอกสิ่งที่มีผลต่อระดับภาวะสุขภาพได้
5. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการทางบวกได้
6. ผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองมีทัศนคติต่อการกลับป่วยซ้ำอยู่ในประเภทใด

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย  
 หย่า  แยกกันอยู่  อื่นๆ ระบุ.....
4. การศึกษา  ไม่ได้เรียน  อนุปริญญา /ปวส.  
 ประถมศึกษา  ปริญญาตรี  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  สูงกว่าปริญญาตรี  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
5. อาชีพ  รับจ้าง  ค้าขาย  เกษตรกรรม  
 รับราชการ  พนักงานบริษัท  รัฐวิสาหกิจ  
ว่างงาน  อื่นๆ ระบุ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

**คำชี้แจง** ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตนเองมีการรับรู้อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภทในระดับใด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินร่วมกันโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องตาม que ผู้ป่วยเลือก เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ ผู้ประเมินจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยตอบตรงความจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบคำถาม ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่รับรู้ว่าเป็นอาการเตือน
น้อย	หมายถึง	รับรู้ว่ามีอาการเตือนเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	รับรู้ว่ามีอาการเตือนปานกลาง
มาก	หมายถึง	รับรู้ว่ามีอาการเตือนมาก

ข้อความ	การรับรู้อาการเตือน			
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. พูดหรือยิ้มคนเดียว				
2. รู้สึกว่าตนเองเผชิญปัญหาไม่ได้				
3. รู้สึกปวดและเจ็บทางร่างกาย				
4. คำพูดสับสนและมีคำพูดแปลกๆ				
32. ทำพฤติกรรมแปลกๆ โดยไม่มีเหตุผล				
33. ไม่อยากสนใจดูแลสุขอนามัยและการแต่งกายของตนเอง				
34. รู้สึกหงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย				

### แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ต้องการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตอาการของผู้ป่วยตามแบบประเมิน แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- 1 = ไม่มีอาการ                      2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง                      3 = มีอาการเล็กน้อย  
4 = อาการปานกลาง                      5 = อาการค่อนข้างรุนแรง                      6 = อาการรุนแรง  
7 = อาการรุนแรงมาก

อาการและอาการแสดง	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Somatic concern(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ความคิดสับสนไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
17. Excitement(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ทำที่ลุกลี้ลุดน มีปฏิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation(Rateตามความรู้สึกผู้ป่วย) สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

#### แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน

**คำชี้แจง** ขอให้พิจารณาความสามารถในการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามต่อไปนี้ว่า ท่านมีความเชื่อมั่นมากน้อยในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องที่ท่านเลือก โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบคำถาม ดังนี้

**เชื่อมั่นมากที่สุด** หมายถึง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

**เชื่อมั่นมาก** หมายถึง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 61-80

**เชื่อมั่นปานกลาง** หมายถึง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 41-60

**เชื่อมั่นน้อย** หมายถึง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 21-40

**เชื่อมั่นน้อยที่สุด** หมายถึง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ

20

ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการกลับป่วยซ้ำ					
2. ฉันเชื่อมั่นว่าการกำเริบของอาการทางจิตเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ถ้าฉันรับรู้ว่ามีอาการเตือนเกิดขึ้น					
3. ฉันเชื่อมั่นว่าการได้เห็นตัวอย่างของคนที่มีอาการเตือนของตนเองได้จะทำให้ฉันบอกอาการเตือนของฉันได้เช่นกัน					
8. ฉันเชื่อมั่นว่าถ้ามีอาการเตือนเกิดขึ้นฉันสามารถจัดการได้ด้วยตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ					
9. ฉันเชื่อมั่นว่าการได้รับคำแนะนำและคำอธิบายต่างๆเกี่ยวกับอาการเตือนทำให้ฉันมั่นใจในการนำความรู้และประสบการณ์ ไปใช้ต่อที่บ้านได้					

### แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่” ในข้อที่มีความเห็นว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ใช่” ในข้อที่มีความเห็นว่าไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อมีอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำเกิดขึ้นจะพบความเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด		
2. อาการนอนหลับยาก ขาดสมาธิ เป็นอาการเตือนด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย		
3. อาการไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าเป็นอาการเตือนด้านการไม่สามารถยับยั้งตนเอง		
4. อาการเตือนส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ก่อนมีการกลับมาป่วยซ้ำ		
9. เมื่อท่านเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้น การไปพูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้ ก็ไม่สามารถช่วยท่านได้เพราะเขาไม่ใช่แพทย์		
10. เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณสามารถสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ หรือ รู้สึกว่ามีแมลงมาไต่ตามตัว แสดงว่าท่านมีอาการเตือนอยู่ในระดับรุนแรงแล้ว ควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล		

## ภาคผนวก จ

## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการวิจัย

## 1. แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

## 1.1 Reliability ด้านด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (ข้อที่ 3, 11, 28, 29, 31, 34)

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.700	.710	6

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R3	6.900	9.817	.521	.637
R11	6.867	10.947	.210	.726
R28	6.633	9.550	.470	.647
R29	6.666	8.781	.480	.644
R31	6.900	9.817	.521	.637
R34	6.700	9.182	.433	.660

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.133	13.154	3.626	6

## 1.2 Reliability ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (ข้อที่ 2, 5, 8, 10, 13, 15, 18, 19, 23, 30, 33)

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.703	.704	11

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R2	13.400	21.696	.597	.831	.644
R5	13.366	23.826	.347	.461	.683
R8	13.533	22.809	.471	.727	.665
R10	13.500	21.775	.602	.788	.644
R13	13.466	21.636	.419	.445	.670
R15	13.466	23.912	.264	.337	.696
R18	13.266	20.960	.545	.461	.647
R19	13.600	25.075	.198	.539	.704
R23	13.333	24.712	.218	.268	.702
R30	13.466	24.947	.143	.617	.717
R33	13.600	25.834	.094	.159	.718

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14.800	27.475	5.241	11



### 1.3 Reliability ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (ข้อที่ 6, 9, 12, 14, 20, 24, 27)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.728	.728	7

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R6	8.933	13.788	.670	.622
R9	8.866	16.119	.623	.699
R12	9.200	16.372	.573	.722
R14	8.966	13.895	.769	.621
R20	9.033	17.067	.347	.710
R24	9.200	16.717	.318	.707
R27	9.000	18.275	.477	.760

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10.533	20.878	4.569	7

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 1.4 Reliability ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (ข้อที่ 1, 4, 7, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 32)

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.755	.757	10

##### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R1	13.133	27.016	.198	.760
R4	12.866	23.705	.444	.731
R7	12.966	24.171	.460	.729
R16	12.933	24.340	.375	.742
R17	13.033	23.964	.488	.725
R21	13.066	23.788	.512	.722
R22	12.933	24.616	.314	.752
R25	13.066	23.788	.512	.722
R26	13.033	24.585	.440	.732
R32	12.866	23.705	.444	.731

##### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14.433	29.288	5.411	10

### 1.5 Reliability แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเภท

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.863	.863	34

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
47.90	201.26	14.18	34

## 2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน

### Reliabilityแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือน

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.843	.840	9

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26.766	64.736	8.045	9

## 3. แบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

## Reliabilityแบบวัดความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคจิตเภท

## Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded(a)	0	.0
Total	30	100.0

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.813	.811	10

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
------	----------	----------------	------------

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุภาวดี บุญชู เกิดเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2520 สถานที่เกิด จังหวัด  
ปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี  
เมื่อปีการศึกษา 2543 และสำเร็จการศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง  
เมื่อปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย