

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางชัชฎา คมขำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOCUSING ON SKILL TRAINING
ON SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY

Mrs. Chatchada khomkom

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางชัชฎา คมจำ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ชัชชญา คมจำ: ผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM
 FOCUSING ON SKILL TRAINING ON SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC
 PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร. รัชนิกร เกิดโชค,
 166 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์
 คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
 สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทใน
 ชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล
 ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีคุณสมบัติตาม
 เกณฑ์ จำนวน 40 คน ทำการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลอง
 ได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม
 6 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะ การให้ความรู้เรื่อง โรคและการปฏิบัติตัว การจัดการกับอาการทางจิต การ
 บริหารจัดการยา การติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหาร
 เวลา การเผชิญความเครียด การผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ส่วนกลุ่ม
 ควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึก
 ทักษะ 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 3)แบบวัดทักษะการจัดการกับอาการและการบริหาร
 จัดการยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสอง
 ชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.90

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่
 เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่
 เน้นการฝึกทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...ลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.... 2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377804736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS /SOCIAL FUNCTIONING/ COMMUNITY/
PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOCUSING ON SKILL TRAINING

CHATCHADA KOMKHAM: THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM
FOCUSING ON SKILL TRAINING ON SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: RATCHANEKORN KERTCHOK, Ph.D.,
166 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the social functioning of schizophrenic patients in community before and after received the psychoeducation program focusing on skill training, and 2) to compare the social functioning of schizophrenic patients in community who received program and those who received regular caring activities. Forty of schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Patanamikom Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the psychoeducation program focusing on skill training composed of group activities to improve social functioning. Research instruments were: 1) the psychoeducation program focusing on skill training , 2) The social functioning scale, and 3) The medication and symptom management scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach’s Alpha coefficient reliability of the two latter instruments were 0.94 and 0.90 , respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The social functioning of schizophrenic patients in community who received the psychoeducation program focusing on skill training was significantly better than that before, at p 0.05 level.

2. The social functioning of schizophrenic patients in community who received the psychoeducation program focusing on skill training was significantly better than those who received regular caring activities at p 0.05 level.

Field of Study :...Mental Health and Psychiatric Nursing... Student’s Signature.....
Academic Year :.....2012..... Advisor’s Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหัส พยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ช่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และเสียดสีของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์อาจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม นายแพทย์นพพร พงษ์ปลื้มปิติชัย และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่อนุวัติให้ลาศึกษาต่อ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ฉ
ง.....	
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....	30
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	35
แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation).....	41
แนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training).....	43
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
วิธีการดำเนินการศึกษา.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก.....	133
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	134
ภาคผนวก ข ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง.....	136
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการอบรม.....	139
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	151
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ช หนังสืออนุญาตใช้เครื่องมือการทำหน้าที่ทางสังคม.....	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	166

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สรุปรการบูรณาการแนวคืดการให้สุขภาพจิตศีกษาและการฝีกเสริมทักษะใน โปรแกรมสุขภาพจิตศีกษาที่เน้นการฝีกเสริมทักษะ.....	45
2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	71
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับ การศีกษา.....	72
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของผู้ป่วยต่อเดือนจำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลา การเจ็บป่วย.....	73
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับ การศีกษา.....	74
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล.....	75
7	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมสุขภาพจิตศีกษาที่เน้นการฝีก ทักษะ.....	76
8	ตัวอย่างการวางแผนกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท.....	89
9	คะแนนความรู้เรื่อง โรคจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post- test).....	96
10	คะแนนทักษะการจัดการอาการทางจิตและการบริหารจัดการยา และการแปลผล ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post -test).....	97
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	102
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	103
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านของผู้ป่วย โรคจิตเภท ในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง.....	104

ตารางที่		หน้า
14	คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post - test).....	137
15	คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post - test).....	138

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุด พบในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5-1 มีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 :1,000 คนต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล,2553; Kaplan and Sadock, 1998) ปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2551-2553 โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย เป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 612.43 , 578.15, 564.89 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต , 2553)

โรคจิตเภทเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งหมด ที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) จากดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับ โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ มีสัดส่วนร้อยละ 12 ในเพศชาย และร้อยละ 10 ในเพศหญิง โดยภาระโรครวมของประเทศไทยมี สัดส่วนจำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อจำนวนปีที่อยู่ด้วยความ เจ็บป่วยหรือพิการเท่ากับ 2 : 1 ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคจาก ความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ ประเทศชาติ ทำให้รัฐต้องเสียบประมาณในการนำมาเป็นค่า ใช้จ่ายในการรักษา สำหรับประเทศไทยต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านการสูญเสียกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 11ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และการตัดสินใจทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกเขาว่าปัญญายังปกติ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer and Pickar, 1991) อาการกำเริบยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ (Ziedonis et al., 2007) ส่งผลกระทบต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม (Dickerson et al., 1999; Wittorf et al., 2008) เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 70 มีการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Alan et al., 2007; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2001) และยังพบว่ามีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน มีความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและร่วมกิจกรรมในชุมชน (Videbeck, 2004) โดยมีความยากลำบากในการแสดงความต้องการ การแสดงความรู้สึก จนขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคม มีปัญหาด้านการปรับตัว ขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Mueser and McGurk, 2004) และไม่สามารถวางแผนหรือจัดการกับการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Harven et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ran et al. (2010) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการงานของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น การไม่มีงานทำจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการพยากรณ์ของโรค (Sung-Man Bae et al., 2010) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบของ Birchwood et al. (1990) เป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหาคความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sadock and Sadock, 2002) เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่สวมใส่เสื้อผ้า ไม่รับประทานอาหารเช้า กลางคืนไม่ยอมนอน ขาดความใส่ใจในเรื่องการรับประทานยา ไม่รับประทานยา หรือแอบทิ้งยาซ่อนยา หรือลืมรับประทานยา (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; รัชนิกร อุปเสน, 2541) และด้านการมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ใช้เวลาว่างไม่เหมาะสมส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับการนอน และอยู่คนเดียวมากเกินไป (เทียม ศรีคำจันทร์และคณะ, 2550) ด้านความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิด มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น พุดจาสับสน (วาสนา ปานดอก, 2545) สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดี ไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้าน ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคม (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545 ; Kim et al., 2006) บางครั้งมีอาการไม่สอดคล้องกับความคิด ร้องตะโกนในที่สาธารณะ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ด้านอาชีพการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงขึ้นจาก 12% ในปี 1994 เป็น 23% ในปี 2004 (Ran et al., 2010) ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าปกติ (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภท ตามการศึกษาของ Sung-Man Bae et al. (2010) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ปัจจัยด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic and environment factors) ปัจจัยด้านการรักษา (Medical history factors) ซึ่งปัจจัยแต่ละปัจจัยส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมดังนี้

ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) อาการทางจิตที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆคือ 1) กลุ่มอาการทางบวกและ 2) กลุ่มอาการทางลบ (Kaplan and Sandock, 1995) โดยในกลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) มักมีการแสดงออกในด้านความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม โดยอาการที่เด่นชัด คือหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การกำเริบของอาการทางจิต แต่ละครั้ง จะ มีผลทำให้เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้อย่างถาวร (Barrowclough, 2005) สร้างความหวาดกลัวให้กับคนรอบข้างมีการทำร้ายผู้ดูแลและญาติ (จารุวรรณ ชิริสิทธิ์, 2551) ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน การดูแลตนเองลดลง ไม่สนใจสุขอนามัยตนเอง ขาดทักษะทางสังคม (Moller and Murphy, 2001) ส่วนในกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) สาเหตุเกิดจากการขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยอาการทางลบจะมีการแสดงออกด้านอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หน้าตาเฉยเมย (Kay, Fiszbein and Opler, 1987) พุดน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา เก็บตัว นั่งอยู่เฉยทั้งวันไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (Attentional impairment) มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง สำหรับอาการทางลบนี้มักเกิดในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robert (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 30 จะมีอาการทางลบและมีอาการแสดงออกที่สำคัญของอาการทางจิตดังนี้ 1) มีสีหน้าเฉยเมย ไม่พุดจา ขาดทักษะในการสื่อสาร 2) มีความพร่องด้านการเข้าสังคม การประกอบอาชีพการงาน 3) ขาดทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 4) ขาดทักษะการจัดการกับอาการทางจิต รวมทั้งขาดทักษะในการแก้ปัญหา 5) ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ได้ รวมทั้งมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลให้เกิดอาการทางจิตที่แย่ลงได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) ดังนั้นอาการทางจิตจึงเป็น

อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ส่งผลสัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมานของญาติในการดูแล (Barrorclough, 2005)

ปัจจัยด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic and environment factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ได้แก่ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการขาดทักษะในการสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Hintikka et al., 2006; McDonald and Badger, 2002) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ มีความคาดหวังต่อความพึงพอใจและการคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จรวมทั้งการคาดหวังต่อการยอมรับต่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้น (Carpenter et al., 1985 ; Kaplan and Sadock, 1995)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี และระดับเศรษฐกิจต่ำทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง (จิราพร รักการ, 2549) และพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้างและสังคมมากที่สุดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกทรมานใจ (Schulze and Angermeyer, 2003) เกิดความละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, and Parente, 2002) เพิ่มแรงกดดันให้เกิดความเครียดและทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Rusch et al., 2009) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี ทำให้ขาดเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Betensky et al., 2008) ยิ่งทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทรู้สึกด้อยค่าและพยายามปิดบังอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้เข้ารับบริการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนการถูกตีตราก่อให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน (Marwaha and Johnson., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสทำงานหรือเรียนได้เต็มเวลาเพียงร้อยละ 12 (Lindstrom et al., 2007)

ปัจจัยด้านการรักษา (Medical history factors) โรคจิตเภท จากลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ หากมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จะพบอาการหลงเหลือมากขึ้น และการกลับเป็นซ้ำ จะส่งผลให้มีความเสื่อมลงเรื่อยๆ ของ

บุคลิกภาพ รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมได้ลดลง ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมีการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

คนไทยบางส่วนมีทัศนคติต่อคนที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในทางลบ ทำให้ผู้ที่ป่วยไม่กล้าไปรับการรักษา กลัวว่าจะถูกตีตรา ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับโรค ทำให้โอกาสที่จะหายก็น้อยลง (เครือวัลย์ เทียงธรรม, 2548) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้างและสังคมมากที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกทรมานใจ (Schulze and Angermeyer, 2003) เกิดความละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Dickerson et al., 2002) เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ประกอบกับความรู้ความเข้าใจของตัวผู้ป่วยเองและสังคมมีอยู่อย่างจำกัด อาจทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่าถูกกีดกัน จำกัดสิทธิ เป็นเหตุหนึ่งของการไม่ได้รับการรักษาที่ดี (บังอร จิตรังษี, 2550)

ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดที่คาดเดาการหายของตนเองไม่ได้ เบื่อหน่าย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Barry, 2011) การขาดความรู้และขาดทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาและการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา (Honkonen et al., 1999) ทำให้มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา บ้างครั้งหยุดยาเอง เมื่ออาการดีขึ้นมักหยุดยาโดยไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยบกพร่อง และมีอาการกำเริบนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schennach-Wolff et al., 2009 ; Alan et al., 2007)

พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้การปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ บทบาทหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และบทบาทผู้ให้ความรู้ของพยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จำเป็นต้องมุ่งผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำหน้าที่ทางสังคมและกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด จากนโยบายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ได้มุ่งเน้นให้รับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาล เฉพาะระยะที่อาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น เมื่อมีอาการทุเลาลงจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และคณะ, 2552) เนื่องจากเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการปรับตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (จันทรา ชีระสมบุญ และคณะ, 2541) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็น

มาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิริขันธ์, 2542) การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น (Fadden, 1998) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำเมื่อกลับสู่ชุมชน (Lieberman et al., 1998)

จากการศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในต่างประเทศส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกอาชีพ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีเพียง โปรแกรมการจัดการกับความเครียดเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (บุญกล ศุภอักษร, 2553) ซึ่งเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยทางด้านอารมณ์ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านอื่นๆที่ต้องให้ความสำคัญและค้นหาวิธีในการจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับ และสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (Williams, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitschel et al. (2006) การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Kluge et al., 2006) ซึ่งส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ส่วนการจัดการกับอาการ Symptom Management Module สามารถลดอาการทางจิตและปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Lieberman, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu et al. (1999) ที่พบว่าผู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ (Medication and symptom Management Module) จะสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (reduced relapse rates) ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมและเพิ่มอัตราการจ้างงานมากขึ้น (Weng et al., 2005)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาจัดกระทำกับปัจจัยแต่ละด้าน เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty, and Reiss. (1980) ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนา

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม มาใช้ร่วมกับการฝึกทักษะ (Modular skill training) ตามแนวคิดการฝึกทักษะในด้านการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตอาการเตือน (warning signs of relapse) การจัดการกับอาการเตือน (Managing warning signs) การปรับตัวกับอาการเรื้อรัง (Coping with persistent symptoms) การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาคลายเครียด (Avoiding alcohol and street) การบริหารจัดการยา ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา (Obtaining information about anti-psychotic medication) การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการบริหารยา (Knowing correct self administration and evaluation) การอธิบายถึงผลข้างเคียงของยา (Identifying side effects of medication) และทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Negotiating medication issues with health providers) (Lieberman et al., 2006) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเพิ่มทักษะทางสังคม (Pitschel-Walz et al., 2006) สำหรับการฝึกเสริมทักษะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางจิต อาการข้างเคียงและสร้างพฤติกรรมการใช้ยาให้ดีขึ้น ซึ่งจะลดการกำเริบ ลดการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น (Mueser et al., 1998 and Hodgkinson et al., 1999)

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะ มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพเริ่มตั้งแต่มีอาการเจ็บป่วยและระยะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดรักษาและมีการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ที่สำคัญทางสังคมได้ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์และคณะ , 2552) จากความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเช่นขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่น ขาดความสนใจและขาดทักษะทางสังคม มีพฤติกรรมแยกตัว และไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้านกับผู้อื่น ใช้เวลาอยู่คนเดียว และมีความพร่องในการแก้ปัญหาทางสังคม ขาดทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพลดลง (Tandon and Jibson, 2004 ; สุมณฑา บุญชัย, 2545) ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ตลอดจนคนในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของAnderson et al. (1980) ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเพื่อความเหมาะสมผู้วิจัยได้รวมกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ไว้ด้วยกัน และมีการเน้นการฝึกทักษะ (skill training) ด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) ในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยได้มีการปรับเพิ่มกิจกรรมการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาปในกิจกรรมที่ 6 เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีสาระครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมซึ่งคาดว่าจะส่งเสริมการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสุขสานในการสร้างสัมพันธภาพ จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวโดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในตัวเอง ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น โดยมีแหล่งสนับสนุนส่งเสริมในด้านต่างๆจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีอาการทางจิตดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสาร และการมีกิจกรรมทางสังคม (Kaplan and Sadock, 1995)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและทางลบ โดยการฝึกทักษะ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบและการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น การปรับตัวกับอาการเฉียบพลัน การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาคลายเครียด การสร้างความตระหนักเข้าใจถึงความเจ็บป่วยโดยการฝึกพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหา มีความมั่นใจ ในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ได้ด้วยตนเองทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Anderson et al., 1980) การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ (ทวีพร วิสุทธีมรรค, 2544) ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสาร อาชีพการงาน ได้ดีขึ้น (Weng et al., 2005)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการกับยา โดยการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีความตระหนักเรื่องการบริหารจัดการยานั้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญ คือ การขาดความรู้เรื่องยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องยา และฝึกทักษะให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้สามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Cooke et al., 2007) ฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้จักหาแนวทางการแก้ปัญหาจาก อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต (เพชร คันธสายบัว, 2544) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้นและญาติมีความมั่นใจที่จะส่งเสริมการดูแลและความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์ (Brandt and Weinert, 1993) ย่อมส่งผลให้

พยาธิสภาพและอาการทางจิตดีขึ้น จะส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Liberman , 2006)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการฝึกทักษะการบริหารเวลา โดยการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ ความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอบข้าง และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) จะส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรมทางสังคม (Chien et al., 2003) สำหรับการฝึกทักษะการบริหารเวลา โดยฝึกการกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Liberman, 2001)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด การให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ โดยสามารถเข้าใจลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีการคลายเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย และมีการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงอารมณ์ได้เหมาะสม สามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้โดยฝึกทักษะการคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ การจินตนาการและการใช้กิจกรรมสันตนาการเพื่อการคลายเครียดเช่น เล่นเกมสั ร้องเพลง และการพูดระบายความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรดุสิต คำมีสินนท์ (2550) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมเหล่านี้มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีวิธีจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้เหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ (Gispens-de Wied, 2000)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนา ความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป การพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยสร้างความตระหนักในความสำคัญของความภาคภูมิใจในตัวเองโดยการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยผ่านขบวนการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม การให้กำลังใจ โดยผ่านกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วย

และผู้ดูแลมองข้อดีของตนเองและผู้อื่น และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักใน ความสำคัญของการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการทำงานและการ ประกอบอาชีพและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น (Rusch et al., 2009)

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสอง กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และอาศัยอยู่ในชุมชน และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล พัฒนาคมน จังหวัดลพบุรีซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ การทำหน้าที่ทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ ความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัด ขึ้น ร่วมกับรูปแบบการฝึกทักษะ (skill training) ซึ่งประกอบด้วย การจัดการกับอาการและการ บริหารจัดการยา (Symptom and Medication Management) ของ Liberman (2006) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้งเป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการปฏิบัติตัว การสร้างสัมพันธภาพหมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติ หรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ เรื่องการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบและการจัดการกับอาการทางจิต และการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาคลายเครียด

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง และข้อพึงระวังและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาเนื่องจากยาเป็นปัจจัยที่สำคัญและถือเป็นหัวใจในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก รวมทั้งฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม การติดต่อสื่อสาร การบริหารเวลา และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการบริหารเวลาที่เหมาะสม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดการผ่อนคลายความเครียดและทักษะการแก้ปัญหา หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ ผลกระทบและรูปแบบการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียด ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในการทำกิจกรรมยามว่าง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดตามวิธีที่สมาชิกส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติ 1-2 วิธี

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนา ความมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป หมายถึงกิจกรรม ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อ พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยสร้างความตระหนักในความสำคัญของความภาคภูมิใจในตัวเอง โดยผ่าน ขบวนการคิดวิเคราะห์จากการเล่าเรื่องของตัวละคร ส่วนการเผชิญกับการรับรู้ตราบาปหมายถึง กิจกรรม ให้ผู้ป่วยจิตเภทบอกถึงการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกของการรับรู้ตราบาปและการจัดการกับการรับรู้ตราบาป โดยสร้างความตระหนักในความสำคัญของการทำงานผ่าน บทบาทสมมุติ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมีการรับรู้ตราบาปลดลงทำให้ การทำหน้าที่การทำงานดีขึ้น

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึงความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ชีวิตด้วยตนเอง อย่างอิสระและความสามารถในการปรับตัวทางสังคมได้อย่างเหมาะสมเพื่อสนองต่อการ ดำเนินชีวิตของตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1.การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม 2.การสื่อสารระหว่างบุคคล 3. การ มีกิจกรรมทางสังคม 4. กิจกรรมนันทนาการ/ การพักผ่อนหย่อนใจ 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง 7. การจ้างงาน/อาชีพ โดยประเมินได้จากแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Scale (SFS) ของ Birchwood et al. (1990)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึงบุคคลในวัยผู้ใหญ่ มีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก จิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia F.20-F29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนก โรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเป็นผู้ป่วยซึ่งมีการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ที่มีอาการทางจิตคงที่ (พิจารณาจากการไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยา ภายในระยะเวลา 3 เดือน และได้รับการประเมินด้วย แบบประเมิน BPRS ซึ่งมีค่าคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน และเป็นผู้รับบริการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ดูแล หมายถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดหรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามาก กว่า 6 เดือน มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกับ ผู้ป่วย มี การพึ่งพาอาศัยกันหรือเป็นบุคคลที่สามารถนำผู้ป่วยมาตามนัดได้

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้ บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาการจัดการ อาการข้างเคียงของยาการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทรวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วยขั้นตอนการให้บริการ ดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จะให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย เช่น ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ และดูแลการผูกมัดไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งการประสานโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องอาการของผู้ป่วย

2. การพยาบาลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชนและได้รับการดูแลโดยทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลพัฒนานิคมกับทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนและมีระบบการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

3. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเวลานานและ รัยขาดต่อเนื่องทั้งงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานยาและการให้การรักษาและคำปรึกษาตามอาการของผู้ป่วย

4. กรณีผู้ป่วยมีปัญหา เช่น มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่มาตามนัด มีอาการกำเริบบ่อย จะมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้ทั้งองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1. ความหมาย
 - 1.2. สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3. การวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4. ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.5. การดำเนินของโรค
 - 1.6. การรักษา
 - 1.7 โรคจิตเภทและภาวะโรคร่วม
 - 1.8. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.1.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 2.1.2.การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
 - 2.2 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1. ความหมายการทำหน้าที่ทางสังคม
 - 3.2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.3. การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
 - 4.1. ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 4.3.สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)
5. แนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training)

- 5.1. ทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต (symptom management)
- 5.2 ทักษะด้านการบริหารจัดการยา (medication management)
6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ให้ความหมายของ โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่รู้จักกันมานาน ในปี ค.ศ. 1986 Emil Kraepelin ได้เริ่มจำแนก โรคทางจิตเวชและเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็นโรคสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมาใน ค.ศ.1911 Eugen Bleuler จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนปัจจุบัน

Classification Diseases: (ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพด้านความคิดและด้านการรับรู้ การแสดงอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดง ความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2000)

มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

เพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง อารมณ์ และพฤติกรรม

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทคือกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรงและมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลต่อกระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้และบุคลิกภาพ ทำผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้อาจมีความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมซึ่งประกอบด้วยการใช้ชีวิตอย่างอิสระและการปรับตัวทางสังคม

1.2. สาเหตุของโรคจิตเภท

จากการศึกษาในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) เชื่อว่าความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้น่ามากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรค การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics factor) จากการศึกษา พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 10-16 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 และยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor)

1.2.3.1 ด้านการขัดแย้งในจิตใจ (Intrapsychic conflict) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และความเครียดก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ และจากแรงความกดดันในชีวิต เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการหรือสนองความต้องการของตนเองได้ ก็จะเป็นสาเหตุทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3.2 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ในครอบครัวหรือครอบครัวที่มีพยาธิสภาพหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เด็กมีความเสี่ยงสูงที่จะมี ปัญหาสุขภาพจิตเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factor) มีปัญหาทางจิตใจ หลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคม และศีลธรรม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหา ทางเพศบางอย่าง และโรคที่นับเฉพาะบางวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย (Angell and Test, 2002)

1.3 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน และระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บาง สถาบันอาจใช้ DSM IV แต่ทางด้านสุขภาพจิตมักจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตาม เกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภท จะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ (อ้างใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ดังนี้

1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symtoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และ มีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่า ผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้ โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

1.3 อาการด้านการพูด พูดคนเดียวเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเอง โดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติเช่นนั่งในหนึ่ง ทำไฉนนานๆ

1.4 ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ร่ายเรียบไม่พูด

2. การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และ สัมพันธภาพกับ ผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

3. ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

5. อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออติสติก (Autistic Disorder)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10

ICD-10 เป็นการจำแนกกลุ่มอาการ โดยมีเหตุผลของการจำแนกว่า เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติ และง่ายในการวินิจฉัย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งกลุ่มอาการความแปรปรวนจิตเภท ได้แก่ อาการผิดปกติด้านความคิด อาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่สอดคล้อง พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม อาการด้านอารมณ์ที่เรียกว่า อาการด้าน Negative และพฤติกรรมทั่วไปเปลี่ยนไปจากเดิม รายละเอียดกลุ่มอาการมีดังต่อไปนี้

1. อาการผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ การมีความคิดสะท้อน (Thought echo) มีผู้นำความคิดมาใส่ให้ หรือมีผู้ถอนความคิดไป (Thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป (Thought broadcasting)

2. อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หลงผิดคิดว่าตัวเองถูกควบคุม มีสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่ให้เคลื่อนไหว หลงผิดคิดว่ามีผู้ควบคุมความคิดของตน การกระทำของตน การรับรู้ของตน

3. อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ผิดปกติ แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆ จากการสนองตอบการรับรู้ผิดๆ นั้น

4. มีความหลงผิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม หรือความเชื่อทางศาสนา เช่น หลงผิดคิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้ที่ความร้อนเย็นได้

5. มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6. มีการพูดที่ไม่สอดคล้องกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ขึ้น (neologism)

7. มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม (Catatonic Behaviour) เช่น พฤติกรรมตื่นเดิน พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม คือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

8. อาการ Negative คือ ภาวะไร้อารมณ์ ไม่สนใจสิ่งใดๆ อารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบ แยกตัวจากสังคม พฤติกรรมด้านสังคมเสื่อมลง ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ ต้องแยกออกจากภาวะซึมเศร้า

9. พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นได้ คือ ไม่มีความสนใจในสิ่งใดๆ (loss of interest) ไม่มีจุดมุ่งหมาย (aimlessness) เกียจคร้าน (idleness)

ในการวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นจิตเภท บุคคลนั้นต้องมีอาการในข้อ 1.2.1 ถึง 1.2.4 ที่ชัดเจนหนึ่งอาการ หรือถ้าอาการไม่ชัดเจน ต้องมีอย่างน้อยสองอาการหรือมากกว่าสองอาการขึ้นไป และมีอาการในกลุ่ม 1.2.5 ถึง 1.2.8 ตลอดเวลาอย่างน้อยสองอาการในระยะเวลาหนึ่งเดือน ถ้ามีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาน้อยกว่าหนึ่งเดือน ก็ให้วินิจฉัยว่า Schizophrenie-like psychotic disorder

หลักการวินิจฉัยแยกโรค ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการ อย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดมากต้องมีอาการ 2 อาการหรือมากกว่า ตามอาการที่ได้รับมาจาก 1-4 มีดังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ โดยมีอาการเป็นเวลา 1 เดือน แต่อาจมีระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.1 มีอาการหลงผิด (delusion)

1.2 มีอาการประสาทหลอน (hallucination)

1.3 มีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)

1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย (grossly disorganized behavior or catatonic behavior)

1.5 มีอาการด้านลบ เช่นพูดน้อย เฉยเมย ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ หากมีอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกประหลาด ได้แก่อาการเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันมีเพียงอาการเดียว ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

2. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีปัญหาด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

3. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

5. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

1.4. ลักษณะอาการทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลักคือ อาการทางบวก อาการทางลบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.1. อาการทางด้านบวก (positive symptoms) คืออาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิด และประสาทสัมผัส ดังต่อไปนี้

1.4.1.1. ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงแม้ว่ามีเหตุผลหรือหลักฐานมาขัดแย้ง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะปองร้ายตนเอง (persecutory delusion) คิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน (delusion of reference) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) เชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่าง (delusion of control) มีความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมองจากอำนาจบางอย่าง (thought withdrawal) ความคิดที่มีอยู่นั้นไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่ใส่เข้ามาในสมองตน (thought insertion) ความคิดของตนเองถูกส่งออกไปเสียงทำให้คนรอบข้างได้ยินความคิดของตนเอง (thought broadcasting)

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) คือการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) เป็นการได้ยินเสียงพูดในเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting)

1.4.1.3 ความผิดปกติของการพูด (disorganized speech) คือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว (loose association)

1.4.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (catatonia) คือไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่รับรู้สภาวะแวดล้อม (catatonic stupor) แขนขา ลำตัวเกร็ง ตลอดเวลา (catatonic rigidity) มีการต่อต้านทำตรงข้ามคำสั่ง (catatonic negativism) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonic posturing) และมีอาการคลุ้มคลั่ง (catatonic excitement) เป็นต้น

1.4.2 อาการทางด้านลบ (negative symptoms) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี (negative dimension) เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ (avolition) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก (Asociality)

สรุปได้ว่าอาการที่พบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมและลักษณะการพูดเป็นไปอย่างไม่มีแบบแผน และกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ จากอาการดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพร่องของบุคลิกภาพมีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมลดลง โดยอาการแสดงจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของการดำเนินโรค

1.5. การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความแตกต่างกัน โดยบางคนอาจมีอาการเป็นๆ หายๆ บางรายอาจมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปอาการมักไม่หายเป็นปกติ โดยระยะแรกของโรคอาการทางลบมักเด่นชัด ต่อมาจะมีอาการทางด้านบวก หากได้รับการรักษาอาการทางบวกจะหายไปแต่อาการทางลบจะคงอยู่ และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดยสามารถแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะคือ

1.5.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เรียกว่า ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแยลง ชอบเก็บตัว ไม่สนใจสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ มีการหวาดระแวง กลัวคนแปลกหน้า ซึ่งระยะเวลาความผิดปกติไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหากมีอาการเช่นนี้อยู่ยาวนานการดำเนินโรคจะไม่ดี

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เป็นช่วงที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตที่ลดลงหลังจากระยะอาการทางจิตเฉียบพลันอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน

1.5.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการคงที่ อาจพบอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าระยะคงเสถียรคล้ายคลึงกับระยะเสถียรภาพ และอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคร่วมด้วย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่หลังจากที่ทุเลาอาการจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือมีอาการเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยอาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะอยู่ในช่วงของการกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน อาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อม และอาจได้รับความกดดันด้านจิตใจ ดังนั้นผู้ดูแลและชุมชนจึงมีส่วนเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการดำเนินชีวิตในชุมชน

1.6 การรักษา

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีหลายแนวทาง ในระยะเริ่มแรกผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการรักษาทางยาก่อน และหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ตอบสนองการรักษาทางยาแล้วจะมีการ

พิจารณารักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ร่วมด้วยเมื่ออาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สงบลง การรักษาในระยะฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะได้รับการบำบัด เช่น จิตบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด และครอบครัวบำบัด เป็นต้น โดยการรักษาได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามลักษณะอาการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548)

1.6.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) การรักษาในระยะนี้สิ่งที่สำคัญคือ ต้องควบคุมอาการให้สงบโดยเร็วโดยการรักษาทางยาจะเป็นการใช้ยาประเภทที่ออกฤทธิ์แบบที่ทำให้สงบ (sedating effect) ส่วนการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจะต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผลแต่หากอาการทางจิตรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าพร้อมการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นการจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกผ่อนคลาย รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.6.2 ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการของผู้ป่วยสงบแล้วยังต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อคุมอาการต่อ พร้อมทั้งให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การส่งเสริมด้านทักษะชีวิต เป็นต้น ควบคู่กับการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะนี้การรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับบ้านจะอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา

1.6.3 ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่ละรายโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน การคงสภาพอาการทางจิตและใช้ยาด้านโรคจิตขนาดต่ำ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ระยะนี้จำเป็นต้องใช้การรักษาทางจิตสังคมร่วมกับ กรณีที่ป่วยครั้งแรก อาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาต่อเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี ถ้าหากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ส่วนใหญ่จะต้องใช้การรักษาด้วยยาคิดต่อกันเป็นเวลานาน บางรายอาจนานถึง 5 ปีหรืออาจต้องใช้เวลาตลอดชีวิต

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติของความคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งแบ่งเป็นอาการทางบวก และอาการทางลบ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติจากสมอง หรือผลจากสารเสพติดหรือยา เป็นต้น โดยลักษณะอาการจะแสดงได้ออย่างน้อย 6 เดือน และหากมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะทำให้ผู้ป่วย มีความพร้อมในการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น

1.7 โรคจิตเภทและภาวะโรคร่วม

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคนานและกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคร่วมทางกายอย่างน้อยหนึ่งโรคซึ่งจะทำให้พยากรณ์โรคเลวลงโดยมี

อัตราการตายและความพิการสูงขึ้น (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่มักพบร่วมกับโรคจิตเภทได้แก่ โรคติดสารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะโรคร่วมที่เป็นโรคทางกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมทางร่างกายได้สูง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิกโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคติดเชื้อเช่นไวรัสตับอักเสบบี โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีโอกาสพบโรคร่วมทางกายได้ถึงร้อยละ 58 โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11 มีโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 มีโรคทางกายร่วมตั้งแต่ 4 โรคขึ้นไป (Chwastiak et al., 2006) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยทั่วไปจะตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม เช่นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคจิตเภทที่มีโรคซึมเศร้าร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การใช้สารเสพติดร่วม และพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสูง อีกทั้งสามารถปรับตัวต่อการทำงานระยะยาวได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคซึมเศร้าร่วม เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรค social phobia หรือ PTSD ร่วม จะมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า มีความรุนแรงของการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า มีประวัติการเสพยาหรือสารเสพติดสูงขึ้น มีการปรับตัวต่อสังคมได้น้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมทางร่างกายได้สูง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิกโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคติดเชื้อเช่นไวรัสตับอักเสบบีและโรคเอดส์ (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม และไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหัวใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในบรรดาผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Mcbride and Austin, 1996) และส่งผลกระทบต่อทำหน้าที่ทางสังคม (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีการสังเคราะห์ความรู้

และทฤษฎี โดยกรอบความรู้ทางทฤษฎีเน้นที่จิตสังคม(Psycho-Social) และชีววิทยา (Biophysical sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวคิดกระบวนการพยาบาลบูรณาการ (Integrated) ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) ซึ่งกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

1.8.1 การประเมิน (Assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยประเมินจากความรู้สึก รูปแบบและเนื้อหาของความคิด พฤติกรรมและการทำหน้าที่ทางสังคม ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยทั้งขณะที่มีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) และ ระยะเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้รู้ความต้องการการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย (Videbeck, 2003) ซึ่งการประเมินสามารถประเมินได้จาก

1.8.1.1 การประเมินสภาพร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนนอนหลับเพียงพอเพียงใด พยาบาลจะใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.8.1.2 การประเมินด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับไหน มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่พยาบาลจะต้องซักประวัติเกี่ยวกับประวัติของ Suicidal attempt ด้วยเนื่องจากเปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการทำร้ายตนเองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Videbeck, 2003) ซึ่งพยาบาลอาจใช้คำถาม “คุณเคยทำร้ายตนเองไหม” “คุณเคยได้ยินเสียงมาบอกให้คุณทำร้ายตนเองไหม” นอกจากประวัติการทำร้ายตนเอง พยาบาลต้องซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เพราะพฤติกรรมที่เป็นอันตรายเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตเช่นกัน ซึ่งพยาบาลอาจใช้คำถาม “คุณทำอย่างไรเมื่อคุณรู้สึกโกรธ” พยาบาลจะต้องประเมินระดับความรุนแรง ว่ารุนแรงเพียงใด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและระมัดระวังอะไรเป็นพิเศษเพียงใด

1.8.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนไหน มีการตอบสนองอย่างไร และประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองในปัจจุบันเพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย

1.8.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไรมี พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ระบายผู้อื่นหรือไม่ ซึ่ง พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.8.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยายามต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนเพื่อให้เกิด ความไว้วางใจร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) พยาบาลจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและต้องลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority) เพื่อใช้ในการ วางแผนดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัวและสังคมของแต่ละคน ซึ่งสิ่ง เหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีอยู่ 2 ส่วนที่ สำคัญคือ

1.8.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางบวก (Positive signs) ซึ่งประเมินปัญหา ได้ดังนี้คือ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าว ความเสี่ยงจากพฤติกรรมทำร้ายตนเองผลกระทบจาก รูปแบบความคิดที่ผิดปกติ ผลกระทบที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดปกติ ผลกระทบที่เกิดจากความ บกพร่องของการใช้ภาษาในการสื่อสาร

1.8.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบ (Negative signs) ซึ่งประเมินจาก ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง พฤติกรรมแยกตัวจากสังคมการ ดูแลด้านสุขภาพของตนเอง

1.8.3 การกำหนดผลลัพธ์ (Outcome Identification) ทางพยาบาลที่พึงประสงค์ การกำหนดผลลัพธ์ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยคือช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) จะ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ระยะสั้น และช่วงมีอาการเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) จะเป็นการ กำหนดผลลัพธ์ระยะยาว

1.8.3.1 การกำหนดผลลัพธ์ระยะสั้นอยู่ในช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การดูแลระยะนี้จะเน้นและให้ ความสนใจไปที่อาการของผู้ป่วย กระบวนการคิด การรับรู้ที่เป็นจริงว่าอยู่ในระดับคงที่และ มีความปลอดภัย การประเมินจากแหล่งข้อมูลที่ได้เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะส่งต่อผู้ป่วยและ เริ่มวางแผนสำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อส่งกลับชุมชน

ตัวอย่างการประเมินผลลัพธ์ในช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) คือ

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างจริง
3. ผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
4. ผู้ป่วยมีการแสดงออกด้านความคิดและความรู้สึก อย่างปลอดภัยและ
ตั้งคมยอมรับได้
5. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการบำบัดรักษา

1.8.3.2 การกำหนดผลลัพธ์ระยะยาวช่วงมีอาการเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) เมื่ออาการรุนแรง (Crisis) หรืออาการทางจิตดีขึ้น การให้การดูแลผู้ป่วยจะให้ความสนใจไปที่การพัฒนาความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ มีการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชนมีการป้องกันอาการกำเริบและป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในสังคม

ตัวอย่างการประเมินผลลัพธ์ช่วงอาการเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) ได้แก่

1. ผู้ป่วยต้องคงไว้ซึ่งการรักษาที่ต่อเนื่อง (ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการมาตรวจตามนัด)
2. ผู้ป่วยจะต้องคงไว้ซึ่งอาการในระดับปกติ เช่น การนอนหลับ การได้รับสารน้ำและสารอาหาร
3. ผู้ป่วยจะต้องสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพกับคนอื่นในชุมชน การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเหล่านี้ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กลับครอบครัวของพวกเขาได้ในระยะยาวและปลอดภัย

1.8.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่มีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งประกอบด้วย (Videbeck, 2004)

1.8.4.1 การส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับตัวผู้ป่วยและผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดหวาดระแวง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลแต่ความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยก็ทำให้รู้สึกระแวงได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไม่เกิดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1.8.4.2 การส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ความรู้สึกไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นมิตรกับผู้ป่วยทำให้ลด

ความรู้สึกกลัว การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครั้งละ 5-10 นาที สามารถช่วยได้ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้ภาษาที่กระชับเข้าใจง่าย การสื่อสารด้วยภาษากายก็เป็นสิ่งสำคัญ ประกอบด้วย การสบตา ทำหน้าที่คู่มือผ่อนคลาย และการแสดงความรู้สึกให้ความสนใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วย รู้สึกไว้วางใจก็จะให้ความร่วมมือในการรักษา

1.8.4.3 การสื่อสารเพื่อการบำบัด การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะค่อนข้างยาก บางครั้งอาจไม่ได้ผล พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยมีเหตุแหว่และมีความคิดไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง การสื่อสารทางคำพูดอาจไม่ประสบความสำเร็จ พยาบาลจะมีการสื่อสารแบบไม่ใช่คำพูด เมื่อพยาบาลเข้าไปดูแลผู้ป่วย จะต้องเรียกชื่อของผู้ป่วย และบอกวันเวลาสถานที่ ต้องแสดงให้เห็นว่าเข้าใจ และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย

1.8.4.4 การบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด ผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะเชื่อในสิ่งที่ตนเองรับรู้ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดว่าถูกวางยา มีความคิดระแวงสงสัย รู้สึกไม่ปลอดภัย พฤติกรรมที่แสดงออกมาคือเขาจะเริ่มมีพฤติกรรมต่อต้านการรับประทานยา พยาบาลต้องหลีกเลี่ยงการโต้แย้งหรือการเสริมความเชื่อของความคิดหลงผิดของผู้ป่วย พยาบาลจะต้อง Present reality เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นจริง แต่เมื่อผู้ป่วย รับประทาน Antipsychotic เมื่ออาการดีขึ้นอาจมีการพูดคุยเกี่ยวกับความคิดหลงผิดของผู้ป่วยว่ามีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความคิดหลงผิดพยาบาลควรใช้เทคนิคการหันเหความสนใจจากความคิดหลงผิดของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เขียนหนังสือ หรือออกมานั่งพูดคุยกับเพื่อนๆ คนอื่นก็สามารถช่วยได้เช่นกัน หรือการช่วยเหลือโดยตรง เช่น การพูดคุยถึงความคิดในแง่บวกและพยายามไม่สนใจกับความคิดหลงผิดซึ่งสามารถทำได้เช่นกัน (Murphy and Moller, 1993)

1.8.4.5 การบำบัดผู้ป่วยที่มีประสาทหลอน การ พยาบาลควรให้ความสนใจว่าความจริงคืออะไร และจะช่วยตอบสนองในสิ่งที่เป็นจริงได้อย่างไร ขั้นแรกพยาบาลจะต้องทราบก่อนว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินพูดอะไร หรือผู้ป่วยเห็นอะไรซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงสั่งให้ผู้ผู้ป่วยทำอะไรบางอย่าง เช่น สั่งให้ทำร้ายตนเอง พยาบาลจึงต้องทราบรายละเอียดเนื้อหาของเหตุแหว่ที่ได้ยิน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพความเป็นจริง พยาบาลสามารถใช้คำถามช่วยได้ ตัวอย่างเช่น “ฉันไม่ได้ยินเสียงอะไรเลย คุณได้ยินเสียงอะไร” หรือเมื่อผู้ป่วยเห็นผีหรือวิญญาณ “ฉันไม่เห็นอะไรเลย แต่คุณไม่ต้องตกใจ เมื่อคุณอยู่โรงพยาบาลคุณจะไม่ปลอดภัย” ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง และเบี่ยงเบนความรู้สึกหวาดกลัวได้ ซึ่งการให้การดูแลเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้

1.8.4.6 การสอนผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรับประทายยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น การสอนเป็นสิ่งสำคัญที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถป้องกันและจัดการการกลับมาป่วยซ้ำได้ การสอนเป็นการให้ความรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือน (early sign) ก่อนการกำเริบ และสอนวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

Videbeck (2003) กล่าวว่าพยาบาลควรสอนเทคนิคที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1. การจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำทำอย่างไร
2. การคงไว้ซึ่งการรับประทายยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
3. การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาชนิดอื่น
4. การดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม
5. การสอนทักษะทางสังคมทั้งการให้ความรู้และการปฏิบัติ
6. แหล่งสนับสนุนให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

1.8.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมายเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาลเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้(อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2549)

1. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา
3. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวได้ดีขึ้น
5. ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
6. ผู้ป่วยมีความรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
7. ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมด้านต่างๆ การพยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ใจ และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1 ความหมาย

2.1.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาล ที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

2.1.2 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2552) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการนำองค์ความรู้ในทฤษฎีพัฒนาการทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลและบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้หลุดจากภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องตามสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุด

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2549) การพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทาง

จิต และประชาชนทั่วไปในชุมชนนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถให้การดูแลโดยตรง (Provide Direct Nursing Care) แก่เป้าหมายผู้ใช้บริการ เป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่มได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมปัญหา วิจัยนัยทางการพยาบาล วางแผนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Nursing Outcomes) และปฏิบัติบทบาทอื่น ๆ ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหมายถึงการพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดมาใช้ในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

2.2 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552) หากผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชนตามมา (Cunningham, 2007) ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม บางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก (Alan et al., 2007) ซึ่งปัญหาที่พบประกอบด้วย

2.2.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

2.2.1.1 ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ ยิ้มหัวเราะ พูดคนเดียว หวาดระแวงซึมเศร้า แยกตัว เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่ยอมนอนเอะอะอาละวาด บางครั้งแสดงอาการโกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545 ; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

2.2.1.2 ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ต่อมาไม่ยอมสนใจ ไม่ช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

2.2.1.3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 20 และสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด (Honkonen et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 45.1 ซึ่งการสูบบุหรี่จะให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan and Sadock, 1998)

2.2.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา (Honkonen et al., 1999) ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาต่อหรือปรับลดขนาดยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา เจริญชัย, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

2.2.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

2.2.4 ปัญหาการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษากิจการของ Dickerson et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น และเมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิ เกียจคร้าน ทำให้ผู้ป่วยบางรายพบปัญหาการตกงาน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541)

2.2.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ที่บ้านมักไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวช (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงด้อม ยุทธ์ และคณะ, 2547)

2.3. หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (Principles of Community-Based Mental Health Care) WHO (2001) การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินการตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆ ที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และ การผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิ แต่ละวิธี ดังนี้

2.3.1 การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาแต่ละอย่างจะมีความเฉพาะกับการเจ็บป่วยในแต่ละโรค

การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรก เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยในการควบคุมอาการ และ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมา อีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วย (McGorry, 2000 ; Thara et al., 1994) การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุผล ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิตและการบำบัดทางสังคม

2.3.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางฝ่ายกายถึงแม้ว่าในบางครั้ง จะมีอาการผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง ในช่วงที่มีอาการกำเริบ รูปแบบการดูแลในปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว 3) ให้ทีมบำบัดทีมเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวรายเดิมอย่างต่อเนื่อง 4) ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) กระจายการบริการสู่ชุมชน (decentralization of services) 6) ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

2.3.3 การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีพและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดังเดิม

2.3.4 การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการในความผิดปกติต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล และผลการศึกษาจากหลายประเทศแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่าง การแสดงอารมณ์ “expressed emotion” ของญาติ กับอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางอารมณ์ในครอบครัวน่าจะนำไปสู่การมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลงได้ (Dixon et al., 2000)

2.3.5 การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน สิ่งแวดล้อมทางสังคม

เป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมในทางตรงข้ามหากสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยองค์กรภาคเอกชน (Nongovernmental organizations) นับว่าเป็นทรัพยากรในชุมชนที่สำคัญ ซึ่งจะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางจิต

2.3.6 การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Üstün and Sartorius, 1995) บุคลากรในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลลง

2.3.7 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับ การป้องกันในสามระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Leavell and Clark, 1965)

2.3.7.1 การป้องกัน(Prevention) หรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึงมาตรการที่จะสกัดกั้นสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้น ก่อนที่จะเข้าไปรุกรานบุคคล หรือ เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ

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

2.3.7.3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือ การดูแลในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือ เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึงต้องเป็นการจัดการกระทำกับทั้งสองระดับ คือ ระดับบุคคล และการจัดการกระทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

สรุปการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จากญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมตามระดับความสามารถที่เหลืออยู่ จนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

3. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ประกอบของการเจ็บป่วย เป็นโรคเรื้อรังเนื่องจาก การวินิจฉัยโรคระยะเวลาของโรคมีความรุนแรงและคงอยู่นาน คือ ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปีหรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี การขาดความสามารถในบทบาท (disability) พื้นฐานชีวิตประจำวัน อย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเอง 2) การคิดเองทำเองอย่างเหมาะสม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) การติดต่อทางสังคม 5) การเรียนรู้และสร้างสรรค์ 6) การมีรายได้หาเลี้ยงตนเอง (American Psychiatric Association, 1994)

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

1. การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษา สุขอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการ

2. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตปกติและในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ คำนึงถึงคนอื่น ตระหนักถึงความรู้สึกของคนอื่น และวุฒิภาวะทางสังคมหน้าที่ทางสังคมในที่ทำงาน อาจรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ

3. การทำหน้าที่ให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีสมาธิที่ติดกับความพากเพียรพยายาม และความสามารถในการทำงานอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งจำเป็นในการจะ

ทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความบกพร่องของสมาธิ ควรพยายามและการมีขั้นตอนในการทำงานนี้ สังเกตได้จากความพยายามทำงานในอดีตหรือในสถานการณ์ที่คล้ายการทำงาน

4. ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ในการเผชิญในแต่ละสถานการณ์ การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ทางสังคม และทำงานให้สำเร็จ ความเครียดที่พบบ่อยในที่ทำงานรวมถึงการพิจารณาการตัดสินใจ การทำหน้าที่ให้สำเร็จตามตารางเวลา และปฏิสัมพันธ์กับเจ้านายและผู้ร่วมงาน

Saraswat et al. (2006) ได้อธิบายไว้ว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2. ความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Birchwood et al. (1990) ได้อธิบายไว้ว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ 2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ดังนี้

1. ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยความสามารถในการพึ่งพาตนเองและการทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลจำเป็นต้องมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

1.1.1 การดูแลสุขอนามัย ของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกล้างผ้า แต่งตัวเหมาะสมและถูกกาลเทศะ ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

1.1.2 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหารได้ และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

1.1.3 การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับนอนในที่ที่เหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่นปลอดภัยและต้องคอยดูแลเครื่องนอนให้สะอาดเสมอ

1.1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ได้แก่ การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตนได้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลุกต้นไม้ จัดสวน การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

1.1.5 การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้านจะต้องรู้จักมุ่งหมายในการเดินทาง รู้ว่าจะออกไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพังและสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

1.1.6 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีอาการเป็นปกติแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด งดสิ่งเสพติด ของมีเมา การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา

1.2 การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ หมายถึงการมีกิจกรรมที่สนใจเช่นการอ่านหนังสือ การเล่นเกม การปลูกต้นไม้ การเล่นหรือฟังดนตรี การสวดมนต์ไหว้พระ ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด

2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม/การถอนตัวทางสังคม การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคม และ การทำงานหรืออาชีพ

2.1 การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่คนเดียว การพูดคุยสนทนากับสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกที่ต้องพบคนแปลกหน้า

2.2 การติดต่อสื่อสาร หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถใช้คำพูดและกริยาที่เหมาะสมในการสนทนากับผู้อื่น ไม่เข้าไปก้าวก่ายหรือทำให้เกิดความวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา มีท่าทางปกติแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อม ไม่พูดแปลกๆ หรือมีความคิดแปลกๆ

2.3 การมีกิจกรรมทางสังคม หมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วัด กลุ่มกิจกรรมที่น่าสนใจ การรับฝึชชอบและมีส่วนร่วมต่อชุมชน

2.4 การทำงานหรืออาชีพ หมายถึงมีความสามารถในการทำงานเช่น งานบ้านหรืองานทั่วไปสามารถจัดรับฝึชชอบและจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

สรุปการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปรับหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมหรือ สถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ ได้อย่างเหมาะสมภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระและปกติสุขในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การทำงานหรืออาชีพ และการมีกิจกรรมทางสังคม

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษานี้ของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 70% ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยาพ่อแม่ ผู้ปกครองและ การทำงานโดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 มีโอกาสทำงานหรือเรียนได้เต็มเวลาที่เหลือส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เต็มวัน นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เล็กน้อยที่มีครอบครัว และมักจบลงด้วยการหย่าร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตและเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม

3.2.2 ปัจจัยด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic and environment factors)จากการศึกษาพบว่า มีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง (จิราพร รักการ, 2549) จากการศึกษานี้ของ Angell and Test . (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมพบว่า สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่างๆ เช่นการถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและ เพื่อนบ้านในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน และ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัยอยู่อย่างอิสระกับครอบครัว จะมีการทำหน้าที่ และการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าการที่ต้องถูกจำกัดขอบเขตมากเกินไป (Browne and Courtney, 2004) มีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการรับรู้ตราบามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการลดบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Rusch et al., 2009) เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการไม่ได้การยอมรับและถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือญาติ มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวจากสังคม รู้สึกเป็นปมด้อย ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจมีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัว

จากสังคมมากขึ้น และนำไปสู่การขาดทักษะทางสังคมมากขึ้น (Angell and Test, 2002) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา

3.2.3 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Ran et al., 2010) และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อแท้เบื่อหน่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม (Barry, 2011) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยา (Honkonen et al., 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเช่น มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา บางครั้งหยุดยาเองและ เมื่ออาการดีขึ้นมักจะหยุดยา โดยไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และมีการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schennach-Wolff et al., 2009)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิต และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งแวดล้อม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการรับรูตราบาป เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

3.3 การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการทำนายหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆมีหลายชนิด ตัวอย่างเช่น

3.3.1 The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อซึ่งได้แบ่งการทำหน้าที่ออกเป็น 5 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อสังคม 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับและประเมินคะแนนดังนี้ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติมาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77

3.3.2 The Social Functioning Questionnaire (SFQ) สร้างโดย Tyrer (2005) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Social Functioning Scale (SFS) เพื่อให้มีความรวดเร็วในการวัดผลลัพธ์ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินโดยผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 4 นาที ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) การทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว 2) การจัดการเรื่องการเงิน 3) ทักษะด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 4) กิจกรรมทางเพศ 5) การติดต่อทางสังคม 6) การใช้เวลาว่าง มีค่าคะแนน 0-28 คะแนน การแปลค่าคะแนนสูงกว่า 10 คะแนนมีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.3 The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswat เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุม และง่ายในการดำเนินการในคลินิกเป็นแบบวัดที่มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิตมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการคือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 6 ข้อ), ความเหมาะสมทางสังคม (คำถาม 4 ข้อ) และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ 1= ไม่บกพร่อง 2= บกพร่องเล็กน้อย 3= บกพร่องปานกลาง 4= บกพร่องมาก 5= บกพร่องมากที่สุดมีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และความตรงสูง ($r=0.70$)

3.3.4 Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย (Birchwood et al., 1990) SFS เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการประเมินผลการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบทดสอบ SFS จะวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน พิสัยของคะแนน 0- 3 คะแนน คือ 1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ 3. การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ 4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 15 ข้อ 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 7. การจ้างงาน/อาชีพ คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ เครื่องมือ Social Functioning Scale (SFS) ของ (Birchwood et al., 1990) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศและยังไม่พบว่ามีผู้นำเครื่องมือ Social Functioning Scale (SFS) มาใช้ในประเทศไทย และมีข้อคำถามที่เข้าใจง่ายตรงประเด็น ใช้เวลาในการประเมิน 20 -30 นาที มีค่าความเที่ยง 0.80 และ ค่าความตรง 0.94

4. แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การให้สุขภาพจิตศึกษามีหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกันเช่นการให้ความรู้กับผู้ป่วย (Patients education) การสอนผู้ป่วย (Patients teaching) การให้คำแนะนำผู้ป่วย (Patients instruction) ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการให้สุขภาพจิตศึกษาไว้ดังนี้

Anderson, Hogarty, and Reiss (1980) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นรูปแบบการให้บริการความรู้ทางสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูล ความรู้ รวมถึงการปรับประคับประคองด้วย

Christine Rummel-Kluge (2006) กล่าวว่า การให้ สุขภาพจิตศึกษา เป็นการกำหนดแบบแผน ลักษณะ รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งรวมถึงการควบคุมจัดการด้านอารมณ์ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้อาการและครอบครัว สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้

Goldman (1988 cited in Litrell et al., 2006) ได้ให้ความหมาย การให้ สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางจิตเวชเป็นการให้ความรู้ หรือฝึกอบรมบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ขอบเขตของเนื้อหาจะสนับสนุนเป้าหมาย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2552) กล่าวว่า การให้ สุขภาพจิตศึกษา เป็นกลวิธีการรักษานิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

สรุป ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาคือรูปแบบของการบำบัดรักษานิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการจัดการทางอารมณ์ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามีลักษณะแตกต่างกัน โดยมีรูปแบบต่างๆดังนี้ (Williams, 1989)

4.2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

4.2.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่ม โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.2.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

สรุปลักษณะการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพทางจิตและเป็นกระบวนการ อาจกระทำได้ในลักษณะทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาจจัดขึ้นเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ มีลักษณะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทักษะในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีส่วนร่วม

4.3 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามา มีหุ้นส่วน(partnership)ในการดูแลผู้ป่วยของ Anderson, Hogarty, and Reiss (1980) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) การให้สุขภาพจิตศึกษาถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะย่นระยะเวลาการเจ็บป่วย และการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (จิราพร รักการ, 2549) ประกอบด้วย

4.3.1 การสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ (ละเอียด รอดจันทร์, 2542)

4.3.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้บ้าง การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยจนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

4.3.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4.3.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือการที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและจากการดูแลผู้ป่วย

4.3.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เมื่อครอบครัวได้รับการประทับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจึงเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก (Harter, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

สรุปได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหมายถึงรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลและเป็นการช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

5. แนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training)

การฝึกทักษะเป็นรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางด้านสังคม ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการฝึกทักษะที่สามารถลดความเสื่อมสภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย การฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยา โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถลดอาการทางจิตและปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การฝึกเสริมทักษะด้านการบริหารจัดการยา และการจัดการกับอาการของ Liberman (2006)

5.1 ทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom management) ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรคประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับ

อาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเองโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

5.1.1 ทักษะการประเมินสังเกตอาการอาการเตือน (Warning signs of relapse) หมายถึง การประเมิน และการสังเกตเกี่ยวกับลักษณะอาการเตือน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตโดยที่การประเมิน หรือ การสังเกตนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำมาได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

5.1.2 ทักษะการจัดการกับอาการเตือน (Managing warning signs) การขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางสาธารณสุข ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

5.1.3 ทักษะการปรับตัวกับอาการเรื้อรัง (Coping with persistent symptoms)

5.1.4 ทักษะการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาคลายเครียด (Avoiding alcohol and street)

5.2 ทักษะด้านการบริหารจัดการกับยา (Medication management) ประกอบด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยาโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

5.2.1 การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา (Obtaining information about anti-psychotic medication)

5.2.2 การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการบริหารยา ทักษะการจัดการเรื่องยา การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย (Knowing correct self administration and evaluation)

5.2.3 การอธิบายถึงผลข้างเคียงของยาทางจิต และการสังเกตถึงปัญหา จากการรับประทานยา (Identifying side effects of medication)

5.2.4 ทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ หรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา หากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล (Negotiating medication issues with health providers)

สรุปการฝึกทักษะเป็นรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน

6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et.al.(1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ (joining) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training) ด้านการบริหารจัดการยา และการจัดการกับอาการของ Liberman (2006) มาใช้แต่มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในส่วนของการฝึกทักษะ ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกเสริมทักษะในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและการพัฒนา การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด (joining) (Family education) ของ Anderson et.al.(1980)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ ของ Anderson et.al.(1980) โดยรวมกิจกรรมที่ 1และ2 เพื่อเหมาะสมกับเนื้อหาและเวลาในการดำเนินกิจกรรม
กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต	การจัดการกับอาการทางจิต ตามการศึกษาของ Liberman et al. (1988)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Anderson et al. 1980 และเน้นการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทั้ง 4 กิจกรรมของ Liberman et al. (1986)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา	การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา ตามการศึกษาของ Liberman et al. (1986)	ผู้วิจัยแยกรูปแบบกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Anderson et al.(1980)ในส่วนของกิจกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวเนื่องจากผู้วิจัยต้องการเน้นการฝึกทักษะการบริหารจัดการยา ตามการศึกษาของ Liberman et al.(1986) ทั้ง 4 กิจกรรม
กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การบริหารเวลา การติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด (joining) (Family education) ของ Anderson et.al.(1980)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Anderson, Hogarty, and Reiss (1980) และได้รวมการพัฒนาทักษะทางด้านสังคมและการติดต่อสื่อสารการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและได้เพิ่มเติมในส่วนการบริหารเวลาเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหามากยิ่งขึ้น
กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญและการผ่อนคลายความเครียด และทักษะการแก้ปัญหา	การให้สุขภาพจิตศึกษาตาม(problem solving skills) ของ Anderson et al.(1980)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Anderson et al. (1980) โดยนำทักษะในการแก้ปัญหาพร้อมกับทักษะการเผชิญและการผ่อนคลายความเครียดเพื่อความสอดคล้องในเนื้อหาและการทำกิจกรรม
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป		ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในส่วนการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป เพื่อให้สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยได้ครอบคลุม

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสัปดาห์ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้งเป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก โดยผ่านขบวนการกิจกรรมการเล่นเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสนุกสนานในการสร้างสัมพันธภาพ จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและอธิบายวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการสอน แนะนำ สาธิตให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ เกิดความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้น โดยมีผู้ดูแลให้การสนับสนุนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ โดยการฝึกทักษะ เรื่องการประเมินสังเกตและการจัดการกับกับอาการเตือน ทักษะการปรับตัวกับอาการเฉียบพลัน ทักษะการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาคลายเครียด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และลดการเกิดอาการทางจิต โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาโดยการฝึกทักษะ ทำให้ทราบถึงแนวทาง และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้มีอาการดีขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในการรักษา มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา เป็นการ ฝึกทักษะซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้โดยทักษะการจัดการเรื่องยานั้นจะรวมไปถึงทักษะการประเมินสังเกตอาการถึงปัญหาหรือความร่วมมือในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาเพื่อจะได้ช่วยเหลือและประคับประคองตามอาการ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกอาการข้างเคียงของยาที่เคยทราบ และให้

ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผล เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะ โดยให้เขียนลงในใบงาน แล้วอ่านรายงานให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง ฝึกการรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยา ทางจิตเวช การปฏิบัติตามแผนการ ได้รับยาฝึกการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียง จากยา หรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรง ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และมีการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจาก แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา โดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับการพัฒนาและฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสาร และทักษะการขอความช่วยเหลือ ซึ่งการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการสร้างเครือข่าย หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) สำหรับการฝึกทักษะการบริหารเวลา โดย การฝึกการจัดการลำดับความสำคัญของกิจกรรม และจัดทำตารางกิจกรรมและการแบ่งเวลาที่ เหมาะสม กิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรมทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ ผลกระทบและรูปแบบการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียด ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการคลายเครียด โดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการนวดกดจุดคลายเครียด และค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในการทำกิจกรรมยามว่าง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดตามวิธีที่สมาชิกส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติ 1-2 วิธีซึ่งวิธีการผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์และด้านจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้มีการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ในห้วงเวลา ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งใด

ต่อไปก็จะแจ่มใสขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการจัดการกับอาการทางจิตและมีการทำหน้าที่ทางสังคมด้านกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ผ่านขบวนการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม โดยผ่านกิจกรรมเรื่องเล่าจากนวนิยายจีนเรื่องถ้าน้ำ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002) การเผชิญกับการรับรู้ตราบาปด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจในตัวเอง และสร้างความตระหนักในเรื่องความสำคัญของการทำงานผ่านกิจกรรมการฟังกรณีศึกษาของตัวละครและฝึกการวิเคราะห์ผ่านใบงาน ทำให้มีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการติดต่อทางสังคมดีขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จีระพรรณ สุริยงค์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเมษายน 2550 ผลการศึกษาพบว่า 1. คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และการติดตามผลทันที หลังจากจบโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ทันที และหลังติดตามผลในระยะ 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 18 คน โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลง ในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน 3 เดือน

วิริยจน์ ไชยจันทร์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อยาและสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง กับการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยวัดหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Rummel-Kluge and Kissling (2008) ได้ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยวิธี meta-analyses/reviews ในช่วงปี 1997 ถึง 2007 จากหลายประเทศ เช่น เยอรมนี, ออสเตรเลีย, สวิสเซอร์แลนด์, สหรัฐอเมริกา, อิตาลี, ในจีเรีย, จีน, เกาหลี และฮ่องกง พบว่าการให้ psychoeducation เป็นแนวทางการรักษาที่ทันสมัย เป็นการบูรณาการที่ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาตนเองและรวมถึงสมาชิกในครอบครัวที่

จะรับมือกับความเจ็บป่วย จากหลักฐานพบว่า psychoeducation สามารถลดการกำเริบของโรค และมีผลในเชิงบวกอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ลดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดได้ดีขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษา ลดจำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาล, ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ลดลง อีกทั้งสุขภาพจิตของทั้งครอบครัวก็ดีขึ้นด้วย

Jaracz et al. (2007) ศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งติดตามเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 74 คน เป็นชาย 46 คน และหญิง 28 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้มี สุขภาพดี เพศชาย 52 คน และเพศหญิง 34 คน มีการติดตามการทำหน้าที่ใน 3 ช่วงเวลา คือ 1 เดือน (T1), 13 เดือน (T2) และ 4-6 ปี (T3) หลังจากการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือวัดทางจิตเวช คือ Social Functioning Scale (SFS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment Scale (GAS) และ socio-demographic questionnaire ผลของการศึกษาพบว่าคะแนน SFS ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาต่างๆ (T1 - 103.5; T2 - 104.4; T3 - 107.0) จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ 117.0 ($p < 0.001$) การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมาจากอาการของโรค และจะดีขึ้นได้ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพศหญิง ระดับการศึกษา การทำหน้าที่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่า จะที่เป็นตัวทำนายสำคัญ ถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Ran et al. (2010) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพร่องในการทำหน้าที่ด้านการทำงาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชนบทจีนเป็นการศึกษาในระยะยาวใช้เวลา 10 ปี (1994-2004) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของประเทศจีนจำนวน 510 คน ผลการศึกษา พบว่าอัตราการว่างงานเพิ่มจาก 12% ในปี 1994 เป็น 23% ในปี 2004 และ ในปี 1994 มีการทำงานแบบเต็มเวลา หรือมีความสามารถในการทำงาน 48.6% ในปี 2004 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำงานแบบเต็มเวลา หรือมีความสามารถในการทำงาน 27.3% สถิติความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ผลการวิเคราะห์พบว่าการพร่องในการทำหน้าที่ด้านการทำงานมีความสัมพันธ์กับ 12 ปัจจัยคือ เพศชาย วัยสูงอายุ อายุเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรก ระดับการศึกษาสูง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดผู้ดูแล สถานะทางการงาน ที่อยู่อาศัยที่ทรุดโทรม หรือไม่มีบ้าน ค่าคะแนน Social Disability Screening Schedule ที่สูง มีอาการทางจิต ไม่เคยได้รับยาทางจิต

Li and Arthur (2005) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลใหญ่ในประเทศจีน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจำนวน 101 คน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นเวลา 3 เดือนและ 9 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

อาการ การทำหน้าที่ พฤติกรรมทางจิตสังคม การกลับเป็นซ้ำและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ความรู้ครอบครัวไปนั้น มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 9 เดือนแล้ว และพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง

Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางยา และการจัดการกับอาการ ต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศเกาหลี จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตในเรื่องการจัดการทางยาและการจัดการกับอาการ โดยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชดูแลตนเองและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.014$ และ $p=0.005$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training) ด้านการจัดการกับยา และการจัดการกับอาการของ Liberman (2006) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาทีซึ่งสามารถสรุปดังกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ พัฒนาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ ของ Anderson et.al.(1980) และแนวคิด Modular skill training (Lieberman, 2006)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการรักษา

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ฝึกทักษะการสังเกตอาการเตือนและฝึกทักษะการกับอาการเบื้องต้นได้

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยาเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบริหารยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาคลายเครียด

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป โดยการสร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง

การทำหน้าที่ทางสังคม
(Birchwood et al., 1990)

- 1.การถอนตัวจากสังคม/ การมีส่วนร่วมทางสังคม
- 2.การสื่อสารระหว่างบุคคล
3. การมีกิจกรรมทางสังคม
4. กิจกรรมนันทนาการ/ การพักผ่อนหย่อนใจ
- 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
- 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง
7. การจ้างงาน/อาชีพ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคมจังหวัดลพบุรี ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตัวแปรตามคือ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- โดย X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
- O1 หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
- O2 หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
- O3 หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 และผู้ดูแลที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2555 จากการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม โดซคัดเลืออกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภท และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD- 10
2. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสติภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ทั้งชายและหญิง
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม และมีอาการคงที่ (ไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหัวใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
4. สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทัศนคติต่อยาและสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรก ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท ของวิริยจันท์ ไชยจันทร์ (2550) มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 81% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 18.54 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน เนื่องจากงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็น โค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2001) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม จำนวน 40 คน แบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตทุเลา

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

4. จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้

4.1 เพศ เนื่องจากพบว่าเพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าทีได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีกว่าเพศชาย (Bozikas et al., 2006)

4.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากจะยังมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้น้อยลง (Breier et al., 1991)

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2555 โดยคัดเลือกเฉพาะเขียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยทำการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจัดทำบันทึกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่องเพศและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อจับคู่จนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการจับสลากทีละคู่เพื่อ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 20 คน เข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (Pre-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และ

ได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (ผู้วิจัยสร้างเอง)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ ผู้วิจัยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาและการฝึกเสริมทักษะโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้พัฒนาพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีหน้าที่ทางจิตสังคมที่ถูกต้อง มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและการบำบัดด้านจิตสังคมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

1.2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ของ Anderson et.al.(1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน(partnership) ในกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ (Modular skill training) ซึ่งประกอบด้วยการฝึกทักษะ ด้านการจัดการกับ

อาการ และการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

กิจกรรมที่ 1 การสัมพันธ์ภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก โดยผ่านขบวนการกิจกรรมการเล่นเกมส์เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสนุกสนานในการสร้างสัมพันธ์ภาพ จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตัวเองและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น (Kaplan and Sadock., 1995)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิกจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา

สาระสำคัญ

การสร้างความตระหนักเรื่องการรักษาพยาบาลนั้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญของสมาชิก คือ การขาดความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และ การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และฝึกทักษะให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้สามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Cooke et al., 2007) ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นจะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม (Lieberman , 2006)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การบริหารเวลา การติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Chien et al., 200)

การฝึกทักษะเรื่องการบริหารเวลา ผู้ป่วยจิตเภทขาดความตระหนักและไม่สามารถวางแผนหรือจัดการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Harven et al., 2006) ดังนั้นการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินชีวิตประจำวันควรมีกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว กิจกรรมด้านการทำงาน อาชีพ การกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Lieberman, 2006)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์และรู้จักตนเองโดยพยายามเป็นผู้ให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม การให้กำลังใจ โดยผ่านกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยมองข้อดีของตนเองและผู้อื่น และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักใน ความสำคัญของการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการทำงานและการ ประกอบอาชีพและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น (Rusch et al., 2009)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่ง ประกอบไปด้วย แผนกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ ของผู้ป่วยโรคจิต เภทในชุมชน ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยหาค่าความตรงของ เนื้อหา ด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือ ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมตามที่คุณวุฒิ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของ

เนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ชื่อกิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท” ปรับเป็น “การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท”

กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด” ในความรู้ที่ 5/4 เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด น่าจะเป็นวิธีที่ผู้ป่วยทำได้ง่าย ๆ คุณเป็นรูปธรรมกับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การวาด-กดจุดคลายเครียดผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเนื้อหาการวาด-กดจุดคลายเครียดเพื่อเป็นกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกอีก 1 กิจกรรม

ควรพิจารณาเรื่องเวลาระหว่างการทำกิจกรรมหากใช้เวลาถึง 90 นาทีต่อเนื่องกัน สมาชิกของผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรมอาจไม่มากพอ ควรมีการสอดแทรกเกมส์ แจกของรางวัลและจัดอาหารว่างระหว่างกิจกรรม ผู้วิจัยได้ปรับลดระยะเวลาในการทำกิจกรรม เป็นระยะเวลา 45-60 นาทีเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน 1 กลุ่ม จำนวน 6 คน โดยดำเนินการจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มเติม เนื้อหาควรปรับให้กระชับขึ้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย โดยนำเกมส์แนะนำตัวมาใช้ช่วยเพิ่มความสนุกสนานและช่วยกระตุ้นความคิดทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกได้มากขึ้น การแจกแบบประเมินและแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทำต่อเนื่องกันอาจทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิและผู้ป่วยบางรายกังวลกลัวไม่ทันคิวตรวจ ต้องนำเกมส์ที่เชื่อมโยงกับเนื้อหาความรู้ ที่ต้องการสอนมาสอดแทรกเป็นระยะๆ และตอบคำถามชิงรางวัล ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เบื่อหรือหลับระหว่างการทำกิจกรรม ไม่มีผู้ป่วยบ่นเบื่อหรือขอออกจากกลุ่มก่อนเวลา และในกิจกรรมที่ 1 การสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ผู้ป่วยตอบแบบทดสอบ “ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท” เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทก่อนให้ความรู้ ให้เวลาทำแบบทดสอบ 10 นาที ผู้วิจัยได้ปรับตัวอักษรในแบบสอบถามให้ใหญ่ขึ้น ก็ยังพบอุปสรรคคือกลุ่มตัวอย่างบางท่านมีปัญหาเรื่องการมองเห็นเช่น สายตายาว มีตาพร่า จึงไม่สามารถ

ทำแบบทดสอบได้ ผู้วิจัยจึงปรับวิธีในรายที่มีปัญหาด้านการมองเห็นผู้วิจัยจะช่วยอ่านข้อคำถาม และขีดคำตอบตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการทำงานที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990)

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในระยะ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

2.2. แบบประเมินทักษะการทำงานที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) (SFS) ของ Birchwood et al. (1990) เพื่อประเมินการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบประเมินวัดการทำงานที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งหมด 7 ด้าน พิสัยของคะแนน 0- 3 คะแนน คือ

2.2.1 การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0-15 คะแนน

2.2.2 การสื่อสารระหว่างบุคคลมีข้อคำถาม 4 ข้อ มีข้อให้คะแนน 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 9 คะแนน

2.2.3 การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ มีค่าคะแนน 0-66 คะแนน

2.2.4 กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าคะแนน 0-45 คะแนน

2.2.5 ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน

2.2.6 ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน

2.2.7 การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงาน มีข้อคำถาม 3 ข้อ มีการทำงานระดับคะแนน 7-10 คะแนน ถ้าไม่ได้ทำงาน ระดับคะแนน 0-6 คะแนน

รวมข้อคำถาม 75 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผลคะแนนได้ตามค่าคะแนนดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 95 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 96 - 105 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมได้ปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 106 - 125 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี

คะแนน อยู่ในช่วง 126 - 135 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีมาก

ผลการศึกษาในด้านความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) ของแบบวัด Social Functioning Scale เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ที่ยอมรับกันทั่วไป ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ 0.8 มีค่าความตรง 0.94 โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม มาแปลแบบย้อนกลับ (BackTranslation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้นำมาดัดแปลงด้านภาษา ความหมายและข้อคำถาม ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เช่น ลักษณะของกีฬา สควอช, เทเบิลเทนนิสและลักษณะกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจการ ไปซื้อของตามห้างสรรพสินค้าผู้วิจัยได้ปรับตามบริบทของสังคมไทย เป็นกีฬา ปิงปอง สนุกเกอร์ หมากฮอส หมากรูก การไปซื้อของตามร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

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

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ดังนั้น แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยปรับปรุงและนำมาใช้ในการ

วิจัยเรื่องนี้ จึงมีค่าความจริงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา และปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อคำถาม การสื่อสารระหว่างบุคคล

ข้อ 3 ปรับข้อความจาก “คุณสามารถจะสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เหมาะสมแค่ไหน เป็น “คุณสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม”

ข้อ 4 ปรับข้อความจาก “คุณสามารถที่จะพูดคุยร่วมสนทนากับผู้อื่นได้” เป็น “คุณสามารถพูดคุยร่วมสนทนากับผู้อื่นได้ อย่างเข้าใจตรงกับความต้องการ ”

ข้อคำถาม การทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง

ข้อที่ 10 ปรับข้อความจาก “ใช้เงินในการจับจ่ายซื้อของได้” เป็น “ใช้เงินในการจับจ่ายซื้อของด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม”

ข้อที่ 13 ปรับข้อความจากการ”ดูแลลักษณะส่วนบุคคลแต่งกายเหมาะสม” เป็น “แต่งกายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม”

ข้อคำถาม กิจกรรมทางสังคม

ข้อ 3 ปรับข้อความจาก “ดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (สควอช, เทเบิลเทนนิส)”เป็น “ไปดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (ปิงปอง สนุกเกอร์ หมากรอก หมากรุก)”

ข้อ 4 ปรับข้อความจาก “ดูกีฬาในสนามกลางแจ้ง (ฟุตบอล, รักบี้)” เป็น “ไปดูกีฬาในสนามกลางแจ้ง (ฟุตบอล, การแข่งกรีฑา)”

ข้อ 8 ปรับข้อความจาก “พบปะสังสรรค์พูดคุย” เป็น “พบปะสังสรรค์ พูดคุยกับเพื่อน”

ข้อคำถาม ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

ข้อ 5 ปรับข้อความจาก “ซื้อของตามห้างสรรพสินค้าประจำสัปดาห์” เป็น “ซื้อของตามร้านสะดวกซื้อหรือห้างสรรพสินค้าได้เอง”

ข้อ 9 ปรับข้อความจาก “เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ ล้างจาน หม้อ ฯลฯ ให้สะอาด” เป็น “เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ได้เอง”

ข้อ 11 ปรับข้อความจาก “ ออกจากบ้านไปทำธุระได้ตามลำพังคนเดียว” เป็น “ออกจากบ้านไปทำธุระนอกบ้านได้ตามลำพัง”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงของ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพืมนานิคม จังหวัดลพบุรี ซึ่ง ไม่ได้เป็นกลุ่ม

ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วย้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละด้านดังนี้ 1.การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.96 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.97 3. การมีกิจกรรมทางสังคม ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93 4.กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภท (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง 2540) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท (ผู้วิจัยสร้างเอง)

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ของทานตะวัน เข้มนาม (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งการให้คะแนนคือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20 ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3, 10, 18 เกณฑ์การวัดระดับความรู้มีดังนี้

11-20 คะแนน มีความรู้ระดับสูง

0 -10 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 ปรับคำว่า “โดนกระทำ” เป็น “โดนของ”

ข้อที่ 4 ปรับคำว่า “ส่งผล ” เป็น “ทำให้”

ข้อที่ 6, 7, 8 ปรับคำว่า “คนที่ เป็น โรคจิตเภท” เป็น “คนที่ป่วยเป็น โรคจิตเภท”

ข้อที่ 7 ปรับข้อคำถามเพิ่มข้อความ “แยกตัวอยู่คนเดียว”

ข้อที่ 10 ปรับคำว่า “ทุเลา” เป็น “เป็นปกติ”

ข้อที่ 11 ปรับข้อคำถามจาก “การรักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการทุเลาแล้ว สามารถหยุดยาได้เอง” เป็น “รับประทานยารักษาโรคจิตเภท อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล”

ข้อที่ 13 ปรับคำว่า “ถ้า” เป็น “เมื่อมี”

ข้อที่ 16 ปรับคำว่า “ควร” เป็น “สามารถ”

ข้อที่ 17 ปรับข้อคำถามจาก “ขณะรับประทานยาสามารถทำงานตามความถนัดร่วมกับผู้อื่นได้” เป็น “ช่วงที่กำลังรักษา ท่านสามารถทำงานบ้านหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้”

ข้อที่ 18 ปรับข้อคำถามจาก “ขณะอยู่ที่บ้านท่านไม่สามารถทำงานตามความถนัดหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้” เป็น “ขณะอยู่ที่บ้านท่านไม่สามารถทำงานบ้านหรือทำงานร่วมกับผู้อื่น”

ข้อที่ 19 ตัดคำว่า “ ควร ” ออก

ข้อที่ 20 ปรับคำว่า “อยู่ร่วม ” เป็น “มีปฏิสัมพันธ์”

และมีข้อเสนอแนะเพิ่มแบบสอบถามที่จะใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างควรพิมพ์ด้วยตัวอักษรใหญ่พอควร เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีตาพร่า บางท่านไม่ได้เอาแว่นสายตามาดูด้วยและบางท่านอ่านหนังสือไม่เก่ง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการจัดการกับยาของผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรโดยการใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson-20) ซึ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

3.2. แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการฝึกเสริมทักษะ ด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การจัดการกับอาการและการจัดการเกี่ยวกับ

การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเภทข้อความแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1-15 เป็นด้านจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และข้อคำถามที่ 16-30 เป็นด้านความสามารถ การสังเกตและการจัดการกับอาการ ข้อคำถามแบ่งเป็น ข้อความทางบวก 19 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30 และข้อคำถามทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ ได้แก่ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 25, 26, 27, 28 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
นานๆ ครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผล คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งฉบับ 120 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้
 คะแนน < 70 หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาระดับต่ำ
 คะแนน 70-80 หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาระดับ ปานกลาง
 คะแนน > 81 หมายถึง หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไป ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 5 ปรับข้อความจาก“เมื่อมีความจำเป็น” เป็น “มีอาการ หงุดหงิด นอนไม่หลับ หรือควบคุมตนเองไม่ได้”

ข้อที่ 7 ปรับคำว่า “ท่านเคยปรับเพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง” เป็น “ท่านเคยปรับเพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดยาเอง”

ข้อที่ 10 ปรับข้อความจาก “อาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต” เป็น “อาการ น้ำลายไหล ตัวแข็งลิ้นแข็ง ตาเหลือก ”

ข้อที่ 11 ปรับคำว่า “แผนการรักษา” เป็น “เปลี่ยนยา ”

ข้อที่ 10 ปรับข้อความจาก “หากอาการดีขึ้นแล้วท่านจะยังรับประทานยาสม่ำเสมอ” เป็น “ถึงแม้อาการดีขึ้นแล้วท่านยังคงรับประทานยาสม่ำเสมอ ”

ข้อที่ 15 ปรับข้อความจาก “ท่านสามารถประเมินอาการที่เปลี่ยนไปของตนเองเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนยาตามความจำเป็น”เป็น “ ท่านสามารถประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเองเพื่อใช้ในการปรับขนาดยาตามความจำเป็น”

ข้อที่ 17 ท่านปรึกษาผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง และมีความผิดปกติเช่นนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า”เป็น”ท่านปรึกษาผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการผิดปกติเช่น นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน”

ข้อที่ 18 ปรับคำว่า “ประสาทหลอนและหลงผิด” ออก

ข้อที่ 20 ปรับข้อความจาก “ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน” เป็น “ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน”

ข้อที่ 21 ปรับข้อความจาก “ท่านมีวิธีที่จะจัดการกับอาการหูแว่วและอยู่กับอาการได้” เป็น “ท่านมีวิธีจัดการกับอาการหูแว่วหรือเห็นภาพที่คนอื่นมองไม่เห็นและอยู่กับอาการนั้นได้”

ข้อที่ 23 ปรับข้อความจาก”ท่านสามารถจัดการกับความคิดแปลก ๆ ที่ดูผิดจากคนปกติเช่นความคิดเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่ง ร่ำรวยหรือเป็นผู้วิเศษ” เป็น “เมื่อท่านมีความคิดแปลกๆ เช่นมีความคิดว่าไม่ใช่ตนเองหรือมีความคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ เก่ง ร่ำรวยหรือเป็นผู้วิเศษ ท่านรู้ว่าต้องทำอะไร”

ข้อที่ 27 ปรับข้อความจาก ”ท่านดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นระบบประสาทที่ทำให้ตื่นตัว เช่น กระทิงแดงฉลาม ลิโพวิตันดี หรือยี่ห้ออื่น “ เป็น “ท่านดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาทเช่น กระทิงแดงฉลาม ลิโพวิตันดี หรือยี่ห้ออื่น”

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.9

วิธีการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะทดลองและระยะประเมินผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม ร่วมกับเข้ารับการศึกษาในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิตและรายวิชาการประเมินสุขภาพจิตขั้นสูงจำนวน 3 หน่วยกิต ผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาที่กรมการนวดแผนไทย โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯกรุงเทพมหานคร และฝึกทักษะการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเป็นประจำในขณะปฏิบัติงาน

1.2 เตรียมเครื่องมือและศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท แบบ ประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 วางแผนการดำเนินงานและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอหนังสือผ่าน คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคน ถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การทดสอบเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่การศึกษา แจ็งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา

1.4 เตรียมผู้ช่วยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้แจกเอกสาร อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ให้การช่วยเหลือในการกระตุ้นผู้ร่วมกลุ่มพร้อมกับให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มิกิจกรรมการฝึกทักษะต่างๆทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ และรายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจนมีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.5 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก แล้วขออนุญาตดูแลแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่าง ตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair Matched) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002) แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Pair Matched) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	จำนวนครั้งของการรักษาใน โรงพยาบาล	เพศ	จำนวนครั้งของการรักษา ในโรงพยาบาล
1	ชาย	3	ชาย	3
2	ชาย	4	ชาย	4
3	ชาย	2	ชาย	2
4	หญิง	1	หญิง	1
5	หญิง	2	หญิง	2
6	ชาย	2	ชาย	2
7	หญิง	1	หญิง	1
8	ชาย	2	ชาย	2
9	ชาย	3	ชาย	3
10	ชาย	4	ชาย	4
11	ชาย	0	ชาย	0
12	ชาย	1	ชาย	1
13	ชาย	1	ชาย	1
14	ชาย	2	ชาย	2
15	หญิง	3	หญิง	3
16	ชาย	3	ชาย	3
17	ชาย	2	ชาย	2
18	ชาย	3	ชาย	3
19	ชาย	1	ชาย	1
20	ชาย	5	ชาย	5

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	80.0	16	80.0	32	80.0
หญิง	4	20.0	4	20.0	8	20.0
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.00
30-39 ปี	12	60.0	11	55.0	23	57.50
40-49 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.00
50-59 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.50
สถานภาพสมรส						
โสด	16	80.0	16	80.0	32	80.0
คู่	3	15.0	2	10.0	5	12.50
หย่าร้าง	1	5.0	2	15.0	3	12.50
หม้าย	0	0	0	0.0	0	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40.0	13	65.0	21	52.5
มัธยมศึกษา	9	45.0	5	25.0	14	35
อนุปริญญาตรี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	11	55.0	14	70.0	21	52.5
รับจ้าง	5	25.0	5	25.0	8	20.0
รับราชการ	0	0	0	0	0	0
ค้าขาย	1	5.0	0	0	1	2.5
เกษตรกรรม	3	15.0	1	5.0	4	10.0
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	0
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	8	40.0	12	60.0	20	50
0-1000 บาท	3	15.0	3	15.0	6	30
1,001-2000 บาท	2	10.0	2	10.0	4	10.0
มากกว่า 2,000 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	1	5.0	1	25.0	2	25.0
1-2 ครั้ง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
3-4 ครั้ง	7	35.0	7	35.0	14	35.0
5 ครั้งขึ้นไป	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1-2 ปี	3	15.0	1	0.5	4	10.0
มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	17	85.0	19	95.0	36	90.0
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา/มารดา	11	55	16	80	27	67.5
สามี/ภรรยา	4	20	2	10	6	15
พี่น้อง	5	25	2	10	7	17.5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	5	25.0	9	22.5
หญิง	16	80.0	15	75.0	31	77.5
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	2	10.0	4	20.0	6	15.0
30-39 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.00
40-49 ปี	4	20.0	2	10.0	6	15.0
50-59 ปี	10	50.0	10	50.0	20	50.0
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15.0	2	10.0	5	12.5
คู่	10	50.0	16	80.0	26	65.0
หย่าร้าง	3	15.0	1	5.0	4	10
หม้าย	4	20.0	1	5.0	5	12.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	18	40.0	14	65.0	32	80
มัธยมศึกษา	0	45.0	5	25.0	5	12.5
อนุปริญญาตรี	1	10.0	0	5.0	1	2.5
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	2	10.0	2	10.0	4	10.0
รับจ้าง	9	45.0	12	60.0	21	52.5
รับราชการ	0	0	0	0	0	0
ค้าขาย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
เกษตรกรกรรม	8	40.0	5	25.0	13	32.5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอและเหลือเก็บ	6	30.0	6	30.0	12	32.5
เพียงพอกับรายจ่าย	4	20.0	5	25.0	9	22.5
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	8	40.0	7	35.0	15	37.5
ไม่มีรายได้	2	10.0	2	10.0	4	10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา	3	15.0	5	25.0	8	20.0
มารดา	10	50.0	10	50.0	20	50.0
พี่	2	10.0	2	10.0	4	10.0
น้อง	2	10.0	3	15.0	6	15.0
สามี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ภรรยา	2	10.0	1	5.0	0	0
ระยะเวลาในการดูแล						
1-2 ปี	1	15.0	1	0.5	4	10.0
มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	19	85.0	19	95.0	36	90.0

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลพัฒนานิคม ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ณ.คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว	กลุ่มที่ 1	25 กรกฎาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	25 กรกฎาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	27 กรกฎาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต	กลุ่มที่ 1	28 กรกฎาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	28 กรกฎาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	31 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา	กลุ่มที่ 1	1 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	1 สิงหาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	5 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมใน การติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา	กลุ่มที่ 1	4 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	4 สิงหาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	7 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด	กลุ่มที่ 1	8 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	8 สิงหาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	10 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป	กลุ่มที่ 1	11 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น
	กลุ่มที่ 2	11 สิงหาคม 55	เวลา 10.-10.45 น
	กลุ่มที่ 3	15 สิงหาคม 55	เวลา 8.30.9.15น

กิจกรรมที่ 1 การสัมพันธ์ภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสสร้างความคุ้นเคยกับผู้วิจัย
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วม

กิจกรรม

4. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง

เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
3. สมาชิกบอกการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก โดยผ่านขบวนการกิจกรรมการเล่นเกมส์เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสุขสนทนในการสร้างสัมพันธ์ภาพ จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบ

ของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตัวเองและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น (Kaplan and Sadock, 1995)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 1/2 ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย
3. ใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง โรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 1/3 โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร
6. ดินสอ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรม

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกร่วมล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิด โดยการทักทายสมาชิก และเล่นเกมส่นแนะนำตนเองของสมาชิกเพื่อ สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย เป็นกันเอง
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกเสริมทักษะ และกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกตอบ แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทตามใบงานที่ 1/1 (Pre-test)
5. ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยในเรื่องอาการ การรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมามาตามใบงานที่ 1/2 และให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันและมีการสนับสนุนให้กำลังใจ
6. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในหัวข้อเรื่อง :
 - โรคจิตเภทคืออะไร
 - โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง
 - สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย
 8. ให้ความรู้หัวข้อต่อไปเรื่อง : โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร
 9. ให้สมาชิกสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละข้อ และผู้วิจัยช่วยสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้ง
- พร้อมประเมินแบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทตามใบงานที่ 1/1(Post-test) ผู้วิจัยสรุปประเด็นและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2. สมาชิกมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. สมาชิกสามารถตอบคำถามเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งพบว่า

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยประเมินจากสีหน้าท่าทาง การสนทนาและความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและกล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนต่อพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยกันเอง มีผู้ป่วยเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้น จากการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับคนในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนาท่าทางและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม จึงให้ความร่วมมือกับพยาบาลและเพื่อนสมาชิกในการทำกิจกรรมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลและกลุ่มสมาชิกได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการทำให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินความรู้เดิมเรื่องโรคจิตเภทนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง เช่น

“โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น”

“โรคจิตเภทเกิดจากพันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ และพิษจากสิ่งเสพติด”

“อาการของโรคจิตเภท คือ หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย หรือ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ”

ระหว่างการสนทนา กลุ่มผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และซักถามปัญหาต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “โรคจิตเภท มีทางรักษาให้หายขาด หรือไม่” ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง สมาชิกในกลุ่มจะบอกสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทแตกต่างกัน ดังนี้ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก อุบัติเหตุได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง การเสพยาเสพติด ดังตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เมื่อ 20 ปีก่อน ขัณธจักรยานยนต์ล้ม ต้องผ่าตัดสมองหลังจากผ่าตัด ก็พูดไม่รู้เรื่อง พูดคนเดียว เดินไปเดินมา “

“ที่เป็นแบบนี้ก็ เพราะเสพยาบ้า หลังจากนั้น ก็มีอาการหัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว กลางคืนไม่ยอมหลับยอมนอน เดินทั้งคืน กลัวคนมาฆ่า”

จากใบงานที่ 1/2 ใครบ้างที่มีส่วนช่วยให้คนได้รับการรักษา หลังจากที่ได้รับการรักษาแล้วอาการดีขึ้นอย่างไร สมาชิกในกลุ่มบอกว่า

“ตอนที่ป่วยไม่รู้ตัวเขาบอกว่าทูบตีพ่อใหญ่ อาละวาด มีหมอนนามัย ดำรวจ และญาติฯจับส่งโรงพยาบาลทั้งกินยาทั้งฉีดยาทุกเดือน ทำให้อาการดีขึ้นไม่ทำร้ายทูบตีพ่อใหญ่เหมือนเมื่อก่อน”

ผู้ดูแลได้มีโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนพูดคุยในกลุ่มที่ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเริ่มมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทที่มีลักษณะของการดำเนินโรคที่แบ่งเป็นช่วงๆ และทราบว่าช่วงไหนจะต้องดูแลอย่างไร มีผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า

“จริงๆด้วยโรคนี้มันไม่หายขาด เราก็นึกว่าดีแล้วหายแล้วจึงไม่ได้ดูแลมากพอ ไม่ได้กินยาสักพักอาการ ก็กลับมาไม่ดีอีก ตอนนี้เข้าใจละ”

จากคำพูดดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลแม้จะทราบอาการของผู้ป่วยว่าแบบไหนที่ไม่เหมือนคนอื่น แต่ก็ยังมีการตัดสินใจที่จะดูแลผู้ป่วยในอาการขณะนั้นเองโดยไม่ทราบว่าผลจะเป็นเช่นไรไม่ทราบว่าอาการลักษณะไหน ควรดูแลอย่างไรจึงถูกต้องและใช้การดูแลผู้ป่วยแบบลงมือปฏิบัติไปเรื่อยๆการดูแลจะเป็นในลักษณะการดูแลที่เป็นไปตามธรรมชาติ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้

3. เพื่อให้สมาชิกฝึกสังเกตรายงานอาการทางจิต วิธีจัดการกับอาการทางจิต และการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้

2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้

3. บอกถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตได้ และการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิกจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย

2. ใบงานที่ 2/2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

3. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

4. ใบความรู้ที่ 2/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย

5. ใบความรู้ที่ 2/3 การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่สมาชิกได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยสุ่มให้สมาชิกที่มีประสบการณ์การกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ เล่าสาเหตุที่กำเริบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนของตนเองตามใบงานที่ 2/1 และนำเสนอสิ่งที่ได้ทำลงในใบงานดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการเตือนที่พบได้บ่อยตามใบความรู้ที่ 2/1
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ตนเองเคยมีวิธีการป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเภทอาการทางจิต และวิธีการจัดการเมื่อสังเกตว่าตนเองเริ่มมีอาการกำเริบตามใบงานที่ 2/2 และนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานดังกล่าว
7. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง ตามใบความรู้ที่ 2/2 และใบความรู้ที่ 2/3
 - การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 - อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
 - อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท
 - การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 - วิธีการจัดการเมื่อสังเกตว่าตนเองเริ่มมีอาการกำเริบ
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น นัดหมายวันเวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนของตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการทางจิตของตนได้ถูกต้องเหมาะสม สำหรับการสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกได้ว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการหูแว่ว หลงคิด ประสาทหลอน ไม่สนใจดูแลตนเองและ ซึมเฉย ไม่พูด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เขาจะนั่งเฉยทั้งวัน ยิ้มคนเดียว ไม่พูดจากับใคร ไม่ยอมอาบน้ำต้องบอกทุกครั้ง และเก็ยคร้านไม่ยอมช่วยงานบ้านเอาแต่นอน “

“ผมหูแว่ว ได้ยินคนมาบ่น ช้างหูแต่ไม่รู้เขาบอกอะไร เป็นเสียงอยู่ในหูเกิดขึ้น เป็นช่วง ๆ รู้สึกรำคาญมากครับ “

“เขาบอกว่า เขาถูกฉลากกินแบ่งรัฐบาล เขารวยแล้วให้ แม่ไปขึ้นเงินให้

“อาการเตือนเริ่มแรกที่ทำให้รู้ว่าจะมีอาการกำเริบ ผมจะนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสียว่าย บางครั้งก็จะทะเลาะกับพี่ชาย”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกการป้องกัน อาการทางกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“เราจะป้องกันอาการทางกำเริบของโรคได้ โดยการรับประทานยารักษาโรคจิต อย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลายความเครียด”

“ตอนนี้หมอบอกให้สองสังเกตว่ามีอะไรที่ผิดปกติมาก่อน ซึ่งเมื่อสังเกตแล้วพบว่า ลูกนอนไม่หลับจะรีบบอกหมอก่อน หมอก็ปรับเพิ่มยาให้แล้วพอเขาหลับได้ เขาก็ไม่หงุดหงิด”

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลได้นำความรู้เรื่องทักษะการสังเกตอาการนำมาทดลองใช้และสามารถ ส่งผลต่อการดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคนเนดี เซพพ์ และ โอคอนเนอร์ (Kennedy, Schepp, and O'connor, 2000) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการเกี่ยวกับ การจัดการอาการและการกลับป่วยเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเอง ก่อนที่อาการจะกำเริบจะสามารถลด การกลับเป็นซ้ำได้ จากข้อความข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลนั้นมีส่วน ที่จะช่วยจัดการในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ในเรื่อง การสังเกตอาการนำ และสามารถช่วย จัดการอาการและส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา

ระยะเวลา 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาของ โรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และ วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาจากการรับประทานยา และมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. สมาชิกสามารถบอกการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. สมาชิกบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้
3. สมาชิกบอกถึงปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช และวิธีการจัดการกับปัญหานั้นได้
4. สมาชิกบอกถึงการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพตามความเหมาะสม

สาระสำคัญ

การสร้างความรู้ความตระหนักเรื่องการรับประทานยานั้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญของสมาชิก คือ การขาดความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และ การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และฝึกทักษะให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้สามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Cooke et al., 2007) ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นจะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม (Lieberman , 2006)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1ป่วยจิตไม่กินยาได้หรือไม่
2. ใบงานที่ 3/2 ประสพการณ์จากการรักษาด้วยยาจิตเวช
3. ใบงานที่ 3/3วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค
4. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 3/2วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค
6. ใบความรู้ที่ 3/3ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
7. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่สมาชิกได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

3. ผู้วิจัยสุ่มถามสมาชิก “ทุกคนเคยกินยาไซ้หรือไม่ว่า กินมานานเท่าไร และรู้สึกอย่างไรที่ต้องกินยา” และให้สมาชิก 2 คน อ่านกรณีศึกษา 1 และ 2 (กรณีทวนกับหนูนา) และให้สมาชิกได้พูดคุยตามประเด็นที่กำหนดให้ตามใบงานที่ 3/1 และผู้วิจัย สรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ของสมาชิกเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาตามใบงาน 3/2 จากนั้นให้ผู้พวายนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตตามใบความรู้ที่ 3/1
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกเล่าการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคและความกังวลใจที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตตามใบงานที่ 3/3
7. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้พวyleft ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคใบความรู้ที่ 3/2 และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาใบความรู้ที่ 3/3
8. ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกอาการข้างเคียงของยากับวิธีการจัดการเบื้องต้นตามใบงานที่ 3/2 และให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับครั้งนี้และผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
9. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าผู้มีส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องยาและรู้ว่ายามีความจำเป็นในการรักษาอาการแต่ยังขาดทักษะในการจัดการบริหารยาเช่น ลืมรับประทานยา รับประทานเอง และมีความกังวลที่เกิดจากการรับประทานยา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอนทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ กลัวเกิดอุบัติเหตุเพราะต้องขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ปากคอแห้ง มือสั่น บางท่านมีปัญหามือสั่น ขาดความมั่นใจ บางท่านหิวบ่อย ทานเก่ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จึงไม่ยอมรับรับประทานยาเพราะทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองเสียไปเป็นต้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาการจัดการกับอาการเบื้องต้น และจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการทำใบงานร่วมกันจะพบว่าสาเหตุที่สมาชิกส่วนใหญ่ต้องกลับป่วยซ้ำเนื่องจากการมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางท่านเล่าให้สมาชิกฟังว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทมาสิบกว่าปี รับประทานยาสม่ำเสมอตลอดจนรู้สึกว่ายากดีแล้ว คิดว่าไม่ต้องทานยาจึงหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาคนในครอบครัว ช่วง 1 เดือนแรกที่หยุดยาก็ไม่มีอาการผิดปกติอะไร จึงยังรู้สึกมั่นใจว่าตนเองหาย เมื่อเข้าเดือนที่สองเริ่มรู้สึกว่าตนเองหงุดหงิดง่าย บางครั้งไม่มีสาเหตุแต่ตนเองก็ไม่ทราบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของการกำเริบจนมีอาการเป็นมากขึ้น มีหูแว่ว หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ญาติจึงต้องนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Gaultiere

(2008) ที่กล่าวว่า 80% ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับมาป่วยซ้ำถ้าพวกเขาหยุดยา ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา คือ ปากคอแห้ง ง่วงนอน บางครั้งมือสั่น ใจสั่น ขาอ่อนแรงก็เลยกินยาบ้าง ไม่กินบ้าง”

“รับประทานยาแล้วทำให้รู้สึกมีนิ่วในกระเพาะ คัดอะไรไม่ค่อยออก แต่เมื่อไรที่หยุดยาจะทำให้สมองปลอดโปร่งมากขึ้น คิดว่าตนเองทำงานได้มากขึ้น”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องในการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยสามารถบอกอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและพบว่าผู้ดูแลทราบและเข้าใจในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และมีความรู้มากขึ้นโดยเฉพาะ ความรู้ในเรื่องการรักษาด้วยยาที่ถือได้ว่ายาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การบริหารเวลา การติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 45-60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการบริหารเวลา
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย
4. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะทางสังคมด้านการบริหารเวลาและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. สมาชิกบอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. สมาชิกเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง

3. สมาชิกมีทักษะทางสังคมด้านการบริหารเวลาและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

4. สมาชิกบอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Chien et al., 2003)

การฝึกทักษะเรื่องการบริหารเวลา ผู้ป่วยจิตเภทขาดความตระหนักและไม่สามารถวางแผนหรือจัดการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Harven et al., 2006) ดังนั้นการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินชีวิตประจำวันควรมีกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว กิจกรรมด้านการทำงาน อาชีพ การกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Lieberman, 2001)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 การติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือทางสังคม
2. ใบงานที่ 4/2 กาประเมินตนเองเกี่ยวกับการติดต่อขอสนับสนุนทางสังคม
3. ใบงานที่ 4/3 ตารางกิจกรรมประจำวันของฉันทัน
4. ใบความรู้ที่ 4/1 การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
5. ใบความรู้ที่ 4/2 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม
6. ใบความรู้ที่ 4/3 เรื่อง ความสำคัญเรื่องการแบ่งเวลาในชีวิตประจำวัน
7. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องเทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพและการพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ตามใบความรู้ที่ 4/1, 4/2

3. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารเพื่อขอความสนับสนุนทางสังคม” ในใบงานที่ 4/1,4/2 และ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสถานการณ์สมมติ
4. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
5. ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่มีในชุมชนตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถามและผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
6. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริหารเวลาที่มีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 4/3
7. ให้ผู้ปวยเล่าว่าภายใน 1 วัน ทำกิจกรรมใดบ้างตามใบงานที่ 4/3 ให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
8. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
9. มอบการบ้านให้สมาชิกกลับไปทำตามใบงานที่ 4/5 จำนวน 1 วันและนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก” และ “การสื่อสารทางลบ” พบว่า ผู้ปวยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ปวยบอกว่าเป็นสิ่งดี มีประโยชน์ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“บางทีเรื่องเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราพูดกันไม่ดีก็กลายเป็นเรื่องทะเลาะกันใหญ่หลวงแต่บางทีเรื่องใหญ่หลวง ถ้าเราพูดกันดีก็ไม่มีปัญหา สำคัญที่เราต้องพูดจากันดีๆ”

สำหรับการบริหารเวลา สมาชิกได้ช่วยการทำกิจกรรมและนำเสนอตารางกิจกรรมในแต่ละวันดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตัวอย่างการวางแผนกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

วันที่/เวลา	กิจกรรมที่วางแผนไว้
วันที่.....	
7.00 - 8.00	-ตื่นนอน ล้างหน้าแปรงฟัน อาบน้ำ
8.00 - 9.00	-รับประทานอาหารเช้า รับประทานยา
9.00 - 11.00	-ช่วยงานบ้าน (กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างถ้วย)
11.00 - 12.00	-พักผ่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ดูทีวี อ่านหนังสือ)
12.00 - 13.00	-รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 16.00	-ช่วยงานบ้านต่อ (กวาดลานนอกบ้าน ปลูกต้นไม้ ถางหญ้า)
16.00 - 19.00	-พักผ่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ดูทีวี ออกกำลังกายกับเพื่อน ๆ)
19.00 - 20.00	-รับประทานอาหารเช้า
20.00 - 21.00	-อาบน้ำแปรงฟัน ทำกิจวัตรส่วนตัว
21.00 - 22.00	-รับประทานยาก่อนนอน และเข้านอน

“ผมสนใจเรื่องการบริหารเวลา ผมขอเอกสารไปทำต่อที่บ้าน เพื่อจะได้เอาไปใช้จัดการเวลาให้เหมาะสมกับตนเองได้ไหมครับ”

“ผมชอบการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ไม่อ้วนไม่เครียด นอนหลับได้ดี”

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่าง เช่น รู้จักการกล่าวคำขอบคุณหรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยกันคิดขึ้นมาได้และผู้ป่วยสามารถจัดการเรื่องการบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นได้สมาชิกสามารถเพิ่มทักษะทางด้านสื่อสารได้ สามารถสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คนในกลุ่มได้ โดยสามารถขอ ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และสามารถระบุสาเหตุที่เลือกและบอกถึงสิ่งที่จะขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาได้

“วันนี้เลิกกิจกรรมของหมอแล้ว ปากกลับบ้านพร้อมกัน ผมขับรถมาเอง รอบหน้ามาด้วยกันเลย บ้านไปทางเดียวกันอยู่แล้ว”

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถ

นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้นักลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้นักลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 การจัดการกับความเครียด
2. ใบความรู้ ที่ 5/1 มารูจักความเครียดกันเถอะ
3. ใบความรู้ ที่ 5/2 ผลกระทบของความเครียด
4. ใบความรู้ ที่ 5/3 การจัดการกับความเครียด

5. ใบความรู้ ที่ 5/4 เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเรื่องความเครียด ความหมายสาเหตุ อาการตามใบความรู้ที่ 5/1, 5/2 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามผู้วิจัยได้
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยในประเด็น เมื่อท่านเกิดความเครียดขึ้น ท่านมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 5/1
3. ผู้วิจัยให้ความรู้การจัดการกับความเครียดตามใบความรู้ ที่ 5/3
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดตามใบความรู้ ที่ 5/4
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกเลือกและทดลองปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียดที่ตนเองสนใจ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอนและแนะนำในการฝึกปฏิบัติ
7. ร่วมกันอภิปรายสรุปผลกิจกรรม
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

การให้ความรู้เรื่องความเครียด เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการที่ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาเรื่องการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ไม่ได้ทำงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ปัญหาเรื่องผลข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคลดจิต เช่น ปากคอแห้ง ง่วงนอน ปัญหาเรื่องอาการทางจิตที่คอยรบกวน เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่กล้าพูดคุย หรือบอกคนอื่นในสิ่งที่ตนต้องการ เนื่องจากอาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว เป็นต้น ส่วนวิธีการจัดการความเครียดส่วนใหญ่ใช้วิธีที่เหมาะสมถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“เครียดนะที่ตัวเองเป็น แบบนี้งานการก็ไม่มีทำ ทำอะไรก็ไม่ได้ ไม่มีแรง รู้สึกง่วงนอนตลอดเวลา เป็นภาระให้กับครอบครัวไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกัน ”

“ผมก็เครียดนะ ไม่อยากออกไปไหนมาไหนเลย เพราะชาวบ้านชอบมองผมแปลกแปลกเหมือนผมเป็นตัวประหลาด”

“ฉันก็เครียดนะ ที่ถูกมาเป็นแบบนี้ทำอะไรก็ไม่ได้ งานการก็ไม่มี ถ้าฉันเป็นอะไรไปใครจะมาดูแลเขา คนอื่นเขาก็มีภาระ คิดที่ไรก็ลุ่มใจทุกทีเลย”

“ทำไมลูกเราต้องมาเป็นแบบนี้ ไม่หายสักทีรักษามานานเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล ไม่มีใครมาช่วยเหลือเลย เป็นภาระของเราคนเดียว งานการอะไรก็ทำไม่ได้ต้องให้บอกทุกเรื่อง คิดแล้วก็ลุ่มใจไม่รู้จะทำอย่างไรดี”

กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“เวลาเครียดก็ออกไปเดินเล่นพูดคุยกับเพื่อนข้างบ้านพอหายเครียดก็กลับบ้าน”

“เวลาเครียด ไปวัด ไปทำบุญ นั่งสมาธิ จิตใจก็สงบคืนะก็หายเครียดได้”

“ถ้าผมเครียดผมก็เปิดทีวี หรือไม่ก็เปิดเพลงฟังก็เพลินดีนะครับ”

การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และยินดีปฏิบัติตามที่พยาบาลให้คำแนะนำไปใช้ โดยสมาชิกบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน วิธีการผ่อนคลายความเครียด

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการฝึกการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงสาเหตุของความเครียด: “ความเครียดเกิดจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ทำงานไม่ไหว่วงนอน เงินไม่พอใช้ เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้ก็ยิ่งเครียดมากขึ้น” อาการและผลกระทบของความเครียด: “ผลของความเครียดทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย มีอาการทางจิตกำเริบ ผลต่อร่างกายทำให้ปวดหัว ท้องผูก นอนไม่หลับ”

ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงแนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ และผู้ป่วยสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หลังฝึกนวดกดคลายเครียด และ ผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจแล้วรู้สึกเบาหัวโล่งๆ สบายใจขึ้น”

ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมทำทุกวันเวลาอยู่บ้าน ยิ่งตอนเครียดๆ ทำให้ผมสบายใจขึ้น จนแม่ถามว่าทำอะไร ผมบอกว่าฝึกผ่อนคลายความเครียด แม่บอกว่าดีๆ ทำให้ผมทะเลาะกับพี่ชายน้อยลง”

สำหรับกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ป่วยชื่นชอบ คือการนวดกดจุดและการฝึกการหายใจ เพราะรู้สึกว่าการนวดนี้ได้รับการผ่อนคลาย ความเครียดลดลงและการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 คู่ ไม่ได้มาร่วมกิจกรรมเนื่องจากติดธุระสำคัญผู้วิจัย

จึงได้ติดตามขอความร่วมมือผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 ท่านในการร่วมกิจกรรมที่ 5 กับกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 3 ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ร่วมวิจัย

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

ระยะเวลา 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการรับรู้ตราบาป
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่าง

เหมาะสม

3. เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี ในการจัดการกับการรับรู้ตราบาป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปได้
2. บอกวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง โดยผ่านขบวนการวิเคราะห์และรู้จักตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารู้จักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม การให้กำลังใจ โดยผ่านกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยมองข้อดีของตนเองและผู้อื่น และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักใน ความสำคัญของการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการทำงานและการ ประกอบอาชีพและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น (Rusch et al., 2009)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1ความมีคุณค่าในตนเองเรื่องเล่า
2. ใบงานที่ 6/2ความสำคัญของการทำงาน กรณีเรื่องเล่า
3. ใบความรู้ที่ 6/1 ความมีคุณค่าในตนเอง
4. ใบความรู้ที่ 6/2 ใบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท “ป่วยจิตแล้วยังมีค่า”
6. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่สมาชิกได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 6/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่ 6/1 และบรรยายให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการทำงานใบความรู้ที่ 6/2
5. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ชักถาม
7. ผู้วิจัยเล่าเรื่องความภูมิใจของรามให้สมาชิกฟังหลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 6/2
8. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น
9. ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการชักถามปัญหาต่างๆ

การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาปเมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป โดยให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ตราบาป และวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีการรับรู้ตราบาปเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“พี่ผมชอบพูดบ่อยๆว่าผมบ้า สติไม่ดี พอผม โกรธ เขาก็บอกว่าเขาพูดเล่น แต่ผมรู้สึกไม่ดี ไม่อยากให้เขาพูดกับผมแบบนี้”

ผู้ป่วยรายหนึ่งร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเสนอว่าควรจะต้องพูดกับพี่ดีๆ ให้รู้เรื่องว่าเราไม่ชอบโดยบอกว่า

“คนเรามีแผลในใจอยู่แล้ว ถ้าใครพูดหรือไปสะกิดมันบ่อยๆ มันก็ทำให้เจ็บอยู่นั่นละ บอกเขาขอร้องเขาอย่าพูดเล่นแบบนี้อีกเลย”

ทั้งนี้จากผลลัพธ์ในใบงานที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจาก เรื่อง “ถึงน้ำสองใบ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยผู้ป่วยบอกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่

โทษตนเอง มองตนเองในทางไม่ดี และกิจกรรมความสำคัญของการทำงาน ทำให้สมาชิกมีความตระหนัก โดยผู้ป่วยบอกว่า

“คนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางไม่ดี”

“ต่อจากนี้ผมจะช่วยทำงานบ้าน และจะลองออกไปทำงานในไร่กับแม่บ้างและจะช่วยแม่ทำนา” และผมว่าผมหายดีแล้วจะไปสมัครงานที่โรงงานเดิม”

ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลือดูแลงานในครอบครัว สังคม

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทหลังกิจกรรมที่เสร็จสิ้นซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ช่วงผ่านเกณฑ์ และจากการประเมินที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทผ่านเกณฑ์ทุกราย และผู้วิจัยประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งให้กำหนดระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ช่วงผ่านเกณฑ์ จากการประเมินที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะครั้งที่ 6 เสร็จสิ้นแล้ว ได้ตรวจสอบค่าคะแนนทักษะการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยาในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งให้กำหนดระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ช่วงผ่านเกณฑ์ และจากการประเมินที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนทักษะการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยา ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีคะแนนทักษะการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยาอยู่ในระดับ 70 คะแนนขึ้นไปดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพโดยแสดงผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 คะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	17	ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
2	15	ผ่านเกณฑ์	16	ผ่านเกณฑ์
3	12	ไม่ผ่านเกณฑ์	16	ผ่านเกณฑ์
4	15	ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
5	12	ไม่ผ่านเกณฑ์	16	ผ่านเกณฑ์
6	17	ผ่านเกณฑ์	16	ผ่านเกณฑ์
7	16	ผ่านเกณฑ์	17	ผ่านเกณฑ์
8	15	ผ่านเกณฑ์	17	ผ่านเกณฑ์
9	17	ผ่านเกณฑ์	17	ผ่านเกณฑ์
10	16	ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
11	14	ไม่ผ่านเกณฑ์	19	ผ่านเกณฑ์
12	17	ผ่านเกณฑ์	17	ผ่านเกณฑ์
13	16	ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
14	14	ไม่ผ่านเกณฑ์	19	ผ่านเกณฑ์
15	14	ไม่ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
16	17	ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
17	14	ไม่ผ่านเกณฑ์	15	ผ่านเกณฑ์
18	14	ไม่ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์
19	16	ผ่านเกณฑ์	16	ผ่านเกณฑ์
20	12	ไม่ผ่านเกณฑ์	18	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 10 คะแนนทักษะการจัดการอาการทางจิตและการบริหารจัดการยา และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบวัดทักษะการจัดการอาการทางจิตและการบริหารจัดการยา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	80	ปานกลาง	88	สูง
2	70	ปานกลาง	75	ปานกลาง
3	78	ปานกลาง	86	สูง
4	75	ปานกลาง	85	สูง
5	72	ปานกลาง	80	ปานกลาง
6	72	ปานกลาง	81	สูง
7	77	ปานกลาง	82	สูง
8	68	ต่ำ	77	ปานกลาง
9	60	ต่ำ	75	ปานกลาง
10	71	ปานกลาง	75	ปานกลาง
11	53	ต่ำ	70	ปานกลาง
12	79	ปานกลาง	84	สูง
13	73	ปานกลาง	79	ปานกลาง
14	78	ปานกลาง	78	ปานกลาง
15	80	ปานกลาง	80	ปานกลาง
16	75	ปานกลาง	81	สูง
17	77	ปานกลาง	80	ปานกลาง
18	78	ปานกลาง	82	สูง
19	77	ปานกลาง	80	ปานกลาง
20	72	ปานกลาง	77	ปานกลาง

ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา ในกลุ่มทดลองภายหลังทำการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 ส่วนกลุ่มควบคุมประเมินคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยภายหลังทำการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 4

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1. ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนทำการวิจัย 1 สัปดาห์

1.2 ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทก่อนการเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในกิจกรรมที่ 1 (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทำการ (Post-test) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่

1.3 หลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารยา และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Post-test) หลังทำการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนทำการวิจัย 1 สัปดาห์

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง หลังทำการทดลองสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบ

คำถามตามแบบวัดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ และเพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมโดยดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ระยะเวลา 6 วัน ดำเนินกิจกรรม ณ. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม

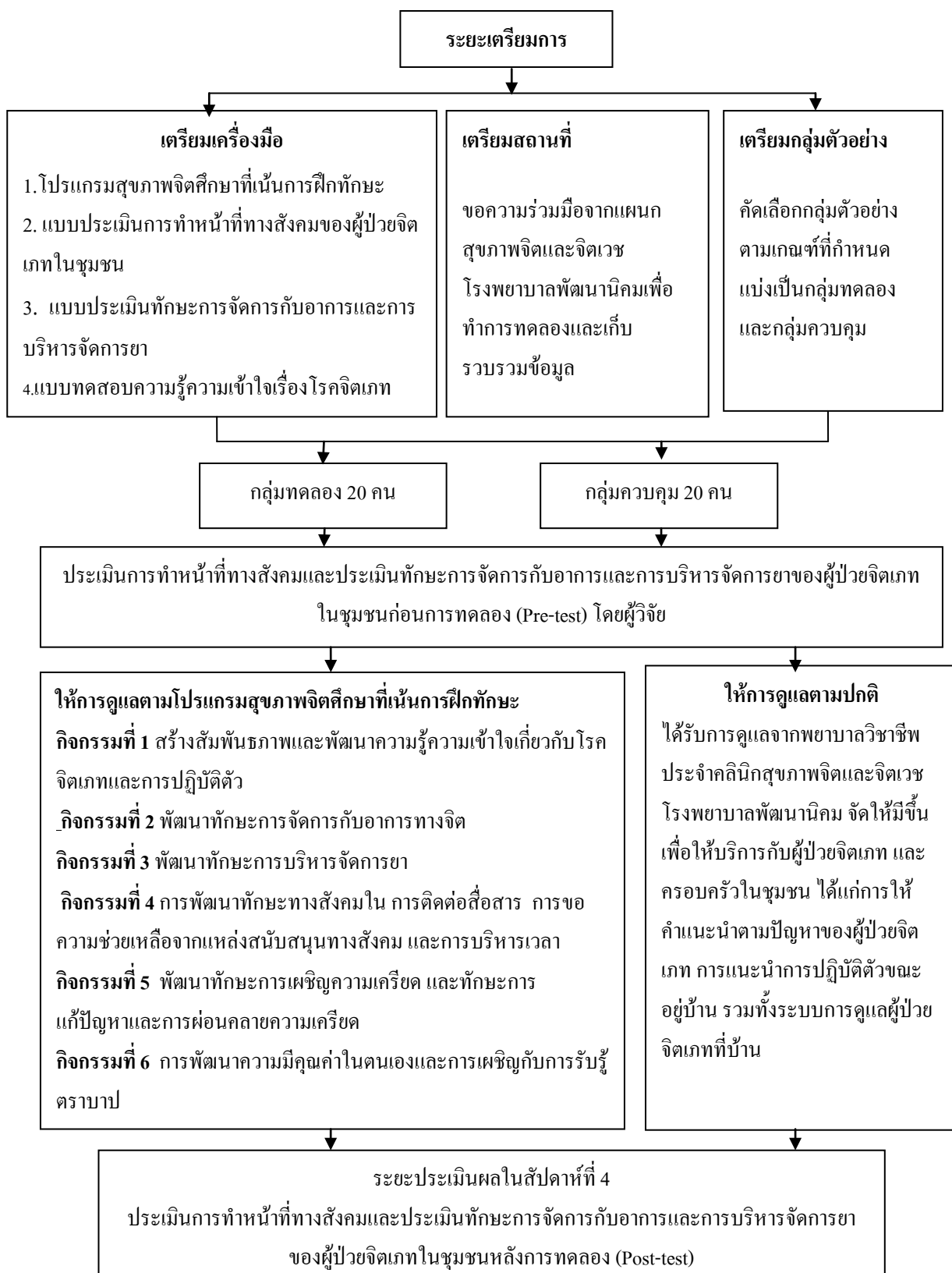
2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Pair Matched) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง (The Pre-test –Post-test Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตอนที่ 1 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

**ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)**

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	102.28	7.85	ปานกลาง	19	6.24	0.00
หลังการทดลอง	106.75	5.11	ดี			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	100.28	7.28	ปานกลาง	19	1.93	0.07
หลังการทดลอง	100.58	7.02	ปานกลาง			

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.24$, $df=19$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 1.93$, $df=19$)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและ
หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่ ทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	102.28	7.85	ปานกลาง	19	0.84	0.41
กลุ่มควบคุม	100.28	7.28	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	106.24	5.95	ปานกลาง	38	2.75	0.01
กลุ่มควบคุม	100.58	7.02	ปานกลาง			

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า
คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม
ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 2.75, df = 38$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำ
หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึก
ทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้าน	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการถอนตัวจากสังคม/ การมีส่วนร่วมทางสังคม	102.95	10.98	105.35	9.32	3.50	.002
ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล	107.80	3.90	108.35	3.50	1.45	.164
ด้านการทำหน้าที่โดยอิสระ ในการพึ่งพาตนเอง	97.70	13.81	103.13	9.64	3.43	.003
ด้านนันทนาการ / การพักผ่อนหย่อนใจ	105.45	10.03	110.25	7.28	5.00	.000
ด้านกิจกรรมการเข้าสังคม	106.08	13.40	112.75	8.38	4.37	.000
ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเอง	90.62	13.97	95.40	9.10	3.15	.005
ด้านการจ้างงาน/อาชีพ	105.40	12.99	111.98	4.58	3.13	.005
รวม	102.28	7.84	106.74	5.11	6.24	.000

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมตามรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะส่วนใหญ่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมตามรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.24$) โดยหลังการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมตามรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ยกเว้นด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=1.45$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia F20-F29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) และผู้ดูแล ซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20-F29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ซึ่งดำรงชีวิตอยู่

ในชุมชนและมารับบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จากการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการทำงานที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท (ทานตะวัน เข้มนาม, 2540) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (ผู้วิจัยสร้างเอง)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆละ 45-60 นาทีโดยดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป เครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้จำนวน 6 คน แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการทำงานที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) (SFS) ของ Birchwood et al. (1990) โดยแบบประเมินวัดการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1.ด้านการถอนตัวจากสังคม/ การมีส่วนร่วมทางสังคม 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล 3. การมีกิจกรรมทางสังคม 4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพา 7. การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงานหรือมีรายได้ ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) เท่ากับ 0.92 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท (ทานตะวัน เข้มนาม, 2540) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท (ผู้วิจัยสร้างเอง)

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ ทานตะวัน เข้มนาม (2540) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลภายหลังการเสร็จสิ้นตามโปรแกรมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ .84

3.2. แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทักษะการจัดการกับอาการและทักษะการบริหารจัดการยา ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยนำดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ 0.94

วิธีการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะทดลองและระยะประเมินผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 1.2 เตรียมเครื่องมือและศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคนโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

1.4 เตรียมติดต่อประสานงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คนแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่าง ตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพัฒนานิคม ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำการประเมิน การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนทำการวิจัย 1 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 หลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Post-test) หลังทำการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ และเพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมโดยดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ระยะเวลา 6 วัน ดำเนินกิจกรรม ณ. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.24, df = 19$)
2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.75, df = 38$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($t = 6.24, df = 19$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ นอกจากความรู้ที่

ได้รับแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ยังได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารจัดการยา และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ การจินตนาการและการนวดกดจุดคลายเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลาย ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และมีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) และฝึกทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลา การรับรู้ตราขาย นอกเหนือกระบวนการกลุ่มบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Norman et al., 2002) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการรับรู้ความเครียดลดลง และและยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ปริทรรศ สิลปะกิจ และคณะ, 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น (Lieberman, 2001)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.75$ $df=38$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair Matched) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ

ฝึกทักษะซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณา รายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 ใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ที่พัฒนาขึ้น จะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคม ได้ดีขึ้น ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพพร้อมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยประเมินจากลีลาท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผย ข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และกล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็น ปัญหาของตนต่อพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยกันเอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย และสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสุขสนานในการสร้างสัมพันธภาพ จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและเห็น แนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะ เรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว เมื่อดำเนินการมาถึง ขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่ให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินความรู้เดิมเรื่องโรคจิตเภทนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง ระหว่างการสนทนา กลุ่มผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดง ความคิดเห็น และซักถามปัญหาต่างๆ ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วย สามารถอธิบายถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง สมาชิกในกลุ่มจะบอกสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทแตกต่างกัน ดังนี้ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก อุบัติเหตุได้รับการ กระแทบกระเทือนทางสมอง การเสพยาเสพติด ผู้ดูแลได้มีโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนพูดคุยในกลุ่มที่ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลทำให้ผู้ดูแลเริ่มมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทที่มี ลักษณะของการดำเนินโรคที่แบ่งเป็นช่วงๆ และทราบว่าช่วงไหนจะต้องดูแลอย่างไร

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น โดยมีแหล่งสนับสนุนส่งเสริมในด้านต่างๆจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีอาการทางจิตดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Kaplan and Sadock, 1995)

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ปัญหาจากอาการทางจิตนั้น จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะไม่ค่อยทราบความสำคัญของอาการเตือนที่เกิดขึ้น สมาชิกส่วนใหญ่จะรอจนเริ่มมีอาการกำเริบรุนแรงจึงจะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

สมาชิกส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า คิดว่าไม่เป็นไร รอมาตรวจตามนัดที่เดียวซึ่งบางท่านเมื่ออาการดีขึ้น แพทย์จะนัดมาตรวจ 3 เดือนต่อครั้งกว่าจะถึงวันนัดอาการก็กำเริบรุนแรงมากขึ้น เมื่อได้พูดคุยกัน ทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง และต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาความทักษะผู้ป่วยในการค้นหาอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การค้นพบอาการเตือน การดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการล่วงหน้าและจัดการกับอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองหรือจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ และสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดควรรีบมาพบแพทย์ เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เกิดการเรียนรู้ เรียนแบบ (Imitative Behavior) พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม และให้สมาชิกได้รับรู้ข่าวสาร (Imparting of Information) จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มเกี่ยวกับสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น เกิดความเกื้อกูล (Altruism) ช่วยเหลือให้กำลังใจกันและกัน สมาชิกในกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการแก้ปัญหาที่จะเกิดความรู้สึกรู้สึกมองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น จากการศึกษาของ Kennedy et al (2000) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหา มีความมั่นใจ ในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Anderson et al., 1980) ส่วนการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสาร อาชีพการงานได้ดีขึ้น (Weng et al., 2005) ดังนั้นจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ จะมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น

การพัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา โดยการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีความตระหนักเรื่องการจัดการกับยานั้นปัญหาจากการรับประทานยา ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยสามารถระบุอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ในใบงานนอกจากนี้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการบอกเล่าเรื่องปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิตของตนเองจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องรับประทานยา พบว่าสาเหตุที่สมาชิกหลายท่านมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ไม่เข้าใจว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น บางท่านปรับยาเองตลอด บอกว่ารับประทานยาแล้วทำให้

รู้สึกมีสิทธิ์ คิดอะไรไม่ค่อยออก แต่เมื่อไรที่หยุดยาจะทำให้สมองปลอดโปร่งมากขึ้น คิดว่าตนเองทำงานได้มากขึ้น บางท่านมีปัญหาเมื่อสิ้น ขาดความมั่นใจ บางท่านหิวบ่อย ทานเก่ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จึงไม่อยากรับประทานยาเพราะทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองเสียไป ซึ่งจากการพูดคุยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งสาเหตุมาจาก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการเคียงของยาต้านโรคจิต (Honkonen et al., 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา บางครั้งหยุดยาเอง และ เมื่ออาการดีขึ้นมักจะหยุดยาโดยไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และมีการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schemnach-Wolff et al., 2009) เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่มที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต และเมื่อปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นลดลงเมื่อสมาชิกได้ฟังประสบการณ์จากคนอื่นก็จะเกิดความหวังว่า อาการที่ตนเองเป็นสามารถบรรเทาได้ ทำให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับของสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) ไม่รู้สึกว่าคุณคนเดียว เปลี่ยนความคิดว่าตนเองไม่ได้มีอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตคนเดียว ทำให้เกิดการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการเบื้องต้น และจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันจะพบว่าสาเหตุที่สมาชิกส่วนใหญ่ต้องกลับป่วยซ้ำเนื่องจากการมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางท่านเล่าให้สมาชิกฟังว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทมาสิบกว่าปี รับประทานยาสม่ำเสมอตลอดจนรู้สึกหายดีแล้ว คิดว่าไม่ต้องทานยาจึงหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาคนในครอบครัว ช่วง 1 เดือนแรกที่หยุดยาก็ไม่มีอาการผิดปกติอะไร จึงยังรู้สึกมั่นใจว่าตนเองหาย เมื่อเข้าเดือนที่สองเริ่มรู้สึกว่าตนเองหงุดหงิดง่าย บางครั้งไม่มีสาเหตุ แต่ตนเองก็ไม่ทราบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของการกำเริบจนมีอาการเป็นมากขึ้น มีหูแว่ว หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ญาติจึงต้องนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Gaultiere (2008) ที่กล่าวว่า 80% ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับมาป่วยซ้ำถ้าพวกเขาไม่ได้รับการฝึกทักษะให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยให้สามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Cooke et al., 2007) การฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพซึ่งล้วนเป็นทักษะที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้จักหาแนวทางการแก้ปัญหาอาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต (เพชร คันธสายบัว, 2544) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น สำหรับญาติเพิ่ม

ความมั่นใจที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการใช้จ่ายตามเกณฑ์ (Brandt and Weinert, 1993) ส่งผลให้พยาธิสภาพและอาการทางจิตดีขึ้น จะส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Lieberman , 2006)

การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การบริหารเวลา การติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัญหาการขาดทักษะในการสื่อสาร จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก” และ “การสื่อสารทางลบ” พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอาสาสมัครมาแสดงบทบาทสมมติให้เพื่อนสมาชิกดู สีน้าทุกคนยิ้มแย้มแจ่มใส สนุกสนานกับการแสดงของเพื่อน ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเป็นสิ่งดี มีประโยชน์ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่าง เช่น รู้จักการกล่าวคำขอบคุณ หรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยกันคิดขึ้นมาได้

ปัญหาการบริหารเวลา สังเกตได้จากการให้การบ้านผู้ป่วยกลับไปทำแล้วนำมาส่งในเรื่องการวางแผนทำกิจกรรมในแต่ละวัน และบอกว่าจะทำตามแผนที่ตนเองเขียนด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ความสนใจฟังผู้วิจัยบรรยายในเรื่องของการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์และจะใช้เวลาว่างในการออกกำลังกายและนวดคลายเครียดให้ตัวเอง โดยบอกว่ามีประโยชน์มาก ผู้ป่วยต้องการเอกสารเพิ่มเติมในเรื่องนี้ โดยขอให้ผู้วิจัยนำมาเพิ่มให้ในการพบกันครั้งต่อไป ซึ่งการฝึกทักษะการบริหารเวลา โดยฝึกการกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Lieberman , 2001)

การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ ความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนรอบข้าง และมีความเป็นส่วน

หนึ่งของสังคม เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรมทางสังคม (Chien et al., 2004)

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด
 การให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ โดยสามารถเข้าใจลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีการคลายเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย และมีการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงอารมณ์ได้เหมาะสม สามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้โดยฝึกทักษะการคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ การจินตนาการและการใช้กิจกรรมสันทนาการเพื่อการคลายเครียดเช่น เล่นเกมส์ ร้องเพลง และการพูดระบายความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรคุดิต คำมีสินนท์ (2550) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมเหล่านี้มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีวิธีจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้เหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ (Gispens-de Wied, 2000)

การพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดเหล่านี้ และเกิดทักษะในการจัดการหรือเผชิญกับสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดดังกล่าวได้ดีขึ้น นำไปสู่การเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น เช่น มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เรื่องการรับประทานยา (Cooke et al., 2007) และการจัดการกับอาการทางจิต (จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548; Norman et al., 2002) นอกจากนี้ยังนำไปสู่การทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ที่ดีขึ้นด้วย ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบ (Lieberman, 2001) และ ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคม (Chien et al., 2004; Rusch et al., 2009)

การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป การพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยสร้างความตระหนักในความสำคัญของความภาคภูมิใจในตัวเอง โดยการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยผ่านขบวนการวิเคราะห์และรู้จักตนเองโดยให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม การให้กำลังใจ โดยผ่านกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองข้อดีของตนเองและผู้อื่น และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในความสำคัญของการทำงาน

ปัญหาจากการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป จากการทำผู้ป่วยประเมินการรับรู้ตราบาป และวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีการรับรู้ตราบาปเกิดขึ้น นอกจากนี้ในใบงานที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจาก เรื่อง “ถึงน้ำสองใบ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึง

ความสำคัญของการรับรู้ และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมด้านการงานและการประกอบอาชีพและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น (Rusch et al., 2009) ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลือดูแลงานในครอบครัว สังคม

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะส่วนใหญ่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมตามรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนการได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะยกเว้นด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แต่จากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยยังพบว่ามีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความยากลำบากในการแสดงความต้องการ การแสดงความรู้สึก ขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Mueser and McGurk, 2004) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มากขึ้นจะส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสาร และการมีกิจกรรมทางสังคม

ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาการจัดการอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 1.93$ $df=19$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว แต่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ โดยการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกับการฝึกทักษะด้านต่างๆการฝึกทักษะมีความจำเป็นและเป็นการตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลในการปฏิบัติกิจกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณภาพ และถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วย ในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้ (จิระพรรณ สุริยงค์ , 2547) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดย

การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ จะส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทักษะเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติในระหว่างการดำเนินชีวิตจริงในชุมชน โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และทักษะ จะส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น โดยการติดตามไปประเมินผลในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

1.3. จากประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ซึ่งพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่าการสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลก่อนที่จะเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมาเข้ากลุ่มกับผู้วิจัย หากยังไม่มีความไว้วางใจ ดังนั้น การพบกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชเพียงครั้งเดียวก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจได้ ด้วยเหตุนี้ ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะวิธีการแก้ไขเพื่อสร้างให้ผู้ป่วยรายบุคคลเกิดความไว้วางใจ ด้วยการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพ ก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อยประมาณ 2 ครั้ง

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่อง และการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยเฉพาะ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคม

2.3 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในแต่ละพื้นที่ และวัฒนธรรม เพื่อให้ นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3. ด้านการบริหาร ควรมีการนำเสนอ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการ ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต่อผู้บริหารทั้งระดับ โรงพยาบาล และระดับประเทศ เพื่อให้ผู้บริหารเห็นประโยชน์และความสำคัญของการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มี ปัญหาด้านการทำหน้าที่ทางสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อ เปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่น ว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละโรค

2. การวิจัยครั้งต่อไปอาจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ใช้การ ดำเนินการเป็นรายครอบครัว เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในหลายๆปัจจัยที่เป็น ส่วนสำคัญต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ถือเป็นภารกิจครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา เจริญชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ชีรสิทธิ์. (2551). สภาพครอบครัวสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิระพรรณ สุริยวงศ์ และคณะ. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล). โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิระพรรณ สุริยวงศ์ (2547). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ภา ธีระสมบุญ. (2543). แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาลสุราษฎร์ธานี: คณะกรรมการศูนย์บริการที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- เครือวัลย์ เทียงธรรม. (2548). การเดินทางออกจากการเป็นบ้า. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: เอส.พี.วี. การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทร์การพิมพ์.

- ชวนขวัญ สิ้นธิ์ภมร. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี ตั้งเสรี. (2541). การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD10. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย : เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44(1), 3-14.
- ทวีพร วิสุทธิธรรม. (2544). เภสัชวิทยาของสารเสพติด. ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ปทุมธานี: โรงพยาบาลชัยภูมิ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียม ศรีคำจันทร์ และคณะ. (2550). แบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ที่มีภาวะจิตเภทในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บังอร จิตรังสี. (2550). ป่วยได้ ก็หายได้... เส้นทางออกจากความบ้า [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th> [18 มิถุนายน 2551]
- บุษกมล ศุภอักษร. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3): 141-149.
- ปรารณา คำมีสินนท์. (2550). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษา อิศระมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ์และคณะ. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(2): 45-54.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2549). การสอนการวิเคราะห์ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(อัดสำเนา)
- เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์,อรพรรณ ถีอนุชวณิชัยและชนกพร จิตปัญญา. (2547). トラバブ: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1):1-9.
- เพ็ญดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). トラバブและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง. 13 (1) : 29 – 36
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, ชีระ ถีนานันทกิจและธนุ ชาดิชานานนท์. (2542). โครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44(1): 3-11.
- เพชร คันธสายบัว.(2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภูมมาภิชาติ แสงเขียว.(2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์, กรุงเทพมหานคร: เเรดิเอชั่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บีขอนแก่นเทอร์ไวพรซ์ จำกัด.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ยาใจ สิทิมงคล.(2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13:1-9.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2552).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา)
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาและบทบาทภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2541). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิริญจน์ ไชยจันทร์. (2550). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรภรณ์ ลือโฮงศักดิ์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท:กรณีศึกษา.กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี.
- วยุณี ช้างมิ่ง, ยาใจ สิทิสงคราม, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสภาการพยาบาล. 18(3): 86-99.
- สุขภาพจิต,กรม. (2551). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล รพท./รพช.โรงพยาบาลสวนปรุง. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต,กรม. (2551-2553). สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี:กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.

- สัจจา ทาโต. (2548). บทความวิชาการ : การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 17(3) (กันยายน-ธันวาคม 2548): 1-11.
- สถิต วงศ์ประกิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมชาย จักรพันธ์.(2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต.นันทบุรี.กรมสุขภาพจิต.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช .พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล.(2553). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. (2548). การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4. หน้า 67-90. กรุงเทพมหานคร.
- สุภาภรณ์ ทองคารา. (2545).ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการวิชา สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การสาธารณสุขไทย 2542-2543 กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อดิญา โพธิ์ศรี.(2551). ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัยและพิรพนธ์ ลีอนุชวิชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:ธนาเพรส .
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Alan, S. et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses : A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3): 805-822.
- Allen, H. A. (1983). Do positive symptom and negative symptom subtypes of schizophrenia Show qualitative differences in language production? *Psychol Med*, 13:787-797.
- Angell, B., and Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adult with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28 (2): 259-271.
- Anderson, N. C. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: a critical evaluation. *Schizophr Bull*, 11:380-389

- Anderson, C. M., Hogarty, G. E and Reiss, D. S. (1980). **Family treatment of adult schizophrenia patients**. A Psychoeducation approach *Shizophrenic Bulletin*, 6(3): 490-505
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4thed.)**. Washington, DC: The Association.
- American Psychiatric Association. (1994). **DSM-IV sourcebook**. New York: American Psychiatric Association.
- Bae, S-M., Lee, S-H., Park ,Y-M., and Yoon, H. (2010). Predictive Factors of Social functioning in patients with schizophrenia. **Psychiatry investing**, 7:93-101.
- 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.
- Barrowclough, C. (2005). **The family of the patients with schizophrenia**. Families and Mental disorder. From burden to empowerment.(n.p). John Wiley & Sons.
- Barry, P. D. (1989). *Psychocial Nursing: Assessment and Intervention* **Care of the Physically ILL Person** .Philadelphia: Lippincot.
- Bethesda, D. (1999). **Schizophrenia retrieved**. [Online] Available Form [:nimh.nih.gov/publicat/chizoph](http://nimh.nih.gov/publicat/chizoph). Cfim National institute of Mental Health.(2007, Oct 22)
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. and Copestake, S. (1990). The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. **British Journal of Psychiatry**, 157: 853- 859.
- Bozikas, V., Kosmidis, M., Anezoulaki, D., Ginnakou, M., Andreou, C., and Karavatos, A., (2006). Impaired perception of affective prosody inschizophrenia. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**.18: 81–85.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., and Pickar, D. (1991). Nation institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives. General Psychiatric*, 48: 239-246.
- Browne, G., and Courtney, M. (2004). Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. **Nursing and Health Sciences**, 6, 37-44.

- Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, and V. A. Sadock (Eds.), **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Burns and Grove. (2001). **The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. (4th ed.)**. Philadelphia: Saunders.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W, and Alphas, L. D. (1985). Treatment of negative symptoms. **Schizophr Bull**, 11 : 440-452.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S., and Bartko, J. J. (1973). Flexible system for the diagnosis of Schizophrenia : Report from WHO International Pilot Study of Schizophrenia. **Science**, 182 : 1275-1277.
- Carpenter, W. T. (1988). Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia : The concept. **American Journal Psychiatry**, 145 (5): 578-583.
- Cunningham, P.A. (2007). The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**. 25(10): 645-652.
- Chien, W. T., Chan, S. W. C., and Thompson, D. R. (2004). Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia : 18-month follow-up. **British of Psychiatry**, 189: 41-49.
- Chwastiak,L.A. et al., (2006).Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity,and functioning in schizophrenia. **Psychiatry serv** , 57:1102-9
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickeh, S. A. and Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of off spring with sever mental illness. **American Journal ortho psychiatric**, 64: 435-457
- Cook, J. A., Heller, T.,and Pickeh, (1999). The effect of support group Participation on caregiver burden among parents of adult off spring with sever mental illness. **family Relation**, 48(4):405-410.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., and Parente, F. (1996). Neurocognitive deficits and Social functioning in outpatients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 21:75-83.

- Dickerson, F. B., Ringeland, N., and Parente, F. (1997). Ratings of social functioning in outpatients with schizophrenia: patient self-report versus caregiver assessment. **Etmluarion and Program Planning**, 20(4) : 415-420.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringle, N. B., and Parente, F. (2002). Experience Of Among outpatient with schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 28(1): 143-155.
- Dixon, L., Adams, C., and Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 26: 5–20.
- Elizabeth, M. V. (1999). **Schizophrenia disorder:Foundation of psychiatric mental health nursing (3rd ed.)**. New York: Basic Book.
- Erol, A., Ünal, E. k., Aydin, E.T., and Mete, L.(2009). Predictors of Social Functi oning in Schizophrenia.**Turkish of Journal of Psychiatry**, 13:04.
- Fiszdon, J. M., and Johannesen, J. K. (2010) Functional significance of preserved affect recognition in Schizophrenia. **Psychiatry Research**, 176 : 120-125.
- Fadden , G.(1998). Research Update: Psychoeducation family interventions. **Journal of Family Theary**, 20: 293-309
- Goldman, C. R., and Quinn, F. L. (1988). Toward a definition of psychoeducation. **Hospital and Community Psychiatry**, 39(6): 666-667.
- Harvey, C., Fossey, E., Jackson, H., and Shimiras, L. (2006).Time use of people with schizophrenia in North London: Predictors of Participation in occupation and their implication for improving social inclusion. **Journal of Mental Health**, 31: 238.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., and Carpenter , W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. **Schizophrenia Bulletin**, 10:388–398.
- Heinrichs, R. W., Miles, A. A., Smith, D., Zargarian, T.,Vaz, S.M., Goldberg, J. O., and Ammari, N. (2008). Cognitive, clinical, and functional characteristics of verbally superior Schizophrenia patients. **Neuropsychology**, 22: 321–328.

- Hodgkinson, B., Evans, D., O'Donnell, A., Nicholson, J., and Walsh K. (1990). The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia. Adelaide. **The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery Report**, 3:1329-1874.
- Honkonen, T., Saarinen, S., and Salokangas, R. (1999). Discharged Patients and Their Psychosocial Functioning. **Schizophrenia Bulletin**, 25(3).
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., and Hirsbrunner, H.P. (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. **Soc. Psychiatr**, 42: 372-380.
- Harvey, P. D., Patterson, T. L., Potter, L.S., Zhong, K., and Brecher, M. (2006): Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: a randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning. **Am J Psychiatry**, 163:1918-1925.
- Ip, K. S. H., and McKenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing**, 12(5): 288-294.
- Jaracz, K., Górna, K., and Rybakowski, F. (2007). Social functioning in first-episode schizophrenia. A prospective follow-up study. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**, 4: 19-27.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1995). **Comprehensive textbook of Psychiatry**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1998). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry (8th ed)**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kennedy, M.C., and O'connor, F.W. (2000). Symptoms self-management and relapse in schizophrenia. **Archives of Psychiatric nursing**, 14(6): 266-275
- Kim S., and J. Ham Y.S. (1997). The relation of social function, cognitive function and symptom of chronic schizophrenia. **Korean J Clin Psychol**, 16:27-40.

- Kluge C.R., et al., (2006). Psychoeducation in schizophrenia- Results of a Survey of all Psychiatric Institution in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bulletin**, 32(4):765-775.
- Leavell, H.R., and Clark, H.G. (1965). **Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach**, 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 175(10): 613-619.
- Lukoff, D., Liberman, R. P., and Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. **Schizophrenia Bulletin**, 12(4): 578-602.
- Liberman, R. (1992). **Handbook of psychiatric rehabilitation**, New York: Macmillian.
- Liberman, R. (2006). **Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled**. Los Angeles, CA: Geffen UCLA School of Medicine.
- Liberman, R., DeRisi, W., and Mueser, K. (1989). **Social skills training for psychiatric patients**. New York: Pergamon Press.
- Liberman, R. P. (2001). Adaptive functioning in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 158(9): 1530-1531.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., and Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. **Am J Psychiatry**, 143(4): 523-526.
- Liberman, R. P., and Silbert, K. (2005). Community re-entry: development of life skills. **Psychiatry**, 68(3): 220-229
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. **Psychiatry**, 57(2):104-114
- Li, Z., and Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China. **British Journal of Psychiatry**, 187:339-345.
- Lindstrom, E., Eberhard, J., and Levander, S. (2007). Five-year follow-up during antipsychotic treatment: efficacy, safety, functional and social outcome. **Acta Psychiatr. Scand**, Supple.5-16.
- Lysaker, H.P., Lancaster, R.S., Nees, M.A., and Davis, L.W. (2004). Attributional style and Symptoms as predictors of Social function in schizophrenia. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, 41(2): 225-232.

- Marwaha, S., and Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment a review Soc. **Psychiatry Epidemiol**, 38:337-349.
- McBride, A. B. and Austin, J. K. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing**. Pennsylvania: W.B.Saunders.
- McDonald, J., Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. **J Psychosoc Nurse Ment Health Serv**, 40(6):11-6
- Miles, A. A., Heinrichs, R. W., and Ammari, N. (2010). “Real world” functioning in schizophrenia patients and healthy adults: Assessing validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. **Psychiatry Research**, 07:052
- Moller, M. D., and Murphy, M. F. (2001). Relapse Management in Neurobiological Disorder: The Moller-Murphy Symptom Management Assesment Tool. **Archives of psychiatric Nursing**. 7(4): 226-235.
- Mueser, K.T., and McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. **The Lancet** 363 (June 19) : 2063- 2072
- Mueser, K.T. (2000). Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. In: Sharma, T., Harvey, P.(Eds.), **Cognition in Schizophrenia**. New York . Oxford University Press, 157– 177.
- Norman, R. M., et al. (2000).The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. **Acta Psychiatry Scandinavi**, 102 : 303 -309.
- Pitschel-Walz, B, J., Bender, W., Endel, R. R., and Wagner, M. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. **J Clin Psychiatry**,Mar:67-75.
- Ran, M.-S., Chen S., Chen,E.Y., Ran,B.-Y., Tang,C.-P., and Moa,W-J. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. **Soc Psychiat Epidemiol**.38(2):69-75
- Robert, W. B.(2006). **Negative symptoms in schizophrenia: An Overview**.
[online]. Available from<http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>. [2009, May 22]
- Rummel-Kluge, C., and Kissling, W. (2008) **Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families** .Expert Rev. Neurother. 8(7): 1067–1077.

- Rusch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. **Schizophrenia Research**, 110 (1-3): 65-71.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2002) . **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th.ed.)**. Lippincott Williams and Wilkins. New York.
- Saraswat, n., Rao, k., Subbakrichna, D.k., and Gangadhar, B.N. (2006). The Socail Occupational Functioning Scale (SOFS) : A brief measure of Functional status in persons with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 81:301-309.
- Schulze, B., and Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma : A focus group study of Schizophrenia Patients, their relative and mental health professionals. **Social Science and Medicine**, 56 (2): 299-312
- Schennach-Wolff, R. et al. (2009). Defining and Predicting functionl outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. **Schizophrenia Research**, 113:210-217.
- Shon, K-H., and Park, S-S. (2002). Medication and Symptom Management Education Program For the Rehabilitation of Psychiatric Patients in Korea: The Effects of PromotingSchedule on Self-efficacy Theory. **Yonsei Medical Journal**, 43(5):579-589.
- Sparks, A., McDonad, S., Lino, B., O'Donnell, M., and Green. (2010). Social Cognition, empathy and functional outcome in schizophrenia. **Schizophrenia Research**,122:172-178.
- Sung-Man Bae., and Seung-Hwan Lee . (2010). Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia: Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. [doi: DOI: 10.4306/pi.2010.7.2.93]. **Psychiatry Investing**, 93-97.
- Tandon, R., and Jibson, M. (2004). **Negative symptoms of schizophrenia** : How to treat Them most effectively [online].Available from:http://www.currentpsychiatry.com/2004_09/09_02_schizo.asp [2008, September 22]
- Taylor, C. M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Tyrer, P. et al. (2005).The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning .**International Journal of Social Psychiatry**, 51: 265.

- Üstün, T. B., and Sartorius, N. (1995). **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester, John Wiley and Sons on behalf of the World Health Organization.
- Videbeck, S. L. (2003). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumption, and reliability: The IQOLA Project approach. **J. Clin. Epidemiol.**, 51:945-952.
- Weng, Y., Xiang, Y., and Liberman, R. P. (2005). Psychiatric rehabilitation in a Chinese psychiatric hospital. **Psychiatric Services**, 56: 401 – 405.
- Williams, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care**, 25: 14-21.
- Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., and Klingberg, S., (2008). Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. **Eur. Arch. Psychiatric Clin. Neurosci.** 258:48-58.
- World Health Organization. (2011). Schizophrenia. [online]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2011, June 26].
- World Health Organization. (2006). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). **Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope**. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva : World Health Organization.
- Xu, Z. D., Weng, Y. Z., Hou, Y. Z., He, J. L., Han, X. H., and Wang, Y. Y. (1999). Efficacy and follow-up research of medication-management module training for schizophrenic patients. **Chinese Journal of Psychiatry**, 32: 96 – 99.
- Ziedonis, D., Yanos, P. T., and Silverstein, S. M. (2007). **Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse prevention**. New Jersey: Elsevier.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วรวิช สัมฤทธิ์ดี	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. อาจารย์ ดร.กนกอร ชาวเวียง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท สระบุรี
3. อาจารย์ สมบัติ ธิยาพันธ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
4. นาง โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ (พยาบาลปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
5. นางทิพย์วรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง) โรงพยาบาลท่าเรือ

ภาคผนวก ข
ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 14 คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post- test)

คนที่	แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	94.36	ต่ำ	94.71	ต่ำ
2	92.14	ต่ำ	92.14	ต่ำ
3	91.07	ต่ำ	91.00	ต่ำ
4	106.07	ดี	105.43	ดี
5	88.00	ต่ำ	88.14	ต่ำ
6	88.71	ต่ำ	91.43	ต่ำ
7	94.07	ต่ำ	94.07	ต่ำ
8	99.50	ปานกลาง	99.86	ปานกลาง
9	98.50	ปานกลาง	99.00	ปานกลาง
10	97.57	ปานกลาง	98.29	ปานกลาง
11	104.64	ปานกลาง	104.79	ปานกลาง
12	104.79	ปานกลาง	104.86	ปานกลาง
13	107.50	ดี	108.43	ดี
14	106.36	ดี	106.43	ดี
15	114.14	ดี	113.36	ดี
16	102.36	ปานกลาง	102.71	ปานกลาง
17	111.21	ดี	111.50	ดี
18	103.14	ปานกลาง	103.29	ปานกลาง
19	101.14	ปานกลาง	101.14	ปานกลาง
20	100.36	ปานกลาง	101.07	ปานกลาง
	$\bar{x}=100.28$	SD 7.28	$\bar{x}=100.58$	S.D. 7.02

ตารางที่ 15 คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post- test)

คนที่	แบบประเมินการทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	110.07	ดี	111.43	ดี
2	98.85	ปานกลาง	106.14	ดี
3	94.57	ต่ำ	103.57	ปานกลาง
4	92.71	ต่ำ	102.93	ปานกลาง
5	92.21	ต่ำ	100.71	ปานกลาง
6	96.43	ปานกลาง	103	ปานกลาง
7	104.07	ปานกลาง	105.64	ดี
8	102.07	ปานกลาง	104.79	ดี
9	98.85	ปานกลาง	103.64	ปานกลาง
10	92.57	ต่ำ	101	ปานกลาง
11	104	ปานกลาง	106.14	ดี
12	110.93	ดี	111.5	ดี
13	113.71	ดี	114.78	ดี
14	114.36	ดี	114.64	ดี
15	115.71	ดี	117.5	ดี
16	100.93	ปานกลาง	104.36	ปานกลาง
17	106.86	ดี	109.07	ดี
18	96.14	ปานกลาง	102.5	ปานกลาง
19	107.36	ดี	111	ดี
20	93.29	ต่ำ	100.57	ปานกลาง
	$\bar{x} = 102.28$	SD 7.85	$\bar{x} = 106.751$	SD 5.11

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการอบรม

4901100634

CERTIFICATE OF ACHIEVEMENT
THE WAT PO TRADITIONAL MEDICAL SCHOOL
BANGKOK, THAILAND

This is to certify that the Council of Wat Po Traditional
Medical School hereby confers upon

Mrs. CHATCHADA KOMKHAM

the certificate of Thai Traditional Massage in recognition of
the fulfillment of this course with all the honours and privileges
thereunto appertaining

THAI TRADITIONAL MASSAGE

Given on 10 September 2006



Ms. Chatchada Komkham

Principal

Ratanaporn Chait

Manager

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องข้อความ หรือ
เติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

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

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทหมายถึง โรคที่มีส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์		
2. อาการทางจิตเกิดจากความเครียด.....		
3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์		
4. พืชจากยาเสพติด.....		
5. โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์		
6. คนที่ป่วยเป็น โรคจิตเภทอาจมีอาการเอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ		
7. คนที่ป่วยเป็น โรคจิตเภทอาจมีอาการ ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง แยกตัวคนเดียว		
8. คนที่ป่วยเป็น โรคจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอนเช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง		
9. โรคจิตเภทเมื่อหายขาด แล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้		
10.....		
.....		
.....		
20. การพบปะพูดคุยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น		

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีความเชิงถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

หมายเหตุ : เป็นประจำ หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)
 นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)
 ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านตรวจนับจำนวนเม็ดยาให้พอเพียงจนถึงวันนัดครั้งต่อไป				
2.ท่านรับประทานยาเองโดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ดูแลบอกหรือเตือน				
3.ท่านรอให้ผู้ดูแลบอกหรือเตือนให้รับประทานยาตรงตามขนาด และเวลาที่แพทย์กำหนด				
4.ท่านเคยหยุดรับประทานยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นหรือคิดว่าหายเป็นปกติแล้ว				
5.....				
6.....				
30. ท่านมีวิธีควบคุมตัวเองหรือจำกัดบริเวณเพื่อความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น				

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

กรณำทำเครื่อง หมาย / ลงในช่อง

1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม

1. คุณตื่นนอนตอนเช้าเวลา
 - ก่อน 09:00 น 9:00- 11:00 น 11:00 - 13:00น หลัง 13:00 น
2. โดยเฉลี่ยในหนึ่งวัน คุณใช้เวลาอยู่คนเดียวมานานเท่าไร เช่น ในห้อง เดินเล่นคนเดียว ฟังวิทยุ หรือดูทีวีคนเดียว ฯลฯ
 - 0-3 ชั่วโมง 3-6 ชั่วโมง 6-9 ชั่วโมง 9-12 ชั่วโมง
3. คุณมักจะเป็นผู้เริ่มต้น สนทนา พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว
 - เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
4. คุณมักจะออกไปนอกบ้าน (ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม)
 - เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
5. คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อต้องพบคนแปลกหน้าหรือคนที่คุณไม่รู้จัก
 - หลีกเลียงพวกเขา ตื่นกลัว ยอมรับพวกเขา ชอบพวกเขา

2. การสื่อสารระหว่างบุคคล (คะแนน 0-9 คะแนน)

1. ขณะนี้คุณมีเพื่อนกี่คน ?คน
2. คุณมีผู้ดูแลหรือไม่? มี ไม่มี
3. คุณสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมแค่ไหน
 - เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
4. คุณสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ ตรงกับความต้องการ
 - ง่ายมาก ปานกลาง ค่อนข้างยาก ยาก

3. การทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ไปซื้อสินค้าจากร้านค้าใกล้บ้านได้เอง				
2. เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ ให้สะอาด				
3. อาบน้ำ และทำความสะอาดร่างกายเอง				
4. ซักเสื้อผ้าของตัวเองได้				
5. มีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือ ครอบครัว				
6				
.....				
.....				
.....				
13. แต่งกายได้อย่างเหมาะสม				

4. นันทนาการ / การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation)

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามสิ่งที่คุณได้ทำดังต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เล่นดนตรี				
2. เย็บปักถักร้อย				
3.				
4.				
15. ทำกิจกรรมด้านศิลปะ เช่น ภาพวาด, งานฝีมือ ฯลฯ จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ (เก็บของเป็นระเบียบ กวาดบ้าน ถูบ้าน				

5. กิจกรรมทางสังคม (PROSOCIAL) กรุณาทำเครื่องหมายลงในช่องที่เหมาะสมตรงตามที่คุณได้ทำกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ไปดูภาพยนตร์กับเพื่อน				
2. ไปดูละคร ดูลิเก หรือดูคอนเสิร์ต				
3. ไปดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (ปิงปอง สนุกเกอร์ หมากรอก สอส หมากรุก)				
4.				
.....				
.....				
.....				
22. ทำกิจกรรมทางศาสนา				

6. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independence-competence)

กรุณาทำเครื่องหมายลงในช่องที่เหมาะสมตรงตามสิ่งที่คุณได้ใช้/ทำกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เดินทางโดยรถประจำทางด้วยตนเอง				
2. รับผิดชอบการใช้จ่ายเงินได้เอง				
3. มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย ของตนเอง				
4. จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานเอง				
5.				
.....				
.....				
13 แต่งกายถูกกาลเทศะ				

7. การจ้างงาน/อาชีพ (Employment\occupation)

1.คุณได้รับการจ้างงานหรือประกอบอาชีพอย่างไร (รวมถึงการการฟื้นฟูอาชีพหรือการเข้าอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ/ฟื้นฟูสมรรถภาพ)

	ทำงานเต็มเวลา	บางเวลา	เพิ่งออกจากงานได้ ไม่เกิน 6เดือน	กำลังอยู่ในช่วง ฟื้นฟูอาชีพ/ ฝึกอบรม/ฟื้นฟู สมรรถภาพ
ลักษณะงานที่คุณได้รับการจ้างงานเป็นอาชีพ				

2 ถ้าไม่มีงานทำหรือไม่ได้รับการจ้างงาน ถ้าไม่มีงานทำ

2.1คุณคิดว่าคุณสามารถทำงานหรือไม่

มีแน่นอน	อาจจะเป็นไปได้	น่าจะเป็นไปได้ยาก	ไม่แน่นอน

2.2 คุณใช้ความพยายามที่จะหางานใหม่บ่อยครั้งเพียงใด (เช่นไปที่ศูนย์จัดหางาน หรือหางานจากหนังสือพิมพ์ เป็นต้น)

แทบไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง

ใบงานที่ 3/2

การจัดการกับอาการทางจิต

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
 2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
 3. ผู้วิจัยสรุปผลตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

ประเด็น วิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหา

46

ใบงานที่ 3/2

การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

อาการ	การจัดการกับอาการ	ผลลัพธ์ที่ได้
1. ง่วงซึม	นอน	
2. วิงเวียนหน้ามืดความดันโลหิตต่ำ	ดื่มน้ำ กล้วยน้ำว้า	
3. ปากแห้ง คอแห้ง	ดื่มน้ำ	
4. ท้องผูก	กินน้ำ กินผลไม้	
5. ผิวหนังไวต่อแสงแดด	ไปพบแพทย์	
6. น้ำหนักขึ้นมาก	ลดอาหาร	
7. ตัวแข็ง คอแข็ง และหลังเกร็ง เล็กน้อย ตาเหลือก	ไปพบแพทย์	

ใบงานที่ 3/1ป่วยจิตไม่กินยาได้หรือไม่

กรณีศึกษา 1 เรื่องของหนูนา

หนูนา หญิงสาววัย 20 ปี เป็นลูกคนโตของครอบครัวมีนิสัยร่าเริงช่างพูดช่างคุย และขยันช่วยพ่อแม่ค้าขาย 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล หนูนามีอาการนอนไม่หลับ ซึมเฉย ไม่ช่วยพ่อแม่ขายของเหมือนเดิม บางครั้งพูดและหัวเราะคนเดียว หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย พ่อจึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง แพทย์ตรวจและวินิจฉัยว่าหนูนาเป็นโรคจิตและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ 2 เดือน อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและรับยาไปกินอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อกลับไปบ้านหนูนาคือไม่กินยา แม่พ่อแม่จะขอร้องอ่อนน้อน 1 เดือนต่อมา หนูนาเริ่มมีอาการไม่นอน พูดและหัวเราะคนเดียวหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย และหนูนาจะทำร้ายลูกค้าที่มาซื้อของที่ร้าน หนูนาจึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

กรณีศึกษา 2 เรื่องของทวน

ทวน ชายหนุ่มอายุ 25 ปี เมื่อ 2 ก่อนทวนถูกนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในสภาพที่สกปรก ะอะโวยวาย ตะโกนคำผู้อื่น ตาขวางและถูกมัดมือมัดเท้า แต่วันนี้ทวนเปลี่ยนไป เขามารับยาตามแพทย์นัด ด้วยสีหน้าแววตาแจ่มใส พูดจาสุภาพ แต่งกายสะอาด เขาบอกแพทย์ว่า เขากินยาทุกวันทำให้อาการดีขึ้นสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้ยังช่วยภรรยาทำงานได้อีกด้วย

- | | |
|----------|---|
| คำชี้แจง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้ 2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย 3. ผู้วิจัยสรุปผลตามประเด็นที่สมาชิกเล่า |
| ประเด็น | <ol style="list-style-type: none"> 1. คุณได้ข้อคิดอะไรบ้างเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคจิต 2. คุณอยากปฏิบัติตัวเหมือนทวนหรือหนูนาเพราะอะไร |

ไม่ส ไม่อยากกลับไปรักษาที่ โรงพยาบาล กินยา.....
 กินยาตามแพทย์สั่ง เพราะกลัวกลับไปรักษาใหม่.....

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางชัญญา คมขำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลพัฒนานิคม อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี (ที่บ้าน) 73/8 ต.ศิลา อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี 15220 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 036-491341 ต่อ 145 โทรศัพท์มือถือ 089-4441056 E-mail: Saochat@hotmail.co.th

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ จำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นรายกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลพัฒนานิคมจัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในชุมชน ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะโดยพัฒนาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของ (Anderson et al., 1980) ร่วมกับการฝึกเสริมทักษะ (Modular skill) ตามแนวคิดการฝึกทักษะ ด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) มาพัฒนาเป็น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10-14 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม และใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ ของ Anderson. et al, (1980) ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ ด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยา (Modular skill training) ของ Liberman (2006) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีระดับการทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น โดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับโดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้

ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

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

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่... โรงพยาบาลพัฒนานิคม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางชัชฎาภรณ์ คมขำ

ที่อยู่ติดต่อ 73/8 ต.ดัก อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี 15220 โทรศัพท์ 089-4441056

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบประเมินการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน และแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและ
การบริหารจัดการยารวมถึงเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวนเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 45-
60 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ติดต่อกันนาน 3 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า
ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางชัชฎา คมขำ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

แบบนำเสนอประกอบโครงการวิจัยเพื่อเสนอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOCUSING ON SKILL TRAINING ON SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

2. หัวหน้าโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการ นางชัญญา คมขำ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

3. ประเภทการวิจัยและสาขาการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

5. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD- 10 และอาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18-25 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดลพบุรี และผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 31 กรกฎาคม 2555 และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามแบบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย

40 คน

7. ระยะเวลาทำการวิจัย

1 มิถุนายน 2555 - 30 กันยายน 2555

8. วิธีการเก็บข้อมูล

การดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะทดลองและระยะประเมินผลการศึกษา

ระยะเตรียมการศึกษา

1. ผู้วิจัยขอหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคน ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การทดสอบเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่การศึกษา แจ้างระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา

2. เตรียมเครื่องมือและศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง 2540.) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (ผู้วิจัยสร้างเอง)

3. วางแผนการดำเนินงานและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินโครงการ จำนวน 1 คน ที่เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง โดยผู้จัดทำโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และรายละเอียดของเครื่องมือ แนวทางการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างชัดเจน และจะมีการประเมินผลหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

5. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมใน โปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990)

6. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

ระยะทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล กิจกรรมดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาทีระยะเวลาทั้งหมด 6 วัน กิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินกิจกรรมที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม

ระยะประเมินผลการศึกษา

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในการทดลองใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท(ทานตะวัน เข้มบุญเรือง 2540.) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (ผู้วิจัยสร้างเอง) ประเมินผู้ป่วยจิตเภท

2. ประเมินผลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Birchwood et al., 1990) หลังทำการทดลองสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ และเพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมโดยดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ระยะเวลา 6 วัน ดำเนินกิจกรรม ณ. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม

9. ไม่มีผลกระทบในเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสถาบัน สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

-

10. การขอความยินยอม

เป็นการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตรง

11. การนำเสนองานวิจัย


นำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคล


12. การทำการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามหลักจริยธรรม ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

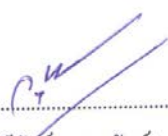
ลงนาม(หัวหน้าโครงการ)


(นางชัชฎา คมขำ)


13. ลงความเห็นของคณะกรรมการพิจารณาวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช


 ลงนาม.....ประธานกรรมการ
 (นายแพทย์สมชาย โอวัฒนาพานิช)


 ลงนาม.....รองประธานกรรมการ
 (แพทย์หญิงฉิ่งนง ปรกอบ)


 ลงนาม.....กรรมการ
 (นางวลีรัตน์ สุรนันทน์)


 ลงนาม.....กรรมการ
 (นายสมยศ พันธุ์วัฒนาชัย)


 ลงนาม.....เลขานุการ
 (นายทองสุก ศรีจำปา)

ที่ ศธ 0512.11/ 1174



โรงพยาบาลพัฒนานิคม
รับเลขที่ 2378
วันที่ - 6 ก.ค. 2555
เวลา 11.09

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานิคม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชัชฎา คมขำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 70 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และแบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางชัชฎา คมขำ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นางสาว ก. ดิฉัน
ศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

ขอแสดงความนับถือ

วราภรณ์ ชัยวัฒน์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

15/07/55

15/07/55

ศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
ดร.น

Dr. Chatcha
นางสาวชัชฎา คมขำ
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน
 ฝ่ายวิชาการ
 อำนวยการที่ปรึกษา
 ขอนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
 อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1150
 นางชัชฎา คมขำ โทร. 089-4441-056

ภาคผนวก ข
หนังสืออนุญาตใช้เครื่องมือการทำหน้าที่ทางสังคม

- **Re: SFS Needed**

จาก: **Max Birchwood** (m.j.birchwood.20@bham.ac.uk)

ตั้งเมื่อ: 20 ตุลาคม 2554 20:40:53

ถึง: chatchada komkham (saochat@hotmail.co.th)

สิ่งที่แนบมา 1 รายการ

THE SOCIAL FUNCTIONING SCALE & scoring.doc (355.5 กิโลไบต์)

Hi, here you go.

Good luck

From: chatchada komkham <saochat@hotmail.co.th<mailto:saochat@hotmail.co.th>>

Date: Wed, 19 Oct 2011 07:59:57 +0100

To: Max Birchwood <m.j.birchwood.20@bham.ac.uk<mailto:m.j.birchwood.20@bham.ac.uk>>

Subject: SFS Needed

Dear Dr. Max Birchwood,

I am a collegian in Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand and the name is Chatchada Komkham. I have thesis as THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOCUSING ON MODULAR SKILL TRAINING ON PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY which hope my thesis will be alternatives to improve the psychosocial function of schizophrenic patients then I want to get the best scale to put in my thesis as the Social Function Scale (SFS). How can I get the SFS and instruction?

Please don't hesitate to advise me any comments.

Thank you in advance.

Best regards,

Mrs. Chatchada Komkham

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชัชฎา คมขำ เกิดวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ.2512 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2534 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2553 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี