

ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ



นางสาวจิระภา สุมาลี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP HEALTH EDUCATION COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE
ON QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOM

Miss Jirapha Sumalee



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายต่อ
	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
โดย	นางสาวจิระภา สุมาลี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

จิระภา สุมาลี : ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (THE EFFECT OF GROUP HEALTH EDUCATION COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE ON QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 170 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อาศัยในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุดรธานีจำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) 2) แบบประเมินอาการทางลบ และ 3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 หาความเที่ยงโดยใช้วิธีคูเดอริชาร์ดสัน 20 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย มีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5777159036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: GROUP HEALTH EDUCATION / PHYSICAL EXERCISE / QUALITY OF LIFE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS

JIRAPHA SUMALEE: THE EFFECT OF GROUP HEALTH EDUCATION COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE ON QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOM. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 170 pp.

This study is a quasi-experimental pretest-posttest control groups research design. The object were to compare: 1) quality of life in schizophrenic patients with negative symptoms before and after received group health education combined with physical exercise, and 2) quality of life in schizophrenic patients with negative symptoms who received group health education combined with physical exercise and those who received regular nursing care. The samples of 40 schizophrenic patients with negative symptoms who met the inclusion criteria were recruited from patients who living in community, Muang district, Uttaradit province. The samples were matched-pairs with age and duration of illness then randomly assigned into either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received health education combined with physical exercise, whereas the control group received the regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) health education combined with physical exercise developed by the researcher based on health education concept of Apiwan Kaewwannarat (2003) combined with physical exercise process of Acil, Dogan & Dogan (2008) and group process concept of Marram (1978), 2) negative syndrome scale, and 3) WHOQOL-BREF-THAI. All instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Kuder-Richardson 20 method and Cronbach's Alpha coefficient as of .73 and .95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, and t-test.

The conclusions of this research were as follows:

1. quality of life in schizophrenic patients with negative symptoms who received group health education combined with physical exercise was significantly higher than that before at p .05;

2. quality of life in schizophrenic patients with negative symptoms who received group health education combined with physical exercise was significantly higher than those who received the regular nursing care at p .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้มาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อและเอกสารในการดำเนินการวิจัย รวมถึงกัลยาณมิตรร่วมสาขาที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่คอยช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ ที่กรุณาอนุมัติให้ศึกษาระดับปริญญาโท และให้คำแนะนำในการศึกษา ตลอดจนเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ ในการศึกษา และทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เห็นความสำคัญและกรุณาเสียสละเวลามาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านล้วนเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณและระลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทุกคนที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จทั้งหมด ขอขอบพระคุณสำหรับความรักที่ไม่มีเงื่อนไข กำลังใจและการสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ใดๆ ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีความสุขกายและใจที่สมบูรณ์เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวเหตุผล	4
สมมติฐานการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	14
2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	23
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	30
4. แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	38
5. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย.....	42
6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม	46
7. กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย	50
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	63
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	111
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	113
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และขอเสนอแนะ	120
สรุปผลการวิจัย	125
อภิปรายผลการวิจัย	126
ข้อเสนอแนะ	131
รายการอ้างอิง	133
ภาคผนวก	144
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	145
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	147
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ	149
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	151
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	160
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	162
ภาคผนวก ช ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	164

ณ

หน้า

ภาคผนวก ซ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	170



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการพัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย.....	53
ตารางที่ 2	ผลการจับคู่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	67
ตารางที่ 3	ระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย (n=20).....	78
ตารางที่ 4	ผลการคำนวณอัตราชีพจรเป้าหมายของกลุ่มทดลอง.....	81
ตารางที่ 5	กำหนดการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย.....	83
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	114
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	115
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้าน และโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย (Dependent t-test).....	116
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้าน และโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Dependent t-test).....	117
ตารางที่ 10	ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้านและโดยรวมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test).....	118

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้าน และโดยรวมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test).....	119
--	-----



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	61
ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria.....	65
ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched-pairs กลุ่มตัวอย่าง.....	66
ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	112



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (2550) ระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทถึง 21 ล้านคนทั่วโลก และข้อมูลจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต (2556) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท 409,695 คน ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (ปีทมา ศิริเวช, 2552) เป็นแบบเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดและมีการกำเริบอยู่เป็นช่วงๆ เมื่อเกิดพยาธิสภาพทำให้ทักษะการดูแลตนเองบกพร่อง ไม่สามารถดูแลตนเองหรือประกอบอาชีพได้ อย่างเต็มศักยภาพ สูญเสียการรับรู้ ทักษะทางสังคมต่ำลงและเกิดความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) แม้ว่าผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนก็อาจพบอาการหลงเหลืออยู่ โดยผลการศึกษาในต่างประเทศของ Hafner et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 30 - 50 สอดคล้องกับการศึกษาของเวนิชบุราชรินทร์ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 31.5 และสอดคล้องจากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีอาการทางลบร้อยละ 30 ลักษณะที่พบ ได้แก่ หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ เช่น กิจวัตรประจำวันและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตและการทำงาน (เวนิช บุราชรินทร์, 2544) ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย แยกตัวจากสังคม ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; Ryan & Thakore, 2002) ซึ่งอาการทางลบสามารถพยากรณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย (Lindamer et al., 2008; Casey & Hanson, 2009; Martin & Philip, 2013) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพ

จิตใจ เช่น การรับรู้ภาพลักษณ์และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การได้รับข่าวสารจากแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการสุขภาพ การมีกิจกรรมในเวลารว่าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง (พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ, 2541; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546; นรวีร์ พุ่มจันทร์, 2548; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี, และ กนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555) ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ และประชากรโดยทั่วไป (Alptekin et al., 2005; Bobes et al., 2007; Ulas et al., 2008) ลักษณะที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ (ภัทรภรณ์ พุงปันคำและคณะ, 2551) อยู่ในท่าเดียนานๆ ขาดความกระตือรือร้น (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ทำกิจกรรมน้อยลง ขาดการออกกำลังกาย (Lindamer et al., 2008; Casey & Hanson, 2009; Martin & Philip, 2013) มองตนเองในทางลบ คุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและเพื่อนเปลี่ยนไป ไม่เป็นอิสระในการใช้ชีวิต ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ชุมชนไม่ยอมรับทำให้ตนถอนตัวออกจากสังคม ระบุว่าโรงพยาบาลจิตเวชเป็นแหล่งเดียวที่ให้การยอมรับและเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตน (ภัทรภรณ์ พุงปันคำและคณะ, 2551) การขาดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน (เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555) ซึ่งลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท คือ เกิดการป่วยซ้ำ ทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้น (Herbener & Harrow, 2004) ผู้ป่วยต้องมีระยะเวลาในการรักษานาน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น และพบว่าปัญหาของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต (Boyer et al., 2013) ส่วนผลกระทบด้านครอบครัวพบว่าเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญกับพฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางลบดังกล่าวและผู้ดูแลเกิดความกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ (Ahmet et al., 2015; กัญญา ศรีตะวัน, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท พบ ดังนี้ 1) อาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพถึงร้อยละ 54 (Barry & Crosby, 1996) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545; Montemagni et al., 2014; Suttajit, 2015) หากมีอาการทางลบรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องและเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากยิ่งขึ้น (Lepage et al., 2014) 2) ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 50 หากผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Kravetz et al., 2000) 3) การสนับสนุนทาง

สังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 37.8 การที่ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหรือมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง (Sullivan et al., 1992; Ritsner, 2014) การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีเมื่อได้รับการดูแลจากรอบข้าง (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) และ 4) การได้รับความรู้และการมีกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Halford et al., 1995) และการมีกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การออกกำลังกาย (Vancampfort et al., 2011) จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 70-75 ของผู้ป่วยจิตเภทขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Lindamer et al., 2008; Casey & Hanson, 2009; Martin & Philip, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรู้และการมีกิจกรรม ในเวลาว่างมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจหารูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

ในประเทศไทยมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สารินี โต้ะทอง, 2548) ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ศิริภัทธา จุฑามณี, 2552) ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2557) และผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ดวงกมล สระบุรี, 2558) ซึ่งล้วนแต่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านสุขภาพทางกายซึ่งผลของการออกกำลังกายนั้นจะพบว่าทำให้สุขภาพทางกายและทางจิตดีขึ้นอย่างสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีสุขภาพจิตที่ดี (กวิสรดา พชรเบญจกุล และอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์, 2554) ดังนั้น ในฐานะของพยาบาลจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับทักษะการออกกำลังกายให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่ง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีประสิทธิภาพ ต่อสุขภาพทางกายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Acil, Dogan & Dogan, 2008; Gomes et al., 2014; Oertel-Knöchel et al., 2014; Kaltsatou et al., 2015) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวออกแรงส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยวางแผนเพื่อเสริมสร้าง

สุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงหรือคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย (วนิดา พันธุ์สะอาด และคณะ, 2555) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านชีวเคมี จะเกิดการหลั่งเพิ่มขึ้นของ Endorphins และ Serotonin ส่งผลต่ออาการทางลบโดยทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เกิดความตื่นตัวและมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (เดชา สุทธิกานต์, 2557) 2) ด้านร่างกาย มีการพัฒนาของระบบกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (วนิดา พันธุ์สะอาด และคณะ, 2555) 3) ด้านจิตใจ เกิดการพัฒนาภาพลักษณ์ การยอมรับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตน (Gorczyński & Faulkner, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของการออกกำลังกายแบบ แอโรบิคต่ออาการทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของ Acil, Dogan & Dogan (2008) พบว่าช่วยลดอาการทางจิตและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบว่ามี การนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และเพื่อให้กิจกรรมนี้ครอบคลุมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008) มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างปกติสุขและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ และประชากรทั่วไป (Alptekin et al., 2005; Bobes et al., 2007; Ulas et al., 2008) โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ได้แก่ 1) อาการทางลบ 2) ความเชื่ออำนาจภายในตน 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) การได้รับความรู้และการมีกิจกรรม จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทที่เหมาะสมคือ การทำกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือลักษณะที่คล้ายกันเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545; ศิริภัทรา จุฑามณี, 2552) ช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตหรือมี

พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นปัญหาที่เกิดจากอาการเจ็บป่วย โดยได้รับการประทับประคองจากสมาชิกในกลุ่ม (Marram, 1978; Brookfield, 1986) ผู้วิจัยจึงใช้หลักการการให้ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนชัดเจนและมีวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้รับความรู้ มีการกระตุ้นให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายจนสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Marram (1978) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการกลุ่มได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาและสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้ได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตน โดยการดำเนินกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดกลุ่ม มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปตามแผน กระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมทั้งสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่มให้สมาชิกทราบ ส่วนผู้ป่วยจะมีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอแนวทางหรือข้อคิดเห็นใหม่ เกิดความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดอาการทางลบ การส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีกิจกรรมซึ่งส่งผลไปยังปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน

นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ถึงร้อยละ 54 (Barry & Crosby, 1996) และการขาดการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ซึ่งส่งผลไปยังคุณภาพชีวิต (Stathopoulou et al., 2006) มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดอาการทางลบและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Acil, Dogan & Dogan, 2008; Gomes et al., 2014; Oertel-Knöchel et al., 2014; Kaltsatou et al., 2015) โดยจากการศึกษาของ Acil, Dogan & Dogan (2008) ได้ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ทั้งหมด 10 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาตุรกี (WHOQOL-BREF-TR), แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI), The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงและมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการออกกำลังกายมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลจากการออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย โดยเพิ่มการทำงานของ Brain-Derived Neurotropic factor (Knöchel et al., 2012) มีผลต่อการปรับสมดุลของสาร

สื่อประสาท ได้แก่ Dopamine Serotonin Endorphins (Craft & Perna, 2004) ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เกิดความตื่นตัวและมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (เดชา สุทธิกานต์, 2557) ช่วยพัฒนาภาพลักษณ์ (Sheehan, 1991) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองที่ออกกำลังกายได้สำเร็จ ก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตน (Stathopoulou et al., 2006) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้ออกกำลังกายร่วมกับครอบครัวและจากกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) ในทุกกิจกรรมจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Sullivan et al., 1992; Pitkänen, 2010, นรวีร์ พุ่มจันทร์, 2548) และสัมพันธภาพทางสังคม (Sagrati, 2002; Stanton & Happell, 2014) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) โดยกิจกรรมทั้งหมดอาศัยกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมทักษะการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอาศัยกระบวนการกลุ่มในการให้สมาชิก คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรม ซึ่งผลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่มจะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทักษะคิด และสร้างแรงจูงใจจนเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกระบวนการกลุ่มช่วยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551; Townsend, 2005; Veselinova, 2013) เหตุผลที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในทุกกิจกรรมนั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทางลบได้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้ (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540)

โดยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้คือกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการ ครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

(Marram,1978) ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย ต่ออาการทางลบ เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคจิตเภท (ศิริภัทรา จุฑามณี, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่ออาการทางลบ และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ , 2545) ร่วมกับการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนอุ่นร่างกาย ขั้นแอโรบิค และขั้นผ่อนคลาย (Acil, Dogan & Dogan, 2008) และการอภิปรายผล ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือนการออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน (ศิริภัทรา จุฑามณี, 2552; ศิรินันท์ ลีทองคำ, 2558) ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรักษาพยาบาลและการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและ

เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.10 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ (อติญา โพธิ์ศรี, 2551; ศิริพันธ์ ลีทองคำ, 2558) ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม เป็นการสรุปผลการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และแจ้งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม (Marram,1978)

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทางลบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้รับการประเมินอาการทางลบจากแบบประเมินอาการทางลบ โดยมีอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก อาศัยในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุตรดิตถ์และ

ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรต้น คือ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยจิตเภทขณะอาศัยอยู่ในชุมชน โดยประเมิน จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2545) ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ประเมินการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของตนที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ประเมินการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ประเมินการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม เป็นต้น

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการสุขภาพ การรับรู้ที่ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (Schizophrenia F20.0-F20.9) อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยมีอาการทางลบเด่นชัด คือ มีการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีการแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์

บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้คตินามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว ประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางลบ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) โดยในการวิจัยครั้งนี้จะคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (5-13 คะแนน)

กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมที่เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการทางลบ

1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายต่ออาการทางลบ หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่ออาการทางลบ และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ขึ้นแอโรบิก (Aerobic Workout) และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) และการอภิปรายผล ใช้เวลา กิจกรรมละ 60 นาที ดังนี้

2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.9 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

2.10 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสรุปผลการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลัก แสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และแจ้งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขทางด้านสุขภาพจิตได้วิธีการดูแลสุขภาพทางจิตและการฟื้นฟูสุขภาพทางกายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายสามารถเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาและสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรค
- 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของอาการทางลบ
- 2.2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 สาเหตุของอาการทางลบ
- 2.4 การประเมินอาการทางลบ
- 2.5 ผลกระทบของอาการทางลบ
- 2.6 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 3.6 การบำบัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.7 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

- 4.1 ความหมายของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 4.2 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพตามลักษณะการปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย
- 4.3 ประเภทของวิธีการให้ความรู้
5. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
 - 5.1 ความหมายของการเดินแอโรบิค
 - 5.2 วัตถุประสงค์ของการเดินแอโรบิค
 - 5.3 ประเภทของการเดินแอโรบิค
 - 5.4 ขั้นตอนของการเดินแอโรบิค
 - 5.5 ประโยชน์ของการเดินแอโรบิค
 - 5.6 การออกกำลังกายแบบแอโรบิคในผู้ป่วยจิตเภท
6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
 - 6.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม
 - 6.2 องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม
 - 6.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม
7. กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

Emil Kraepelin ได้จำแนกโรคทางจิตเวช ในปี ค.ศ. 1887 และเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะทำให้มีการเสื่อมของเซาว์ปัญญา เนื่องจากเชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุทางพันธุกรรมหรือเป็นความผิดปกติของ Metabolism ซึ่งปัจจุบันแนวคิดนี้ไม่ได้รับการยอมรับ ต่อมาในปี ค.ศ. 1911 Eugen Bleuler ได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Schizin” (to plit) และ “Phren” (mind) หมายถึงจิตที่แตกสลาย (split of mind) (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2553)

ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) ได้จัดโรคจิตเภทอยู่ใน F20 คือ ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคจิต มีระยะเวลาการ

เจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภท คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่ไม่มี ความผิดปกติทางกายหรือสมอง ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นมักจะมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรค ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ส่วนใหญ่พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 35-58 (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) มีการสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบร่วมกับมี Dopamine dysregulation ที่ Striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย Dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังพบว่า Serotonin ที่มีมากเกินไปก็ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ส่วนการศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการ CT scan พบว่ามีการขยายของ Ventricles ทำให้มวลของสมองมีปริมาณน้อยลง และมีความผิดปกติของ Limbic system ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกของอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ไม่เป็นมิตรหรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป และผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม หรือสังคมที่บีบคั้นทำให้คนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายประการ ที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีววิทยา และปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ซึ่งพยาบาลจิตเวชผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลและปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปใช้วางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม

1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัย โรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.3.1.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1) อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย คือ คิดว่ามีคนปองร้าย (Delusion of persecution) และคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (Delusion of reference)

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว (Auditory hallucination) พบร้อยละ 75 เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด เช่น พูดว่าร้าย พูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจบอกว่าได้ยินเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

3) ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ทำให้พูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่อง (Loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (Incoherence)

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวาย เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่งพล่าน กระวนกระวายมาก แต่งกายแปลกประหลาด และมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.3.2.1 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่ง ที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

1) อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ใช้เวลานานในการตอบคำถาม เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือใช้เวลานานกว่าจะตอบ

3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่คนเดียวทั้งวันจนไม่สนใจที่จะร่วมทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม

สรุปได้ว่า อาการของโรคจิตเภทประกอบด้วย 2 อาการที่สำคัญ ได้แก่ อาการทางบวก และอาการทางลบ โดยอาการทางบวกจะมีอาการทางจิตเป็นลักษณะเด่น เช่น ความผิดปกติของ

ความคิด การรับรู้ การสื่อสารและพฤติกรรม เป็นต้น ส่วนอาการทางลบจะเป็นภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เก็บตัว ไม่มีกิจกรรม ที่สนุกสนาน เป็นต้น

1.3.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท ผู้ป่วยต้องมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน โดยมีหลักการวินิจฉัยโรค มีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา)

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย
- 5) มีอาการทางลบ

ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

ค. ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (รวมเกณฑ์การวินิจฉัยในข้อ ก. และอาการนำ)

ง. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

1.4 การดำเนินโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆ เกิด แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 4 ระยะ คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.4.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคม การเคลื่อนไหวหรือด้าน cognitive ในระดับเล็กๆ น้อยๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายมือ

1.4.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการทางลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัว ไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่การเรียนหรือทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตนเองน้อยลงละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ เช่น มีความสนใจหรือมีความเชื่อด้านโศคลาและไสยศาสตร์มีการใช้สำนวนแปลกๆ พฤติกรรมหวาดระแวง การแสดงออกของอารมณ์ไม่

เหมาะสม สมารถลดลง ระยะนี้อาจนานเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ก่อนอาการกำเริบ

1.4.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจที่พบได้ตามช่วงวัย ในเพศชายคือ ช่วงอายุ 20 ต้นๆ ไปจนถึงกลางๆ ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุปลายๆ ในการป่วยครั้งแรก ซึ่งเกิดจากความกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวได้ต่อไปอีก จึงแสดงอาการต่างๆ ของโรคออกมา โดยอาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ อาการทางบวก ได้แก่ ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนใหญ่อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นาน 6 เดือน อาการจึงเริ่มทุเลาลง โดยอาการทางบวกและอาการทางลบจะเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยบางคนอาจไม่พบอาการผิดปกติเลย ช่วงที่อาการดีขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเอง ไม่นานก็จะมีอาการกำเริบ อาการกำเริบในครั้งหลังๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ตีเหมือนครั้งแรก มักมีอาการหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีอาการกำเริบถึงร้อยละ 80

1.4.4 ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยในระยะยาว แล้วอาการทางจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราวและพบอาการทางบวกอยู่บ้าง ในขณะที่อาการทางลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่า การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมี 4 ระยะ ซึ่งจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยอาการทางลบจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะอาการนำ เมื่อมีอาการกำเริบจะมีอาการแสดงทั้งอาการทางบวกที่เด่นชัด ส่วนระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือจะพบว่าอาการทางลบบยังคงอยู่ตลอดการเจ็บป่วย

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ต้องดูแลใกล้ชิด พบอาการข้างเคียงจากยารุนแรงและมีปัญหาในการวินิจฉัย ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลง โดยเร็ว อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกเป็นผลมาจากยา ส่วนการรักษาอาการโรคจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำและควรให้ขนาดเดิม

3) ระยะเวลาอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ หากผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยา จึงสำคัญ

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) จะใช้ในกรณี ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย โดยต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยาโรครจิต

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้อาการดีขึ้นแล้วปัญหาทางสังคมก็ยังคง มีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดัน ดำเนินการทั้งรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือครอบครัวตามความเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์ เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคจิตเภทนั้นมีหลายแนวทาง ซึ่งทุกด้านล้วนมีส่วนสำคัญในการรักษาโดยเริ่มตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะคงที่ ซึ่งการรักษาในระยะคงที่นี้จะเน้นการป้องกัน

การกำเริบซ้ำของโรค และต้องร่วมกับการรักษาทางด้านจิตสังคม ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนา กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่อาศัยอยู่ในชุมชนและส่วนใหญ่อาการจะอยู่ในระยะคงที่ โดยลักษณะกิจกรรมเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรียนรู้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้เสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.6.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อ การวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้าน ที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความ สะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยนอนหลับได้ เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพ ทางด้านร่างกาย

2) การประเมินทางด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลง ผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการ ช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้น บ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่ มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระวังผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการ หลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาล ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจาก ผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจและทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณา ทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการ พยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน

2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

- 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน
- 4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการ ดังนี้

1.6.3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

- 1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- 3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า กำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง
- 5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม
- 6) พัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและมองโลกในแง่ดี

1.6.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการรับประทานยาการใช้ยาอย่างถูกต้อง การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล
- 2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม
- 3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้

บ้าน

1.6.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล พิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาล ดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวาและชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่น ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ

รุนแรง

1.6.5 การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณา มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและด้านชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มี 5 ขั้นตอนที่สำคัญตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาที่จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในทุกด้าน เพื่อการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นจึงทำการประเมินผลเพื่อตรวจสอบการให้การพยาบาลที่มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภท

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางลบ

Kay et al. (1987) กล่าวถึงอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ ดังนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติซึ่งแสดงออกทางสีหน้าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

3) มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลง และได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความสิ้นไหวลความเป็นอิสระเป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

ธีระ ลีลา นันทกิจ (2550) กล่าวถึงอาการทางลบว่า เป็นอาการขาดกำลัง ความเฉื่อยเมย หรือแสดงท่าทางขาดความสนใจในกิจกรรมที่ทำประจำ ขาดความตั้งใจ (Avolition) ไม่เอาใจใส่ต่อการแต่งตัว ไม่สนใจอนามัยส่วนบุคคล ตัดสินใจลำบาก และยากที่จะเพียรพยายามในการทำงาน ไปโรงเรียน ทำงานบ้าน ความรู้สึกเสียไป (Loss of feeling) หรือไม่รู้จักรักที่จะทำให้ชีวิตสนุกสนาน (Anhedonia) การแสดงออกหรืออารมณ์ความรู้สึกลดลงมาก ความสัมพันธ์จะถูกระงับอย่าง

รุนแรง การพูดจะผิดเคื่อง ลำบาก ไม่สามารถพูดได้ (Alogia) จำนวนของการพูดลดลงมากและพูดซ้ำๆ ไม่กระจำง อาจตอบสนองต่อคำตอบซ้ำหรือไม่ตอบสนองต่อคำถามเลย การแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉย (Flattened affect) ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการเปลี่ยนสีหน้า เวลาพูดคุยจะสบตาไม่ดีหรือสบตาน้อย แสดงออกทางภาษากายลดลงและการเคลื่อนไหวโดยพันทีลดลง

ยุร์ชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2552) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการแสดงทางด้านอารมณ์ ความตั้งใจในการทำหน้าที่หรือพฤติกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ อารมณ์เฉยเมยและจำกััด ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ พูดคุยไม่สบตา การพูดน้อยลง การคิดอะไรซ้ำๆ หรือคิดเพียงเรื่องเดียว โดยจะมีเนื้อหาในการพูดลดลง ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจการ แต่งกาย เฉื่อยชาลง เก็บตัว ไม่ค่อยมีการแสดงออก

กล่าวโดยสรุป อาการทางลบ หมายถึง อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะขาดไปจากสภาวะปกติ เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นเวลานานและแสดงอาการในระยะหลงเหลือ เช่น อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) โดยผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่ คนเดียว ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความคิดตายตัวและบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ความหมายอาการทางลบของ Kay, et al. (1987)

2.2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เมื่ออาการสงบจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและอาศัยอยู่ในชุมชน ตามนโยบายที่เน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ อาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ กลุ่มอาการทางลบ (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2538) จากการศึกษาในต่างประเทศของ Patel et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 41 ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีอาการทางลบประมาณร้อยละ 30 ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่สบสายตา ใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้า (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่น การรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริงความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมและการตัดสินใจ (กรมสุขภาพจิต, 2554) บกพร่องในด้านการติดต่อสื่อสาร พูดน้อยลง มีความยากลำบากในการคิด ไม่มีความต่อเนื่องของความคิด ตอบคำถามสั้นๆ ไม่ให้รายละเอียดหรือไม่ตอบสนองต่อคำถามเลย บางรายจะมีปริมาณการพูดเหมาะสมแต่ให้เนื้อหาหรือข้อมูลน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามช้า ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ การดูแลตนเองลดลง เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อยลงหรือเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่อยู่เฉยๆ เช่น การนั่ง การดูโทรทัศน์ เป็นต้น ขาดความสุขในการใช้ชีวิต ไม่สามารถมีกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจหรือรู้สึกดี ไม่มีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น มี

การแยกตัวจากสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนลดลง การเคลื่อนไหวช้าลง บกพร่องในความรับผิดชอบ ต่อภาระหน้าที่ของตนเอง (Möller, 2007)

2.3 สาเหตุของอาการทางลบ

มีการศึกษาสาเหตุของโรคจิตเภทในทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทชื่อว่าโดปามีน (Dopamine) โดยพบว่าในโรคจิตเภทมีความบกพร่องของโดปามีน เกิดความผิดปกติของการปล่อยโดปามีนออกมา ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการด้านบวก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีระดับ Monoamine oxidase ต่ำ แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) และในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าซีโรโทนิน (Serotonin) ที่มีมากเกินไปทำให้เกิดโรคจิตเภท ซึ่งยาในกลุ่ม Atypical antipsychotic เช่น Clozapine จะปิดกั้นการส่งกลับของโดปามีนและ ซีโรโทนิน ทำให้อาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ซึ่งสาเหตุของอาการทางลบสามารถจำแนกได้ดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

2.3.1 อาการทางลบปฐมภูมิ (Primary negative symptoms หรือ deficit symptoms) เป็นกลุ่มอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากโรค โดยเป็นอาการทางลบที่เป็นมาก่อนเริ่มป่วย (premorbid negative symptoms) อาการทางลบที่เป็นพร้อมกับอาการทางจิต (psychotic phase) และอาการทางลบที่ยังคงอยู่หลังอาการทางจิตหายไป ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลงจากก่อนป่วย

2.3.2 อาการทางลบทุติยภูมิ (Secondary negative symptoms หรือ nondeficit symptoms) เป็นอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น สามารถหายได้ ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยา จากการรักษาโรคจิตหรือโรคซึมเศร้า ภาวะหมดกำลังใจ เกิดจากการขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานๆ ซึ่งในทางปฏิบัติการแยกอาการทางลบที่เกิดขึ้นเองกับอาการทางลบที่เกิดจากสาเหตุอื่น มักทำได้ยาก อาการทางลบชนิดทุติยภูมิส่วนใหญ่จะหายได้เมื่อรักษาหรือแก้ไขที่สาเหตุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Acil, Dogan & Dogan, 2008; Gomes et al., 2014; Oertel-Knöchel et al., 2014; Kaltsatou et al., 2015) โดยผลจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการทำงานของ Brain-Derived Neurotropic factor (Knöchel et al., 2012) มีผลต่อการปรับสมดุลของสารสื่อประสาท ได้แก่ Dopamine Serotonin Endorphins (Craft & Perna, 2004) ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เกิดความตื่นตัว และมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (เดชา สุทธิกานต์, 2557) จากผลดังกล่าวล้วนแต่ทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

2.4 การประเมินอาการทางลบ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินอาการทางลบ มีดังนี้

Andreasen (1989) ได้พัฒนาเครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ในการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ (Affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (Alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) ความรู้สึกขาดความสุขหรือความยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (Anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (Attention impairment) เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่มีอาการ จนถึง 5 คือ มีอาการรุนแรงมาก ซึ่งสามารถประเมินจากการสัมภาษณ์ การสังเกตและแหล่งข้อมูลอื่น เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ตั้งแต่ 0.67 ถึง 0.90 นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ที่ติดสารเสพติด ควรใช้ประเมินควบคู่กับ Scale for the Assessment of Positive Symptom (SAPS)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ คือ 1) Positive Scale 2) Negative Scale 3) Composite Index 4) General Psychopathology Scale และ 5) Supplement Aggression risk เกณฑ์การให้คะแนน มี 7 ระดับ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในดี ตั้งแต่ 0.73 ถึง 0.83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นนำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Passive/Apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจาก Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of

spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) 1 ข้อ ประเมินโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.71 และค่าความเที่ยงจากวิธี Inter-rater reliability เท่ากับ 0.84

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทของหงษ์บรรเทิงสุข (2545) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ครอบคลุมการประเมินอาการทางลบทั้ง 7 ลักษณะในผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์จากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะข้อมูลที่จะเป็นความจริงและมีความชัดเจนจากอาการที่ปรากฏในตัวผู้ป่วย ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้

2.5 ผลกระทบของอาการทางลบ

2.5.1 ด้านตัวผู้ป่วย เกิดผลกระทบที่มาจากความพร้อมของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จากเหตุผล 3 ประการ คือ

1) มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งมี ผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้าและบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สเปญ อุณนงค์, 2551)

2) ปัญหาความบกพร่องทางความคิด สติปัญญาหรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้น รู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดด้านลบกับตนเอง ขาดความมั่นใจ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดและมีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเอง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคจิตมาก่อนอาจมีความรู้สึกไม่ยอมรับหรือมีความรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้อาจแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะเทือนใจ (บุญพา ณ นคร, 2538)

3) มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดี ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่คบหาสมาคมกับใคร (ไพบรียทิพย์ กสิพันธ์, 2541)

2.5.2 ด้านสังคม จากอาการทางจิตและสุขวิทยาที่บกพร่องของผู้ป่วยเป็นผลให้คนในชุมชนมักจะเลียงที่จะพบปะหรือพูดคุยด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้งหรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง หากเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทักชะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2.5.3 ด้านจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง ถูกสังคมรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า จัดการกับการดูแลสุขภาพของ

ตนไม่ได้ (Zou et al., 2014) ไม่สนใจต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Taylor, 1994; วัชรภรณ์ อุทโยภาศ และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542) เป็นผลทำให้อาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ง่าย เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน ก็จะทำให้ยากต่อการบำบัดรักษามากขึ้น

โดยสรุปพบว่า อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อ 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านตัวผู้ป่วยที่เกิดความบกพร่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบกับตนเอง และรู้สึกว่าจะสังคมไม่ยอมรับ ด้านสังคมทำให้ชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ส่วนด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถภาพของตนด้อยลง ไม่สนใจดูแลตนเอง มีโอกาสเกิดโรคกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลกระทบที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดังที่กล่าวมาล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น

2.6 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังนี้

2.6.1 พยาบาลต้องตระหนักว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีลักษณะแยกตัวเองไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น แต่ความรู้สึกที่แท้จริงนั้น ผู้ป่วยมีความต้องการติดต่อกับบุคคลอื่นมาก แต่ไม่มีทักษะขอความเป็นมิตรจากบุคคลอื่นได้ พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตลอดไป ควรเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่ยอมรับและมีความเป็นมิตร

2.6.2 ผู้ป่วยมักจะอยู่ในโลกของความเพ้อฝัน จึงไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรให้การดูแลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยไม่สนใจในความเจ็บป่วยทางร่างกายของตนเองและไม่บอกถึงความเจ็บปวด แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะที่เจ็บปวดตามร่างกายก็ตาม เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องให้ความสนใจดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางร่างกายของผู้ป่วย

2) สุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยไม่สนใจในความสะอาดทางร่างกายของตนเอง พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจ เกี่ยวกับความสะอาดทางร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ตลอดจนดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วย

3) อาหาร ผู้ป่วยไม่สนใจในเรื่องของอาหาร ต้องคอยดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

4) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เพราะเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต แต่ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย อาจนั่งหรือนอนท่าเดียวอยู่เป็นเวลานานๆ พยาบาลจึงควรกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวและมีการออกกำลังกาย

2.6.3 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย ควรป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่ในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอยมากขึ้น

2.6.4 เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากโลกของความเป็นจริง และต้องการอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเอง พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วยให้ติดต่อกับโลกของความเป็นจริงโดยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ และพยาบาลเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยๆ

2.6.5 ผู้ป่วยอาจมีความหลงผิดหรือประสาทหลอนได้เนื่องจากผู้ป่วยมักจะอยู่แต่โลกของความเพ้อฝันของตนเอง บางครั้งผู้ป่วยจะมีความงุนงง สับสนว่าอะไรคือโลกที่เขานึกฝันหรืออะไรคือโลกที่เป็นจริง เพราะฉะนั้นพยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

2.6.6 ผู้ป่วยมีความงุนงงสับสน สมานธิสั้น เพราะฉะนั้นในการสนทนากับผู้ป่วยควรใช้คำพูดประโยคสั้นๆ ให้ได้ใจความเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้มีความเข้าใจมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Elis et al. (2013) พบรูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) และการรักษาแบบผสมผสาน (Combined treatment) เป็นการผสมผสานรูปแบบการรักษาตั้งแต่ 2 รูปแบบหรือมากกว่ารวมเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งปกติการรักษา มักจะเป็นรูปแบบเดียว เช่น ครอบครัวยุบยั้งกับการบำบัดทางความคิดหรือพฤติกรรม ครอบครัวยุบยั้งกับการฝึกทักษะทางสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุบยั้งกับการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับ ครอบครัวยุบยั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการทางลบดีขึ้น เมื่อเทียบกับการรักษาตามปกติ

นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะด้านการบริการสุขภาพที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ (นงนุช โอโอบะ และนิพนธ์ กินาวงศ์, 2545) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคมและชุมชน โดยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ 1) การให้ความรู้โดยการบรรยาย เป็นการสอนสุขภาพโดยทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ฟังเกิดประสบการณ์หรือการเรียนรู้ใหม่ 2) การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติและได้ทดลองปฏิบัติจริงด้วยตนเอง 3) การอภิปรายกลุ่ม เป็นการให้กลุ่มหรือ

ผู้เรียน พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ในระดับการนำไปใช้ การสังเคราะห์ การเห็นคุณค่าและเกิดการรับรู้ (Clark,2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้นจะช่วยให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ (Acil, Dogan & Dogan, 2008; Kaltsatou et al., 2015) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การรักษาแบบผสมผสาน โดยใช้แนวคิดของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบ ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และวิธีการจัดการอาการทางลบ โดยการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูล ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับโดยการฝึกการออกกำลังกายและการอภิปรายกลุ่มโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการทางลบ

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

Ferrans and Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHO group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) เนื่องจากแนวคิดนี้ได้รับการแปลและดัดแปลงมาใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวางในประเทศไทย โดยสามารถนำมาใช้ได้กับบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Ferrans and Power (1992) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจาก ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการ รับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืนในการดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและ เศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นการรับรู้การ ตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนและ ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (The WHO group, 1994) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในแบบวัด WHOQOL-100 ไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาควุฒิในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตนและการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับ ความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) คือ การรับรู้ถึง ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/Personal beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2545) ได้ระบุถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละแนวคิด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถวิเคราะห์แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

3.3.1 การสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติ

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ, 2541; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546; นรวีร์ พุ่มจันทร์, 2548; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี, และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555) ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ และประชากรโดยทั่วไป (Alptekin et al., 2005; Bobes et al., 2007; Ulas et al., 2008) จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างและความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนิอร พิศอ่อน (2546) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาในประเทศสวีเดน (Skantze et al., 1992) พบว่าร้อยละ 84 ของผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยยังคงอยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความทุกข์กับประสบการณ์ภายในใจ มีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและขัดสนด้านการเงิน นอกจากนี้ยังพบประเด็นความไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่และการงาน การทำกิจกรรมต่างๆ คือ ความพอใจและความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนาน ความรัก

ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนา และสุขภาพร่างกาย (Meltzer, Peladeau & Tempier, 1990; Skantze et al., 1992; Sullivan, Wells, & Leaker, 1992; Katsching, 2000)

3.3.2 การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต มีดังนี้

Green และคณะ (2001) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คน ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต 10 ด้าน ของ Biglow และคณะ (1991) ซึ่งประเมินด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงานความสามารถในการทำงานการใช้เวลาว่าง

Ruggeri และคณะ (2001) ศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 285 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ที่แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

นิตยา ตากวิริยะนนท์และชิ่งนุสมน สุชีวัน (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 122 ราย และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.4.1 ความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการทางลบ (หงษ์ บรรเท็งสุข, 2545; Tomatake, 2011; Montemagni et al., 2014; Suttajit, 2015) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบ และเกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภท (Boyer et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barry and Crosby (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลาว่าง ร้อยละ 53 ด้านสุขภาพกับความปลอดภัยร้อยละ 54 และการศึกษาของ Ho et al. (1998) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน การทำหน้าที่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานกับการทำหน้าที่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011)

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต (Bobes et al., 2007; Suttajit, 2015) ได้แก่ ่วงซึม ปากคอแห้ง กลุ่มอาการ Extrapyrimald side effect ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Atypical psychotics drug จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยากลุ่ม Typical psychotics drug (Suttajit, 2015) เนื่องจาก เกิด Extrapyrimald side effect น้อยกว่า (Xiang et al., 2007) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน, 2535) การขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดสัมพันธภาพ กับสังคม (Suttajit, 2015) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า มีการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิต และการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Beebe et al., 2005; Marzolini et al., 2009; Strassnig et al., 2012) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการออกกำลังกาย มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไป (Gomes et al., 2014)

3.4.2 ความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 50 เกิดจากความเชื่อที่ว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเองและรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพได้ (Strickland, 1978) หากผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Kravetz et al., 2000) ระดับการศึกษา (Caron et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลและการได้รับบริการทางสุขภาพ (Ruggeri et al., 2002; Alshowkan et al., 2012) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Halford et al., 1995) จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและความพึงพอใจของรายได้ ส่งผลในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต (Makara- Studzinska et al., 2011) ซึ่งผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจฐานะสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยจากเพศ โดยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชายส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีกว่า (Norman et al., 2000; Makara-Studzinska et al., 2011; หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ และสถานภาพสมรสของผู้ป่วยจิตเภท คือ สถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ จะพบว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพสมรสหรือโสด (Makara-Studzinska et al., 2011; Boyer et al., 2012)

3.5 การประเมินคุณภาพชีวิต อาศัยตัวบ่งชี้ 2 ชนิด คือ

3.5.1 ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ที่มองเห็นได้ ได้แก่ ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

3.5.2 ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิต (UNESCO, 1980; Frank – Stromberg, 1984; Zhan et al., 1992; Meeberg, 1993)

การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทัศนคติของตนเอง ซึ่งจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1960; Frank–Stromberg, 1984; Meeberg, 1993) มีแนวคิดว่าคุณบุคคลจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่างๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) โดย สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุลและคณะ (2545) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

3.6 การบำบัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ การศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สารินี โตะทอง, 2548) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจากแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษา ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ศิริภทตรา จุฑามณี, 2552) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (วัลย์พร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2557) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของไฮน์ริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจากทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย โดยเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เรื่องอาการทางลบในโรคจิตเภทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบด้วยการออกกำลังกาย เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.7 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยทำการประเมิน วินิจฉัยวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จิตเภท บทบาทในการให้ความรู้ บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ นอกจากนี้ Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น สามารถประเมินสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมและหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานๆ ได้

2) ต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง

3) ยึดถือหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทุกด้านเพื่อ

เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกรรพยาบาลและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

4) เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถกระทำได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การให้ความรู้หรือให้คำปรึกษา ทั้งนี้ควรอาศัยหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ และการประสานงานเพื่อหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

4.1 ความหมายของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2545) ให้ความหมายของวิธีหรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง วิธีการปฏิบัติ การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นขั้นตอนโดยผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพได้วางแผนไว้อย่างมีระบบและเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับความรู้ โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ผู้รับความรู้สามารถเลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีได้ด้วยตนเอง

จากความหมายของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการให้ความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยมีความเชื่อว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดีขึ้น

4.2 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพตามลักษณะการปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถพิจารณาตามลักษณะการปฏิบัติกับผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

4.2.1 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ถึงผู้รับความรู้โดยตรงและรวดเร็วที่สุด สามารถให้ความรู้ได้ทุกเวลา ทุกสถานที่และทุกโอกาส ทำให้ผู้รับ

ความรู้ เกิดการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพได้มาก ส่วนหลักในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคลสำหรับผู้ให้ความรู้นั้น ต้องมีความรัก ความเต็มใจที่จะให้คำชี้แนะ สร้างเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับความรู้มีสุขภาพดี ควรศึกษาข้อมูลของผู้รับความรู้ ได้แก่ ชื่อเพื่อที่จะเรียกชื่อผู้รับความรู้ได้ถูกต้องเป็นการแสดงถึงความสนใจ ผู้ให้ความรู้ควรยิ้มแย้มแจ่มใส สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง และมีศิลปะในการพูด ถาม ตอบและฟัง กระตุ้นให้ผู้รับความรู้ พุดซักถาม ให้ข้อเสนอแนะ หรือตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง

ข้อดีของวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล

- 1) ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี มีบรรยากาศเป็นกันเอง ได้พูดคุยโต้ตอบโดยตรงระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้
- 2) ผู้รับความรู้มีโอกาสวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถเข้าใจสาเหตุ มองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปพิจารณาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม
- 3) ช่วยให้ผู้ให้ความรู้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ ด้านสุขภาพ ได้ทราบความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติ ได้ข้อคิดเห็น เข้าใจถึงอารมณ์ และส่งเสริมกำลังใจ แก่ผู้รับความรู้ได้โดยตรง
- 4) ผู้รับความรู้มีโอกาสแสดงความรู้สึก ระบายความทุกข์ ปัญหาส่วนตัวที่ไม่ต้องการให้ใครรู้ให้แก่ผู้ให้ความรู้ทราบ
- 5) ผู้ให้ความรู้สามารถประเมินผลการเรียนรู้ ให้คำชี้แนะ แก้ไขปัญหาสุขภาพปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปฏิบัติที่ผู้รับความรู้ยังไม่เข้าใจได้ทันที

ข้อสังเกตของการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล

- 1) ใช้เวลามากเนื่องจากผู้ให้ความรู้ต้องอธิบายแก่ผู้รับความรู้ทีละคน
- 2) ผู้รับความรู้มีโอกาสซักถามได้ทันทีถ้าไม่เข้าใจ ทำให้ต้องใช้เวลาอธิบายเพิ่มเติม
- 3) ผู้ให้ความรู้ต้องมีจำนวนมาก หากให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล

4.2.2 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่ม

ผู้รับความรู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีความต้องการความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคือคล้ายคลึงกัน ผู้ให้ความรู้ต้องวางแผนเลือกวิธีการให้ความรู้ที่กระตุ้นความสนใจ และให้ผู้รับความรู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง โดยหลักในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่มนั้น ผู้ให้ความรู้ต้องมีความพร้อมในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหา สื่อ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ต้องศึกษาและมีวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นความสนใจผู้รับความรู้ ต้องยิ้มแย้มแจ่มใส พุดคุยเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการให้ความรู้ทางสุขภาพ

ข้อดีของการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

- 1) สามารถให้ความรู้แก่ผู้รับความรู้ได้จำนวนมาก ประหยัดเวลา
- 2) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับความรู้แต่ละคนได้
- 3) ได้รู้จักและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มผู้รับความรู้และผู้ให้ความรู้
- 4) ผู้ให้ความรู้จะต้องใช้วิธีหรือกิจกรรมร่วมกับการใช้สื่อต่างๆด้วยความชำนาญ เพื่อกระตุ้นความสนใจ ของผู้รับความรู้

ข้อสังเกตของการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

- 1) ต้องใช้สถานที่ที่กว้างในการให้ความรู้ ถ้าบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้รับความรู้เบื่อหน่าย ไม่มีสมาธิที่จะรับฟัง
- 2) ผู้รับความรู้บางคนอาจแสดงความคิดเห็นมากจนผู้ฟังคนอื่นรำคาญ ผู้ให้ความรู้ต้องมีเทคนิคการพูดตัดบทและมีวิธีการพูดที่สร้างสรรค์

4.2.3 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพกับชุมชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้รับความรู้ที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะในชุมชนประชาชนมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน การเลือกกิจกรรมจะต้องคำนึงถึงการนำไปปฏิบัติได้ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชนหรือท้องถิ่น

4.2.4 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางสื่อมวลชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถให้ความรู้ได้หลายวิธี เช่น ทางสื่อกระจายเสียงวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน สถานีวิทยุโทรทัศน์ หรือวิธีการที่ให้ประชาชนเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ นิทรรศการ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดความรู้ในชุมชน เป็นต้น หลักในการให้ความรู้ด้านสุขภาพกับชุมชน คือ ผู้ให้ความรู้ต้องวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเพื่อวางแผนการให้ความรู้ ที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพการณ์จริงของประชาชนในชุมชน ต้องประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน เน้นผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลาง รับฟังความคิดเห็นของประชาชนในชุมชน และพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

ข้อดีของการให้ความรู้ด้านสุขภาพกับชุมชน

- 1) สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับปัญหาในสภาพการณ์ที่เป็นจริงของชุมชน
- 2) ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

ข้อสังเกตของการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน

- 1) ต้องเตรียมสื่อประกอบการให้ความรู้ ให้ผู้รับความรู้สามารถมองเห็นได้อย่างทั่วถึง เช่น เครื่องขยายเสียง ไมโครโฟน เป็นต้น

2) ต้องเตรียมความรู้และมีความรู้วิชาการทางสุขภาพที่หลากหลาย เนื่องจากผู้รับความรู้มีจำนวนมาก อาจซักถามนอกเหนือจากความรู้ที่ได้เตรียมมา

จากวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพตามลักษณะการปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยเลือกวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม โดยเน้นการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลัก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีความต้องการการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงวางแผนและจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

4.3 ประเภทของวิธีการให้ความรู้ วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

4.3.1 วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลาง (Teacher - Centered Method) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ความรู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการให้ความรู้ทั้งหมด โดยที่ผู้รับความรู้ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ผู้รับความรู้จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลง ด้านทัศนคติ และการปฏิบัติจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้น้อย

4.3.2 วิธีการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลาง (People - Centered Method) เป็นวิธีการที่ผู้รับความรู้มีโอกาแสดงความคิดเห็น มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีโอกาสได้ศึกษาด้วยตัวเอง ผู้ให้ความรู้จะกระตุ้นให้ผู้รับความรู้ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ ผู้รับความรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ดี

4.3.3 วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางร่วมกัน (Co - Operative Group) เป็นการให้ความรู้แบบผสมผสานโดยผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด เลือกตามความพร้อมของผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ ผู้รับความรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาเรื่องประเภทของวิธีการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย โดยใช้วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางร่วมกัน (Co - Operative Group) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนความรู้และหาวิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในประเด็นต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

5. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

5.1 ความหมายของการเต้นแอโรบิก

สุขพีชรา ชีมเจริญ (2543) ระบุว่า การเต้นแอโรบิก (Aerobic dance) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยนำท่ากายบริหาร ท่าเต้นรำ การฝึกร่างกายแบบโยคะมาผสมผสานกันให้ท่าทางต่างๆ เข้ากับจังหวะเพลงเพื่อทำให้เกิดความสนุกสนาน เป็นกิจกรรมที่มุ่งฝึกกระบวนกาหายใจ ความสามารถในการจับออกซิเจนและก่อให้เกิดความอดทนทางด้านร่างกาย

วนิดา พันธุ์สอาดและคณะ (2555) ให้ความหมายของการเต้นแอโรบิก (Aerobic dance) ว่าเป็น การออกกำลังกายที่นำท่าการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด การก้าวเท้า และท่าในการเต้นรำต่างๆ มาผสมผสานกันให้เข้ากับจังหวะเพลงหรือเสียงดนตรี สามารถปรับความหนักเบาได้ตามสภาวะที่เหมาะสมของแต่ละคน สร้างความอดทนและความแข็งแรงของหัวใจ ปอด ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ เผาผลาญพลังงานส่วนเกินของร่างกาย ทำให้มีรูปร่างและสัดส่วนที่สวยงาม และก่อให้เกิดความสนุกสนานคลายเครียด ผู้ค้นพบการออกกำลังกายแบบการเต้นแอโรบิก คือ นายแพทย์เคนเนท เอ็ช คูเปอร์ (Kenneth H. Cooper) แพทย์ประจำกองทัพอากาศของสหรัฐอเมริกา

สรุปได้ว่าการเต้นแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยมีการนำท่าบริหาร ท่าเต้นรำ หรือโยคะมาใช้ในการเคลื่อนไหวร่วมกับดนตรี เพื่อให้เกิดความสนุกสนาน ช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยใช้กระบวนการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ประเภท การเต้นแอโรบิกมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

5.2 วัตถุประสงค์ของการเต้นแอโรบิก

การเต้นแอโรบิกนั้นจำเป็นต้องเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ให้มีอัตราการเต้นของชีพจรถึงเป้าหมาย โดยคนปกติทั่วไปจะกำหนดไว้ระหว่างร้อยละ 60-80 ของชีพจรสูงสุด (Maximum heart rate) เต้นติดต่อกันประมาณ 15-30 นาที จึงจะช่วยพัฒนาสมรรถภาพร่างกายให้ดีขึ้น ความถี่ที่เหมาะสมในการเต้นแอโรบิก คือ ประมาณสัปดาห์ละ 3-5 วันต่อสัปดาห์ และการฝึกอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จะทำให้เกิดทักษะการเต้นแอโรบิก (ACSM, 1998) วิธีการคำนวณหาอัตราชีพจรเป้าหมาย สูตรที่นิยมใช้ คือ

$$\text{ชีพจรเป้าหมาย} = \text{ชีพจรสูงสุด} \times 60-80\% \text{ (ชีพจรสูงสุด)}$$

$$\text{(ชีพจรสูงสุด} = 220\text{-อายุ)}$$

5.3 ประเภทของการเต้นแอโรบิก

การออกกำลังกายนั้นควรที่จะคำนึงถึงความปลอดภัยและประโยชน์ในการออกกำลังกายเป็นสำคัญ จึงจำเป็นที่จะต้องเลือกรูปแบบของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ เพศ วัยและ

ความสามารถของแต่ละคน ซึ่งรูปแบบของการเต้นแอโรบิคสามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบ ดังนี้ (วนิดา พันธุ์สอาด และคณะ, 2555)

5.3.1 แบบไม่มีแรงกระแทก (Non impact) เป็นการเคลื่อนไหวที่เน้นมวลเน้นการใช้ร่างกายส่วนบนอย่างช้าๆ และเบา ประกอบด้วยการเคลื่อนไหว 6 ลักษณะ คือ การเต้นรำสมัยใหม่ (Modern dance) ศิลปะการป้องกันตัว (Martial arts) ไทเก๊ก (Tai Chi) โยคะ (Yoga) บัลเลต์ (Ballet) และแจ๊สดานซ์ (Jazz dance) การเต้นแอโรบิคแบบนี้จะทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน ปลอดภัยจากการได้รับบาดเจ็บและมีความเครียดต่อร่างกายน้อยที่สุด เหมาะสำหรับคนที่ร่างกายไม่พร้อมที่จะออกกำลังกายได้เหมือนคนปกติ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคอ้วน โรคข้อต่อและกระดูก และขณะพักฟื้น เพื่อทำให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงทำงานและร่างกายมีการเคลื่อนไหวบ้าง

5.3.2 แบบแรงกระแทกต่ำ (Low impact) เป็นรูปแบบการเต้นที่ไม่แตกต่างจากแบบแรงกระแทกสูงเพียงแต่ลดความรุนแรง ลดความเร็วและความหนักของงานลง โดยจะต้องมีท่าช้าๆ ใดช้าๆ หนึ่งวางอยู่บนพื้นตลอดเวลา ไม่มีการกระโดด แต่เพิ่มความหนักให้ร่างกายทำงานมากขึ้น โดยการยก แขน-ขา การย่อ-เหยียดและการก้าวยาวๆ การเต้นรูปแบบนี้เหมาะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

5.3.3 แบบแรงกระแทกสูง (High impact) เป็นการเคลื่อนไหวที่รวดเร็วตามจังหวะดนตรีที่รวดเร็ว มีการกระโดด การวิ่งและการเตะ การยกขาสูง ยกเข้าสูง เหมาะสำหรับผู้ที่สมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อไม่ควรเต้น เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดแรงกระแทกสูง และเป็นอันตรายได้

5.3.4 แบบแรงกระแทกผสม (Multi impact) เป็นการใช้ท่าทางการเคลื่อนไหวที่หลากหลาย มีการเคลื่อนไหวที่ใช้แรงกระแทกสูง แรงกระแทกต่ำ ใช้จังหวะเร็ว จังหวะช้าผสมผสานกัน ทำให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกแรง ซึ่งการออกกำลังกายรูปแบบนี้เหมาะสำหรับผู้ที่สุขภาพดีและสมรรถภาพดี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบของการออกกำลังกายประเภทเต้นแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำ (Low impact) อาศัยหลักการลดความรุนแรง ความเร็วและความหนักของการเคลื่อนไหว เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพซึ่งเหมาะสมต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

5.4 ขั้นตอนของการเต้นแอโรบิค

ขั้นตอนของการเต้นแอโรบิคมีหลักการเช่นเดียวกับการออกกำลังกายทั่วไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนอุ่นร่างกาย ขั้นปฏิบัติงาน และขั้นผ่อนคลาย ดังนี้ (ACSM, 1998; วนิดา พันธุ์สอาด และคณะ, 2555)

5.4.1 ขั้นตอนอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการออกกำลังกาย เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ และอวัยวะต่างๆ ช่วยป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ใช้เวลาบริหารประมาณ 5-10 นาที หากออกกำลังกายโดยไม่มี การ อุ่นร่างกายก่อน อาจทำให้กล้ามเนื้อเป็นอันตรายได้ เช่น กล้ามเนื้อฉีก เคล็ด หรือช้ำชอยก เป็นต้น ซึ่งการอบอุ่นร่างกายแบ่งได้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนอุ่นร่างกายเฉพาะส่วน เช่น การยืดเหยียด การเดิน เป็นต้น และขั้นยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมัดใหญ่และข้อต่อต่างๆ เช่น คอ แขน ไหล่ ลำตัว หลัง สะโพก ต้นขาและน่อง เป็นต้น

5.4.2 ขั้นแอโรบิก (Aerobic Workout) เป็นการบริหารร่างกายด้วยท่าทางต่างๆ ที่สร้างเป็นชุดตามความเร็วของจังหวะดนตรี ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-40 นาที เน้นการบริหารกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ไหล่ ลำตัว หน้าท้อง เป็นต้น ควรมีการจับชีพจรเพื่อตรวจดูความหนักของการเดินเป็นระยะและควรออกกำลังกายให้ถึงอัตราชีพจรเป้าหมาย ถ้ามีความจำเป็นจะต้องหยุดเดินกลางคัน ต้องมีการผ่อนคลายด้วยการยืดเหยียดอยู่กับที่ 3-5 นาทีก่อนที่จะหยุดเพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ

5.4.3 ขั้นคลายอุ่นร่างกาย (Cool down) เป็นการผ่อนคลายความหนักของการเดินลงอย่างช้าๆ ด้วยท่าทางที่เบาลง จังหวะช้าลง ตามด้วยการเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้าๆ และนุ้มนวลเพื่อทำให้กล้ามเนื้อค่อยๆ ผ่อนคลาย รวมทั้งลดการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ซึ่งการคลายอุ่นร่างกายนี้จะช่วยให้ร่างกายฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น ลดการสะสมกรดแลคติกในร่างกายและกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ แบ่งได้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นบริหารกายเฉพาะส่วนเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่ต้องการบริหาร และขั้นคลายอุ่น (Cool Down) เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายให้ปรับสภาพการทำงานลดลงจนกลับสู่สภาวะปกติ ช่วยลดการตึงของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

สรุปได้ว่า ขั้นตอนของการออกกำลังกายนั้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนอุ่นร่างกาย ขั้นแอโรบิก ขั้นคลายอุ่นร่างกาย โดยผู้ที่ออกกำลังกายจะต้องคำนึงถึงความสำคัญในทุกๆ ขั้นตอนของการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการออกกำลังกาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีการออกกำลังกายครบทั้ง 3 ระยะ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะไม่มี การเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมน้อย ดังนั้น จึงต้องคำนึงถึงหลักการของการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและป้องกันการบาดเจ็บที่จะเกิดกับผู้ป่วย

5.5 ประโยชน์ของการเดินแอโรบิก (วนิดา พันธุ์สอาดและคณะ, 2555)

5.5.1 ประโยชน์ทางสรีรวิทยา ทำให้การไหลเวียนของเลือดจากหัวใจที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น เลือดจึงได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย ทำให้ความสามารถในการจับออกซิเจนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น เพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันในเส้นเลือดและช่วยลดไขมันชนิดไม่ดี

(Low Density Lipoprotein) ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีความยืดหยุ่นในการเคลื่อนไหว มีการหลั่งฟีนิลไธลามีน (Phenylethylamine) และเบต้าแอนโดรฟิน (Beta-Endorphins) ซึ่งเป็นฮอร์โมนทางระบบประสาทที่หลั่งออกมาจากต่อมใต้สมอง ทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ช่วยให้มีความสุข และต้านอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า

5.5.2 ประโยชน์ทางจิตวิทยา ช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าแสดงออก สร้างความสนุกสนานและแรงจูงใจให้ออกกำลังกายได้นานมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย

5.5.3 ประโยชน์ทางสังคม มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์และเพื่อน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นชมรม และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะการออกกำลังกายทำให้สุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้นและลดอัตราการเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า ประโยชน์ของการเดินแอโรบิกจะช่วยให้ผู้ที่ออกกำลังกายได้พัฒนาองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ประโยชน์ทางด้านสรีรวิทยาจะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ประโยชน์ทางจิตวิทยาจะช่วยผ่อนคลายความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าแสดงออกมากขึ้น ประโยชน์ทางสังคมทำให้ได้พบปะสังสรรค์และเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายในรูปแบบนี้จึงนำมาพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.6 การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยให้อาการทางลบลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การศึกษาของ Acil, Dogan & Dogan (2008) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการใช้ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาตุรกี (WHOQOL-BREF-TR), แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI), The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบและอาการทางลบลดลง และมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Gomes et al. (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเล่นกีฬาและการเดิน การวิ่งจ็อกกิ้ง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีรอบเวลาดลดลง สมรรถภาพทางร่างกายสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาของ Oertel-Knöchel et al. (2014) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อความรู้คิดและพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจิตเภท โดยใช้รูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการผ่อนคลายความเครียดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาทางการคิด

ลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ Kaltsatou et al. (2015) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อการทำหน้าที่ทางร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก โดยนำการเดินในรูปแบบพื้นบ้านของกรีกมาประยุกต์ซึ่งอาศัยแนวคิดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิค หลังการทดลองพบว่าสามารถช่วยพัฒนาการทำหน้าที่ทางร่างกายและคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

6.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

ทิสนา แคมณี (2545) กล่าวถึงกระบวนการกลุ่มว่าเป็นขั้นตอน วิธีการ พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ได้ผลงานที่ดีและได้ทั้งความรู้สึกร่วมและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ซึ่งจะมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับพลังผลักดัน จากองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของกลุ่ม หากผู้นำและสมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องกลุ่มสัมพันธ์ ก็ย่อมส่งผลต่อกระบวนการกลุ่มด้วย

Marram (1978) ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่ม คือ การที่บุคคลมากกว่า 2 คนมีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน

Corey and Corey (2006) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยแต่ละบุคคลมีบทบาทที่ชัดเจน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยการวางแผนและจัดแนวทางการปฏิบัติในการทำกลุ่มไว้อย่างชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Marram (1978) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการในบทบาทของผู้นำกลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพ โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต อาศัยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

6.2 องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ (Marram, 1987)

6.2.1 การจัดตั้งกลุ่ม (Group formation) สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงคือ

6.2.1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสอน Marram (1978) ได้กำหนดแนวคิดของวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1) ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปรัชญาของการพยาบาล ความสามารถ ความสนใจของพยาบาลในการทำกลุ่ม ทักษะของพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่และหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

2) กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีจากการเรียนรู้และมีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม

- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

- จัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง สิ้นหวัง และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

- สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้ประสบการณ์ และปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม

3) กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นการกำหนดว่าให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเองตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่มดังนี้

- เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับฟังความคิดเห็น และปัญหาของผู้อื่น

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีการซักถาม พูดคุยกันเพื่อความกระจ่างและความเข้าใจตรงกัน

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของตน และสามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลป้อนกลับในปัญหา ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นได้

6.2.1.2 ขนาดของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ลักษณะงานหรือกิจกรรมที่ทำ (Marram, 1978) สมาชิกของกลุ่มน้อยที่สุดควรเป็น 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน กลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน สมาชิกที่มีความเหมาะสมมากที่สุดควรมี 4-12 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุดและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากกว่ากลุ่มที่มีสมาชิกจำนวนมากว่านี้ (Clark, 1976) ซึ่งสอดคล้องกับ Yalom (1995) ที่กล่าวว่า การมีสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และมีสมาชิกกลุ่มมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันไม่ทั่วถึง

6.2.1.3 เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม สภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ในการทำกลุ่มควรเหมาะสมต่อการเรียนรู้มากที่สุด เช่น สถานที่เรียนควรมีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่ แออัด ร้อนอบอ้าวเกินไป ส่วนเวลาในการทำกลุ่มต้องมีการกำหนดนัดหมายให้แน่นอน ระยะเวลาใน การทำกลุ่มควรใช้เวลาครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจเป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายกลุ่ม (Marram, 1978; Yalom, 1995)

6.2.2 ผู้นำกลุ่ม Marram (1978) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้นำกลุ่มไว้ 4 ประการคือ

1) ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยก่อนประโยชน์ให้แก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึก มั่นคงปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่มและมีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้ ตระหนักถึงความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถ ของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาตนเอง

2) เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการพูด การเสนอความคิดเห็น การแสดงออกในกลุ่มได้อย่างเสรี พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียดและ ความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3) ควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกต พฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการพัฒนาออกมาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) กระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ประคับประคอง และแก้ไขพฤติกรรมสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

6.2.3 การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจะ ประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดนอกจากจะขึ้นอยู่กับการดำเนินการกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกใน กลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ช่วยทำกลุ่มโดยให้ข้อคิดใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอ แนวทางแก้ปัญหาและแนะวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม

2) คอยกระตุ้นสนับสนุน คอยให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกหรือ ถ้าเครียดเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่มลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

3) ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม

4) ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หากทำให้เกิดการสร้างสรรค์ในภาพทาง ความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

5) ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะ ความคิดและวิธีการใหม่ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

6.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram,1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม กล่าวย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกละวางผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมสมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้ และความคิดเห็นของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะได้บอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

สรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกและเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเอง โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ และกระบวนการกลุ่มทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ในทุกกิจกรรม

7. กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น จากแนวความคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) และกระบวนการการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งแนวคิดในการให้ความรู้ด้านสุขภาพนั้น คือ กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพที่มีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคมและชุมชน โดยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาในกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบในโรคจิตเภท เกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้น จะช่วยลดอาการทางลบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) มาพัฒนาและดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มโดยอาศัยแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มีผู้วิจัยดำเนินการในบทบาทของผู้นำกลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย ต่ออาการทางลบ เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและ

ผู้ดูแลหลัก มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่ออาการทางลบ และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เป็น การให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ชั้นแอโรบิก (Aerobic Workout) และชั้นผ่อนคลาย (Cool down) และการอภิปรายผล ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือนการออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรักษาพยาบาลและการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการพักผ่อนนอนหลับ ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป


กิจกรรมที่ 2.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักมีความรู้


ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม เป็นการสรุปผลการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และแจ้งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)	การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)	กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)	กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย
ออกกำลังกายครั้งละ 40 นาที ประกอบด้วย ขั้นตอนอุ่นร่างกาย 10 นาที ขั้นตอนแอโรบิค 25 นาที และขั้นผ่อนคลาย 5 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทั้งหมด 10 สัปดาห์	<p>การให้ความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>หมายถึง วิธีการปฏิบัติ การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นขั้นตอนโดยผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพได้วางแผนไว้อย่างมีระบบ และเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับความรู้ โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ผู้รับความรู้สามารถเลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีได้ด้วยตนเอง</p> <p>วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม</p> <p>หมายถึง การถ่ายทอด</p>	<p>ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มควรอธิบายให้สมาชิกได้เข้าใจวัตถุประสงค์และส่งเสริมสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ</p> <p>ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ</p> <p>สมาชิกกระบาย</p>	<p>กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60 นาที ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม และกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่อง</p>

<p>โปรแกรม การออกกำลังกาย แบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)</p>	<p>การให้ความรู้ด้าน สุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)</p>	<p>กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)</p>	<p>กลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพพร้อมกับ การออกกำลังกาย</p>
	<p>ความรู้ให้แก่กลุ่มผู้รับ ความรู้ที่มีปัญหาด้าน สุขภาพและมีความ ต้องการความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาค่ายคลึง กัน ผู้ให้ความรู้ต้อง วางแผนเลือกวิธีการให้ ความรู้ที่กระตุ้นความ สนใจ และให้ผู้รับความรู้มี ส่วนร่วมในกิจกรรม วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ ความรู้และผู้รับความรู้ เป็นศูนย์กลางร่วมกัน (Co – Operative Group) หมายถึง การให้ ความรู้แบบผสมผสานโดย ผู้ให้ความรู้และผู้รับ ความรู้ ร่วมกันคิด ร่วมกัน ทำ เพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมาย ที่กำหนด เลือกตามความ พร้อมของผู้ให้ความรู้และ ผู้รับความรู้ ผู้รับความรู้จะ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้ ทักษะ และ การ ปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดี</p>	<p>ความรู้สึก แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเอง มากขึ้น สมาชิก จะยอมรับว่าตนเอง มีปัญหา หาทาง แก้ไขและเลือกวิธี แก้ปัญหา โดยมี เพื่อนสมาชิกในกลุ่ม คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของ การ ทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุป ประสบการณ์ ในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิก ในกลุ่มประเมิน ความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง ในทางพัฒนาของ ตนเองและ ความสำเร็จ</p>	<p>โรคจิตเภทและ ความสัมพันธ์ของ การออกกำลังกายต่อ อาการทางลบ โดย ในระยะที่ 1 จะเน้น การสร้าง สัมพันธ์ระหว่าง ผู้นำกลุ่มกับสมาชิก ในกลุ่มและสร้าง สัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกด้วยกัน เพื่อ สร้างบรรยากาศที่ เป็นกันเองและเกิด ความไว้วางใจ ครั้งที่ 2 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องคุณภาพ ชีวิตด้านร่างกาย การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ในระยะที่ 2 จะเน้นให้สมาชิก เกิดทัศนคติและการ รับรู้ถึงประโยชน์ของ การออกกำลังกายที่ มีผลต่อคุณภาพชีวิต</p>

โปรแกรม การออกกำลังกาย แบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)	การให้ความรู้ด้าน สุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)	กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)	กลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับ การออกกำลังกาย
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	ของกลุ่ม	<p>และอุปสรรคที่พบใน การออกกำลังกาย เพื่อปรับปรุงในครั้ง ต่อไป</p> <p>ครั้งที่ 3 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องคุณภาพ ชีวิตด้าน ความสัมพันธ์ทาง สังคมและด้าน สิ่งแวดล้อม การออก กำลังกายและการ อภิปรายผลกิจกรรม</p> <p>ครั้งที่ 4 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องอาการ ทางลบและการ สังเกตอาการเตือน การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม</p> <p>ครั้งที่ 5 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการ รับประทานยาและ การพักผ่อน นอน</p>

โปรแกรม การออกกำลังกาย แบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)	การให้ความรู้ด้าน สุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)	กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)	กลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพพร้อมกับ การออกกำลังกาย
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>		<p>หลัก การออกกำลัง กายและการ อภิปรายผลกิจกรรม ครั้งที่ 6 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการ สร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ครั้งที่ 7 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการผ่อนคลาย ความเครียด การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ครั้งที่ 8 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการใช้ ชีวิตร่วมกับ ครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ครั้งที่ 9 ระยะที่ 2</p>

<p>โปรแกรม การออกกำลังกาย แบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)</p>	<p>การให้ความรู้ด้าน สุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)</p>	<p>กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)</p>	<p>กลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับ การออกกำลังกาย</p>
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>		<p>การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการ สื่อสารกับผู้ป่วย จิตเภท การออก กำลังกายและการ อภิปรายผลกิจกรรม ครั้งที่ 10 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องการขอ ขึ้นทะเบียนของ คนพิการทางจิต การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ครั้งที่ 11 ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องสิทธิ ประโยชน์และ สวัสดิการความ คุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผล กิจกรรม ครั้งที่ 12 ระยะที่ 3 การสรุปผลและ สิ้นสุดกลุ่ม</p>

<p>โปรแกรม การออกกำลังกาย แบบแอโรบิค (Acil, Dogan & Dogan, 2008)</p>	<p>การให้ความรู้ด้าน สุขภาพ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)</p>	<p>กระบวนการกลุ่ม (Marram ,1978)</p>	<p>กลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับ การออกกำลังกาย</p>
			<p>โดยในระยะที่ 3 จะเน้นการประเมิน ความเปลี่ยนแปลง ทางด้านสุขภาพและ การพัฒนาตนเอง และความสำเร็จ ของกลุ่ม</p>

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยในประเทศ

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2551) ศึกษาผลของการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า ที่มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จำนวน 24 คน ใช้แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยใช้ความหนักระดับปานกลาง นานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการกระตุ้นและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง เห็นผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแข็งแรงขึ้น เป็นผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทั้ง 24 คน มีผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพ 15 คน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ไม่มีประสิทธิภาพ 7 คนและอีก 2 คนออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ เป็นผลให้อาการทางจิตดีขึ้น สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น

เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมน้อย (2555) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ ให้

คำแนะนำปรึกษาและการออกกำลังกาย จำนวน 8 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยชุด 26 คำถามเพื่อประเมินผลของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธนวดี ทิพย์มงคล และจินตนา ลีละโกรรณ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกาย ดับเบิ้ลยู เอ แอล ซี ต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมการออกกำลังกายและการลดลงของน้ำหนักตัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง บ้านเมตตานครราชสีมา จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือการประเมินประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมการออกกำลังกาย การประเมินน้ำหนักตัวหลังการทดลองและการบันทึกผลการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน ในการควบคุมการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้น และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีระ เนิริกุล (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายหลังการทดลองพบว่าความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Acil, Dogan & Dogan (2008) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ณ แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยในเขต Anatolia ประเทศตุรกี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์การกีฬาสร้างขึ้น ทั้งหมด 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร่วมกับการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาตุรกี (WHOQOL-BREF-TR) แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI), The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกและอาการทางลบลดลง และมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gomes et al. (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การเล่นเกมและการเดิน การวิ่งจ็อกกิ้ง เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 55-60 นาที ประเมินผลของโปรแกรมจากการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย เช่น 6-Minute Walk Test การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ตรวจจับมวลกาย ร่วมกับการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-Brief) พบว่ากลุ่มทดลองมีรอบเอวลดลง สมรรถภาพทางร่างกายสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

Oertel-Knöchel et al. (2014) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อความรู้คิดและพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจิตเภท โดยนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการผ่อนคลายความเครียด ทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 75 นาที จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 22 คน และโรคจิตเภทจำนวน 29 คน ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 ด้าน คือ คุณลักษณะทั่วไป การทดสอบทางการคิด การประเมินอาการของโรค พบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาทางการคิด ลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Kaltsatou et al. (2015) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อการทำหน้าที่ทางร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก โดยนำการเดินในรูปแบบพื้นบ้านของกรีกมาประยุกต์ซึ่งอาศัยแนวคิดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิค จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 31 คน ใช้เวลา 8 เดือน ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประเมินผลโดยการใช้แบบประเมิน Global Assessment of Functioning Scale, Positive and Negative Syndrome Scale และ Quality of life and satisfaction questionnaire พบว่าสามารถช่วยพัฒนาการทำหน้าที่ทางร่างกายและคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัญหาหรือ ตัวแปรคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งประเมินโดยการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย โดยใช้แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวินท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบให้ดีขึ้นซึ่งแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย จากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวินท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) และกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978)

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม
- 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย

ต่ออาการทางลบ

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

- 2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
และด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน
การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อนนอน
หลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกาย
และการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออก
กำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน
การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทการออก
กำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.9 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต
การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม
- 2.10 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความ
คุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม

คุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภท
ที่มีอาการทางลบ
(สุวัฒน์
มัททินันตร์กุล
และคณะ, 2545)

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

O₂ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

O₃ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ อาศัยในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุดรดิษฐ์ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิษฐ์

จังหวัดอุดรดิตถ์ ในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) มีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (5-13 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545)

3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น

5) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ดูแลหลักที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป

2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคหอบหืด

2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns and Grove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน (ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random assignment) ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (Norman et al., 2000; Makara-Studzinska et al., 2011; หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011)

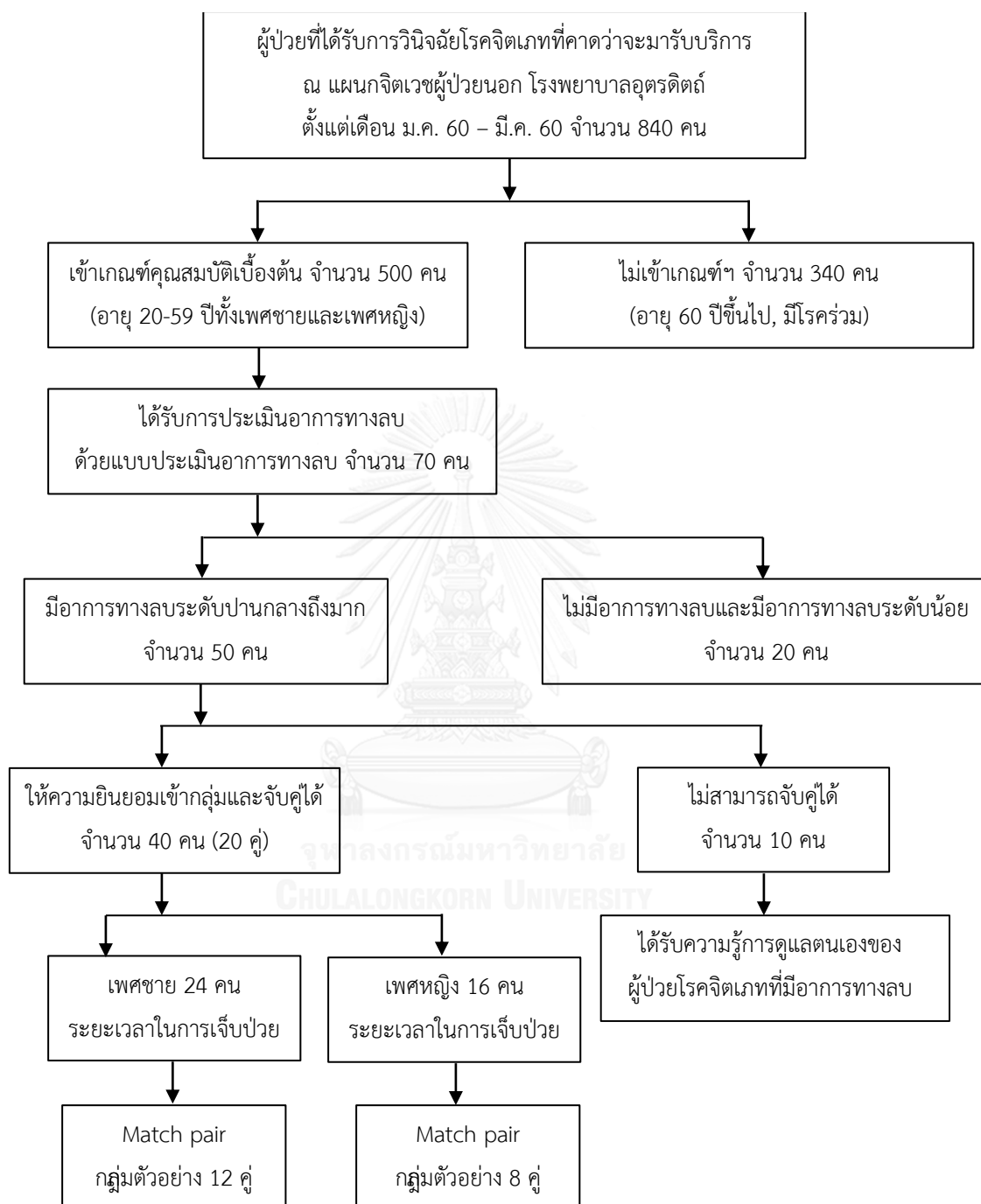
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานสารสนเทศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติในช่วงเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมารับบริการตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม 2560 จำนวน 840 คน พบผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้น คือ อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 500 คน และไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 340 คน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินอาการทางลบแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ จำนวน 70 คน พบว่ามีอาการทางลบระดับปานกลางถึงมากจำนวน 50 คน

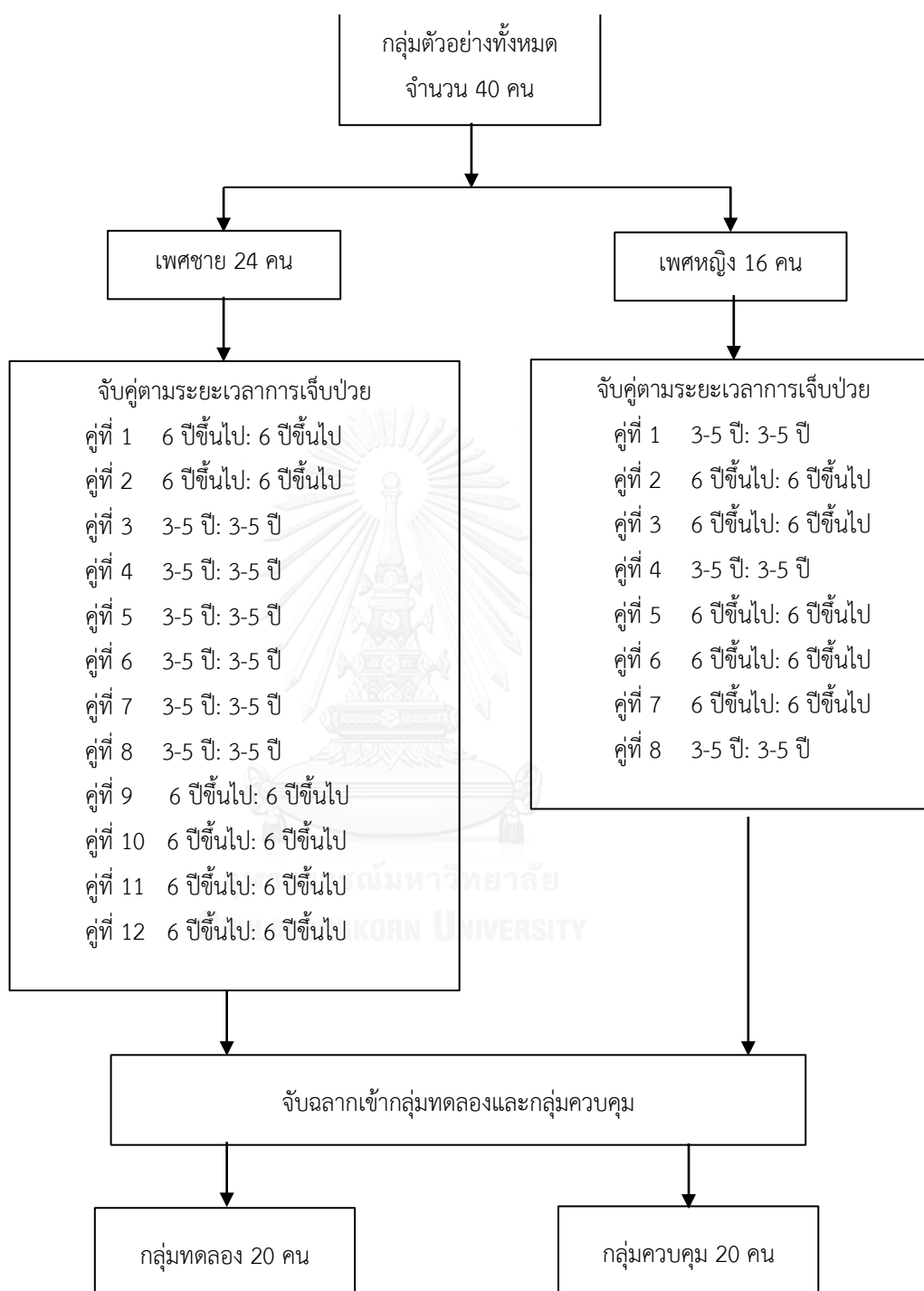
2. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จำนวน 50 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

3. ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาในครั้งนี้ โดยการควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ (Norman et al., 2000; Makara-Studzinska et al., 2011; หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011) โดยแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้แก่ 3-5 ปี และ 6 ปีขึ้นไป เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดังมีรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 และ 2

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched-pairs กลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 2 ผลการจับคู่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
1	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป
2	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป
3	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
4	หญิง	3-5 ปี	หญิง	3-5 ปี
5	หญิง	6 ปีขึ้นไป	หญิง	6 ปีขึ้นไป
6	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
7	หญิง	6 ปีขึ้นไป	หญิง	6 ปีขึ้นไป
8	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
9	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
10	หญิง	3-5 ปี	หญิง	3-5 ปี
11	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
12	ชาย	3-5 ปี	ชาย	3-5 ปี
13	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป
14	หญิง	6 ปีขึ้นไป	หญิง	6 ปีขึ้นไป
15	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป
16	หญิง	6 ปีขึ้นไป	หญิง	6 ปีขึ้นไป
17	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป
18	หญิง	6 ปีขึ้นไป	หญิง	6 ปีขึ้นไป
19	หญิง	3-5 ปี	หญิง	3-5 ปี
20	ชาย	6 ปีขึ้นไป	ชาย	6 ปีขึ้นไป

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีความคล้ายคลึงกัน ในเรื่องเพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศชาย จำนวน 12 คน และเพศหญิง จำนวน 8 คน กลุ่มควบคุมมีเพศชาย จำนวน 12 คน และเพศหญิง จำนวน 8 คน เท่ากัน 2) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3-5 ปี จำนวน 9 คน และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3-5 ปี จำนวน 9 คน และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน เท่ากัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์แล้ว (รหัสโครงการ อต.3/2560 อนุมัติเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2559) โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือทุกชุดที่ใช้ในการวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการ เพื่อขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบ ต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมี ข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย และคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกาย แนวคิดกระบวนการกลุ่ม และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

1.3 สร้างแผนกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยประยุกต์จากแนวคิดที่

ศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและการประเมินผลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกาย โดยใช้แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน เป็นกิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนและเป้าหมายที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการรักษา ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบโดยการออกกำลังกาย

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและการรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ช่วยประสานความสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ และคงความสมดุลของการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ช่วยพัฒนาภาพลักษณ์ เกิดการยอมรับและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีสมาธิมากขึ้น สร้างแรงจูงใจและเกิดทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะเป็นการทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลปะสังคม เกิดการรวมกันเป็นกลุ่มเป็นชมรม ช่วยให้สมาชิกเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการสุขภาพ การรับรู้ที่ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นการทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มร่วมซึ่งร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้สมาชิกได้รับข่าวสารด้านสุขภาพและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและได้รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ส่งผลให้สมาชิกเกิดความตระหนักว่าต้องปฏิบัติตามตัวอย่างอะไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมและยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินอาการเตือนในเบื้องต้นเพื่อที่จะวางแผนในการรับการรักษาต่อไป ช่วยเพิ่มสมรรถนะและสร้างความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาการพักผ่อนนอนหลับ มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และหากพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบาย ส่วนการพักผ่อนนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติ

ของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก และอาการทางลบนั้นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้น การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การสร้างความภาคภูมิใจ เสนอแนะให้มองเห็นจุดดีของตนเอง การยอมรับจุดอ่อนและนำไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น จะเป็นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

การให้ความรู้ในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียด เป็นการเสนอแนวทางให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการกับความเครียด ซึ่งวิธีการผ่อนคลายความเครียดนั้นมีความหลากหลาย โดยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่ชุมชน จำเป็นที่จะต้องมีการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้ถึงวิธีการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทและการให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงวิธีการที่เหมาะสมที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดปัญหาหรือการไม่เข้าใจกัน ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะต้องมีการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ไม่ว่าจะทางการพูดหรือการแสดงออก การแสดงวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.9 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ทราบถึงสิทธิและประโยชน์ที่พึงมีของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เช่น การได้รับการรักษา การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่มีต่อทางด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิต และการจะขอขึ้นทะเบียนนั้นต้องมีการเตรียมเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ด้านการเตรียมการขอขึ้นทะเบียนและทราบถึงการตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรเพื่อรักษาสิทธิอันพึงมี

ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 2.10 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นคนพิการทางจิต ซึ่งควรได้รับสิทธิและประโยชน์ที่มาจาก การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้รับการตอบสนองในความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ถึงสิทธิและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทควรจะได้รับ

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม

สาระสำคัญ

การสรุปผลของการทำกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกประเมินความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม โดยให้สมาชิกระบายความรู้สึกถึงการออกกำลังกายร่วมกันได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และได้สำรวจตนเองถึงความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของตน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยนำรูปแบบของกลุ่มให้ ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของแผนกิจกรรมไปปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การศึกษา จากนั้นนำแผนกิจกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน ได้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของ กิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่ามีความ

ตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ภายหลังจากแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเท่ากับ 0.82

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ คือ ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากกระบวนการออกกำลังกายในรูปแบบเดิมของ Acil, Dogan & Dogan (2008) ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ในการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าใช้ระยะเวลานานเกินไป อาจทำให้ผู้วิจัยอ่อนตัวก่อนสิ้นสุดการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าคนทั่วไป จึงปรับระยะเวลาเป็น 6 สัปดาห์ และใช้ความถี่ของการออกกำลังกายเป็น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้รูปแบบของการออกกำลังกายประเภทเดินแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำ (Low impact) ซึ่งเป็นความเหมาะสมของการออกกำลังกายสำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน โดยใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ ในการปรับสภาพร่างกายในช่วงแรก โดยอาศัยหลักการของการออกกำลังกาย Principle Progression คือ การเพิ่มความหนักในการออกกำลังกายอย่างเป็นขั้นตอน เช่น การค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายและการกำหนดความถี่ของการออกกำลังกาย มีระยะเวลาให้ร่างกายได้พักฟื้นในการสะสมพลังงานของร่างกายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ทำงานหนักระหว่างออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และเพิ่มระยะเวลาในการอบอุ่นร่างกายเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้งหมด เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาความเหมาะสมของเวลาและกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถวัดคุณภาพชีวิต ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (Subjective) ซึ่งแฝงแนบอยู่กับวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อม จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีการใช้เครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.65 จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมข้อมคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report objective) โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 25

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14,15, 16

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (ไม่อยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 26

การให้คะแนน มีลักษณะเป็นข้อมคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อมคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ข้อมคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ขอความที่มีความหมายทางบวก ตอบไม่เลยได้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อยได้ 2 คะแนนตอบปานกลางได้ 3 คะแนน ตอบมากได้ 4 คะแนน ตอบมากที่สุดได้ 5 คะแนน ขอความที่มีความหมายทางลบ ตอบไม่เลยได้ 5 คะแนน ตอบเล็กน้อยได้ 4 คะแนน ตอบปานกลางได้ 3 คะแนน ตอบมากได้ 2 คะแนน ตอบมากที่สุดได้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61- 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี

และแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 โดยมีประเด็นที่ได้ปรับปรุงแก้ไขความเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย เช่น ปรับข้อความที่ 3 ให้เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมา วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบด้านร่างกาย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.10 (เนื่องจากด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีจำนวน 3 ข้อ) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนาจาก Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย แปลและสร้างขึ้นโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) จากแนวคิดการประเมินอาการทางลบของ Kay, Fisbein & Opler (1987) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ประกอบด้วยการประเมินอาการทางลบ 7 อาการ ด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ

การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	จำนวน 2 ข้อ
การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	จำนวน 2 ข้อ
อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficult of abstract thinking)	จำนวน 2 ข้อ
การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversation)	จำนวน 2 ข้อ
การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)	จำนวน 1 ข้อ

การให้คะแนน ผู้วิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยการอาศัยการสังเกต และการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

ขอความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏอาการตามขอความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏอาการตามขอความดังกล่าว	0

การแปลผล ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน จะอยู่ในช่วง 0-13 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีอาการทางลบมาก คะแนนต่ำหมายถึงมีอาการทางลบน้อย สามารถแบ่งระดับได้ดังนี้

คะแนน 10-13 คะแนน หมายถึง มีอาการทางลบมาก
คะแนน 5-9 คะแนน หมายถึง มีอาการทางลบปานกลาง
คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีอาการทางลบน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบพบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 โดยมีประเด็นที่ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย เช่น ข้อที่ 6 ให้ปรับคำว่าสิ่งแวดล้อมแทนคำว่าเหตุการณ์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20, KR-20) จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.73

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองในกิจกรรมครั้งที่ 12 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยการประเมินอาการทางลบ ซึ่งหลังการประเมินผลด้วยแบบประเมินอาการทางลบ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ถึงแม้จะพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 11 คน ยังคงมีระดับของอาการทางลบไม่เปลี่ยนแปลง แต่ก็พบว่าคะแนนอาการทางลบของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองทุกคน (ดังแสดงในตารางที่ 3) ผู้วิจัยดำเนินการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยพร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งพบว่า การที่ระดับของอาการทางลบไม่เปลี่ยนแปลงทันทีหลังจากการทดลอง เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย (n=20)

คนที่	คะแนน ก่อนการทดลอง	การแปลผล	คะแนน หลังการทดลอง	การแปลผล
1	9	ปานกลาง	8	ปานกลาง
2	10	มาก	9	ปานกลาง
3	11	มาก	9	ปานกลาง
4	9	ปานกลาง	8	ปานกลาง
5	10	มาก	8	ปานกลาง
6	9	ปานกลาง	8	ปานกลาง
7	11	มาก	9	ปานกลาง
8	12	มาก	10	มาก
9	10	มาก	9	ปานกลาง
10	9	ปานกลาง	7	ปานกลาง
11	10	มาก	8	ปานกลาง
12	11	มาก	10	มาก
13	10	มาก	8	ปานกลาง
14	9	ปานกลาง	8	ปานกลาง
15	8	ปานกลาง	5	ปานกลาง
16	10	มาก	9	ปานกลาง
17	9	ปานกลาง	7	ปานกลาง
18	11	มาก	10	มาก
19	11	มาก	8	ปานกลาง
20	12	มาก	11	มาก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกาย แนวคิดกลุ่มบำบัด แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์ การกีฬาในการฝึกทักษะการเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย เพื่อให้ดำเนินการไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545)

1.3 นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลา ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวันที่ดำเนินการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โดยประสานงานกับหัวหน้างานสารสนเทศ เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง ที่มารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ทั้งหมด แล้วนำมาพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภททั้งเพศชาย - หญิง และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและทำการประเมินอาการทางลบด้วยแบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) หากผู้ป่วยมีผลการประเมินแล้วพบว่าไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกก็ให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป แต่หากพบผู้ป่วยรายใดมีอาการทาง

ลบ (ตั้งแต่ 9-13 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก) โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางลบของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หลังได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย ได้แก่ เพศ (Norman et al., 2000; Makara-Studzinska et al., 2011; หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ซึ่งเป็นเพศเดียวกัน และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011) ซึ่งแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยได้แก่ 3-5 ปี และ 6 ปีขึ้นไป จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายว่ากิจกรรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพและฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการออกกำลังกาย และให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทคนอื่นๆ แต่จะได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยจะดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดำเนินการครั้งละ 60 นาที ทั้งหมด 12 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลอง โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบตารางการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งให้กลุ่มทดลองทุกคน (ดังแสดงในตารางที่ 5) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้ประเมินและทำการคำนวณอัตราของชีพจรเป้าหมายของกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย ประเมินความพร้อมของร่างกายของกลุ่มทดลองว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้หรือไม่ และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย โดยพบว่าหลังจากออกกำลังกายกลุ่มทดลอง มีอัตราชีพจรตามเป้าหมายทุกคน (ดังแสดงในตารางที่ 4) และเนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการทดลองเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ ขณะดำเนินการกิจกรรมในแต่ละ

ละครั้ง ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนที่กลุ่มทดลองอาศัยอยู่ เพื่อช่วยประสานงานในการเชิญกลุ่มทดลองเข้าร่วมในทุกกิจกรรม และช่วยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรมให้มากที่สุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักใสการดูแลสุขภาพของตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายในครั้งที่ 12 ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ บรรเทิงสุข (2545) ประเมินอาการทางลบของกลุ่มทดลองทันที หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมพร้อมกับแสดงความขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการคำนวณอัตราชีพจรเป้าหมายของกลุ่มทดลอง

คำนวณจากสูตร (ACSM, 1998) โดย ชีพจรเป้าหมาย = ชีพจรสูงสุด \times 60% (ชีพจรสูงสุด)
(ชีพจรสูงสุด = 220-อายุ)

คนที่	อายุ (ปี)	ชีพจร สูงสุด (ครั้ง/นาที)	ชีพจร เป้าหมาย (ครั้ง/นาที)	ชีพจร หลังออกกำลังกาย โดยเฉลี่ย (ครั้ง/นาที)
1	37	183	110	110
2	40	180	108	112
3	29	191	114	116
4	35	185	111	112
5	39	181	108	110
6	45	175	105	106
7	39	181	108	110
8	24	196	118	118
9	38	182	109	110
10	33	187	112	112
11	28	192	115	116
12	30	190	114	114
13	44	176	105	106
14	40	180	108	108

คนที่	อายุ (ปี)	ชีพจร สูงสุด (ครั้ง/นาที)	ชีพจร เป้าหมาย (ครั้ง/นาที)	ชีพจร หลังออกกำลังกาย โดยเฉลี่ย (ครั้ง/นาที)
15	39	181	108	110
16	44	176	105	106
17	40	180	108	110
18	35	185	111	112
19	28	192	115	116
20	36	184	110	112

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1) หลังจากกลุ่มควบคุมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับ การรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ตามวันเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ทั้งสิ้น 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ โดยมีกำหนดการและรายละเอียดการจัดกิจกรรมทั้งหมดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กำหนดการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วันที่	เวลา	สถานที่
1	ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 1.1 สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการดำเนินกลุ่ม กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรค จิตเภทและการออกกำลังกาย	6 มี.ค. 60	10.00 - 11.00 น.	แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก รพ.อุตรดิตถ์
2	ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	8 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออกกำลังกายของชุมชนในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	10 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออกกำลังกายของชุมชนในอ.เมือง
3	กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้เรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	13 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออกกำลังกายของชุมชนในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	15 มี.ค. 60	16.00	ลานออกกำลังกายของชุมชนในอ.เมือง

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วันที่	เวลา	สถานที่
4	กิจกรรมที่ 2.5 การให้ความรู้เรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	20 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.6 การให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	22 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.7 การให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	24 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
5	กิจกรรมที่ 2.8 การให้ความรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	27 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.9 การให้ความรู้เรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	29 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
	กิจกรรมที่ 2.10 การให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม	31 มี.ค. 60	16.00 - 17.00 น.	ลานออก กำลังกาย ของชุมชน ในอ.เมือง
6	ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม แลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และแจ้งการสิ้นสุดกลุ่ม	3 เม.ย. 60	13.00 - 14.00 น.	แผนกจิต เวชผู้ป่วย นอก รพ. อุตรดิตถ์

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง มีผล
การประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการออกกำลังกาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย
4. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบและเกิดทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม
2. บอกอาการและการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับอาการทางลบได้
3. บอกถึงความสำคัญ ประโยชน์ และแนวทางของการออกกำลังกายได้
4. มีข้อตกลงหรือเป้าหมายในการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเป็น
กิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ
เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้ถึงการสร้าง
สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมี
ขั้นตอนและเป้าหมายที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการรักษา
ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ด้าน
ทัศนคติ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบโดยการออกกำลังกาย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ

2. ปากกา, กระดาษ
3. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง โรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 2 เรื่อง การออกกำลังกาย
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง ทักทายสมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อมูลที่สงสัยในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเขียนป้ายชื่อของตนเองและแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักกัน

2. ขั้นตอนให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคจิตเภทและการออกกำลังกาย 40 นาที

- 2.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงการดูแลสุขภาพเมื่อเป็นโรคจิตเภท เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและตระหนักถึงดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการทางลบ
- 2.2 ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท
- 2.3 ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย เน้นให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่ออาการทางลบ

3. ขั้นตอนสรุปประเมินผลและวางแผนการออกกำลังกาย 10 นาที

- 3.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกวางแผนการออกกำลังกาย โดยกำหนดกติกาในการร่วมกิจกรรม และกำหนดวัน เวลา สถานที่ ที่สามารถมาทำกิจกรรมร่วมกันได้
- 3.2 ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและอธิบายถึงการบันทึกผลให้สมาชิกรับทราบ เพื่อเป็นการติดตามผลของการออกกำลังกาย
- 3.3 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิก กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

การประเมินผลสำหรับระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ตามการดำเนินกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการดำเนินกลุ่ม และกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการออกกำลังกาย แต่ละขั้นตอนสรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการดำเนินกลุ่ม หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินตามกิจกรรม พบว่า สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

เป็นอย่างดี ในผู้ป่วยบางรายต้องกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสมาชิกอื่นภายในกลุ่ม แต่ในภาพรวมสมาชิกได้ทำความรู้จักกันและบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมได้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการออกกำลังกาย มีผลการประเมินดังนี้

1. สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยสมาชิกทุกคนสามารถบอกลักษณะอาการของโรคจิตเภทได้ เช่น ผู้ป่วยสามารถบอกอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ดูแลสามารถบอกอาการทางลบที่พบจากผู้ป่วยและบอกการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดอาการทางลบได้ ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ไม่อยากทำอะไร อยากนอนอยู่เฉยๆ”

“ไม่มีแรง ทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อย เปื่อยๆ”

“เห็นเขานอนตลอดเกือบทั้งวัน ต้องคอยบอกให้ทำนู่นนี่ เราก็ดูไม่เข้าใจเพราะคิดว่าเขาซีเกียจ”

“ทะเลาะกันประจำ ให้ทำอะไรก็ไม่ทำ จะเอาอะไรก็ไม่พูด”

“ก็คงต้องช่วยดู ช่วยเรื่องกินยานี้แหละ”

“เคยหยุดยาไปอาการก็กำเริบ เดียวก็ต้องไปนอนโรงพยาบาลอีก”

2. สมาชิกบอกประโยชน์ของการออกกำลังกาย การเตรียมตัวเพื่อการออกกำลังกาย และร่วมตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายร่วมกันภายในกลุ่ม โดยมีข้อตกลงในการออกกำลังกายร่วมกัน ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือทรมอ แต่ถ้าได้ทำก็น่าจะดี”

“ก็คิดว่าเดินไปเดินมาก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว”

“ขอเวลาออกกำลังกายเป็นช่วงเย็น”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจของตนเองได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและการรับรู้ถึงผลกระทบบนการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ช่วยประสานความสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ และคงความสมดุลของการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ช่วยพัฒนาภาพลักษณ์ เกิดการยอมรับและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีสมาธิมากขึ้น สร้างแรงจูงใจและเกิดทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย
2. ใบความรู้ที่ 4 เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
3. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
4. ซีดีเพลงสำหรับการออกกำลังกาย
5. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
6. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ และชักถามสมาชิก ถึงความรู้สึกและความพึงพอใจเกี่ยวกับสภาพทางด้านร่างกายของสมาชิกแต่ละคน กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบและผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนการออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มนำออกกำลังกายให้กับสมาชิก ตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิก (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกาย เพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.1 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยบอกได้ถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ไม่มีแรง เปื่อ ไม่อยากทำอะไร”

“ปวดเมื่อยตัวบ่อยๆ”

“เขาไม่ค่อยรู้ตัวหรอกว่าต้องไปหาหมอ ญาติต้องคอยบอกคอยพาไปตลอด”

“ก็เห็นนอนทั้งวัน พอเราบอกก็บ่นว่าเหนื่อย ไม่อยากทำอะไร”

“เสียใจที่ป่วยเป็นแบบนี้”

“ก็ยั้งดีที่ได้ช่วยแม่ชายของบ้าง”

“ก็สนุกดีเหมือนกันนะ ไม่เคยเต้นแบบนี้”

“เต้นไม่ทัน แต่สนุก”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของตนเองได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) หมายถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเพราะการออกกำลังกายเป็นการทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรม เกิดการรวมกันเป็นกลุ่ม เป็นชมรม ช่วยให้สมาชิกเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการสุขภาพ การรับรู้ที่ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นการทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มร่วมซึ่งร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้สมาชิกได้รับข่าวสารด้านสุขภาพและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

2. ใบความรู้ที่ 6 เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม
3. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
4. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
5. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
6. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม และซักถามสมาชิกถึงความรู้สึกและความพึงพอใจเกี่ยวกับสภาพทางด้านสิ่งแวดล้อมของสมาชิก จากนั้นผู้นำกลุ่มพูดคุยเชื่อมโยงถึงการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม
- 1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

- 2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำออกกำลังกายให้กับสมาชิก ตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิค (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

- 3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย
- 3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย
- 3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.2 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ก็มีแต่แม่ที่แหละที่ดูแล”

“ไม่มีเพื่อนหรอก เป็นแบบนี้ใครอยากจะมาคุย”

“เคยรู้จักคนที่ป่วยเหมือนกันตอนอยู่โรงพยาบาล”

“อยู่แต่บ้านเลยไม่มีเพื่อน”

“สนิทกับน้องมากที่สุดเพราะน้องคอยดูแล”

“เมื่อก่อนเขามีเพื่อนเยอะนะ ตอนป่วยใหม่ๆ เพื่อนก็มาเยี่ยมเยียน”

“เขาไม่ค่อยได้ไปไหนหรอก เพื่อนก็เลยไม่มี”

“มาเข้ากลุ่มก็ดี อย่างน้อยเขาก็มีเพื่อนที่ป่วยเหมือนกัน”

“พยายามเดินตามให้ทัน มันก็ยากเหมือนกัน”

“สนุกดีนะ นอนหลับสบาย”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้เรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกลักษณะของอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือนได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและได้รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง

ส่งผลให้สมาชิกเกิดความตระหนักว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมและยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินอาการเตือนในเบื้องต้นเพื่อที่จะวางแผนในการรับการรักษาต่อไป ช่วยเพิ่มสมรรถนะและสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7 เรื่อง อาการทางลบ
2. ใบความรู้ที่ 8 เรื่อง การสังเกตอาการเตือน
3. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
4. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
5. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
6. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน ชักถามสมาชิกถึงอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของสมาชิก และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางลบและอาการเตือนจากการเจ็บป่วยที่ผ่านมา
- 1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

- 2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำออกกำลังกายให้กับสมาชิก ตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ชั้นแอโรบิค (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และชั้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

- 3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย
- 3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์

ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.3 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงลักษณะของอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือน ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ไม่ยากทำอะไร นั่งอยู่เฉยๆก็ดี”

“ไม่ยากออกไปไหน”

“ต้องคอยถามเขานะ เพราะเขาไม่ค่อยพูด เราก็ไม่รู้ว่าเค้าต้องการอะไร”

“ถ้าปล่อยตามใจเขา เค้าก็อยู่เฉยๆ นอนทั้งวัน”

“ต้องคอยบอกให้ไปอาบน้ำ กินข้าว กินยา”

“เคยให้ช่วยขายของที่บ้านนะ ก็ทำได้แค่หยิบของตามคำสั่ง คิดเงินไม่ได้หรอก”

“เขาเคยรื้อนไม่ยอมกินยาอยู่พักนึง สุดท้ายก็ต้องพาไปโรงพยาบาล”

“แต่ก่อนมีนะที่พูดคนเดียวแล้วก็ไม่ยอมนอน หลังจากนั้นก็พาไปโรงพยาบาลเลย”

“เดินสนุกดีนะ แต่ยากไปหน่อย”

“คนข้างๆ ก็มาสอนตอนที่เดินไม่ทัน”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงวิธีการดูแลตนเองในการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาการพักผ่อนนอนหลับ มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และหากพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบาย ส่วนการพักผ่อนนอนหลับเป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก และอาการทางลบนั้นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 9 เรื่อง การรับประทานยา
2. ใบความรู้ที่ 10 เรื่อง การพักผ่อนนอนหลับ
3. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
4. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
5. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
6. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ ชักถามสมาชิก ถึงความรู้สึกที่ต้องรับประทานยา กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา และชักถามสมาชิกถึงปัญหาการนอนหลับของสมาชิกว่ามีหรือไม่มี กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อน

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำออกกำลังกายให้กับสมาชิก ตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิค (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ซึ่งให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกาย เพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.4 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงวิธีการดูแลตนเองในการรับประทานยาและการพักผ่อนนอนหลับ ได้ฝึกทักษะในการการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ต้องกินยาตลอด ห้ามหยุดยาเอง”

“ผมจะไม่ดื่มเหล้าถ้ากินยาอยู่”

“แต่ก่อนก็มีนะที่น้ำลายไหล ตอนนี่ไม่เป็นแล้ว”

“ก็เบื่อที่ต้องกินยาทุกวัน”

“มีหน้าที่ดูแลเรื่องยา จัดยาให้แล้วเขาก็มากินเอง แต่ก็ต้องคอยดูว่ากินจริงไหม”

“ตอนนี่ไม่มีแล้วนะเรื่องเดินตัวแข็งๆ แต่ก่อนนี่แยเลย”

“มีนอนไม่หลับบ้างแต่ก็ไม่บ่อย”

“บางทีก็ง่วงตลอด คงเป็นเพราะยา”

“ไม่เคยเต้นแอโรบิคเลย สนุกดี”

“ไม่คิดว่าจะเต้นได้”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 2.5 การให้ความรู้เรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างคุณค่าในตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงการสร้างคุณค่าในตนเองได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้น การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การสร้างความภาคภูมิใจ เสนอแนะให้มองเห็นจุดดีของตนเอง การยอมรับจุดอ่อนและนำไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น จะเป็นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดี ต่อผู้อื่น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 11 เรื่อง การสร้างคุณค่าในตนเอง
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการสร้างคุณค่าในตนเองและซักถามสมาชิกถึงความรู้สึกและความพึงพอใจเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนการออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ชั้นแอโรบิก (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และชั้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังการออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ซึ่งให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.5 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงการสร้างคุณค่าในตนเอง ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ไม่มั่นใจเวลาพูด กลัวคนอื่นเขาล้อเลียน”

“ป่วยแบบนี้ใครอยากจะเป็นเพื่อน”

“คิดซ้ำ พูดก็ไม่ทันเขา”

“มาเข้ากลุ่มทำให้ได้พูดบ้าง”

“ไม่รู้จะเดินทุกวันไหวไหม”

“เขาชอบบอกว่าตัวเองเป็นบ้า ไม่มีใครคบ”

“เราก็กินกำลังใจเขาตลอดนะ”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 2.6 การให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียด เป็นการเสนอแนวทางให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการกับความเครียด ซึ่งวิธีการผ่อนคลายความเครียดนั้นมีความหลากหลาย โดยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 12 เรื่อง การผ่อนคลายความเครียด
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที
 - 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม
 - 1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียด ชักถามสมาชิกถึงอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการผ่อนคลายความเครียด

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิค (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขั้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.6 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงการผ่อนคลายความเครียด ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“เพราะเครียดนี้แหละถึงป่วย”

“เวลาเครียดจะนอนไม่หลับ”

“เคยทำนะ มีนักศึกษาพยาบาลมาสอนเรื่องการเกร็งกล้ามเนื้อแบบนี้”

“ลองฝึกหายใจก็ช่วยได้เหมือนใจ ทำแล้วใจสบายขึ้น”

“เครียดเพราะต้องดูแลคนป่วย”

“ชอบวิธีเกร็งกล้ามเนื้อ ทำง่ายดี”

“เขาว่าออกกำลังกายลดความเครียดก็จริงจะจริง”

“เริ่มเต้นทันบ้าง”

“ถ้าเต้นนานกว่านี้ก็เหนื่อยเหมือนกัน”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 2.7 การให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงวิธีการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่ชุมชน จำเป็นที่จะต้องมีการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้ถึงวิธีการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทและการให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงวิธีการที่เหมาะสมที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดปัญหาหรือการไม่เข้าใจกัน ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 12 เรื่อง การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน และซักถามสมาชิก

ถึงการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิค (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.7 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“เขาก็ชวนให้ไปวัด แต่ไม่ยอมไป”

“ขอบคุณแม่ที่ดูแล”

“เคยช่วยแม่ขายของ แต่คิดเงินไม่เก่ง แค่อยิบของให้”

“ปกติเราก็ให้เขาช่วยงานในบ้านที่คิดว่าน่าจะทำได้ แต่ก็ทำได้ไม่ค่อยดีหรอก”

“เห็นนอนเฉยๆ ก็ชวนเขาไปซื้อของที่ตลาดนะ นานๆถึงจะยอมไป”

“เขาก็ไปงานบวชญาตินะ”

“ก็เข้าใจเขาที่ป่วย เป็นเราก็คงแยเหมือนกัน”

“ออกกำลังกายเหนื่อยแต่ก็สนุกดี”

“จำท่าเดินได้นิดหน่อย”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 9 กิจกรรมที่ 2.8 การให้ความรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสม
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะต้องมีการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะทางการพูดหรือการแสดงออก การแสดงวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 13 เรื่อง การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและซักถามสมาชิกถึงวิธีการ

สื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภททั้งรูปแบบที่เป็นประโยชน์และผลเสีย

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขั้นแอโรบิก (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขั้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกายและจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ชี้ให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.8 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ขอสิ่งให้ผมทำนูนนี้ ทั้งๆ ที่ผมไม่ยอมทำ”

“ก็มีอารมณ์โมโห ลืมตัวเหมือนกัน เพราะเราต้องพูดกับเขาแต่เรื่องเดิมๆ”

“คอยเตือนตัวเองตลอดว่าเขาป่วย บางทีก็หลุดพูดไม่ดีบ้าง”

“ออกกำลังกายก็ดีนะ ทำให้ได้มารู้จักกับคนอื่น”

“ถ้าตนเองที่บ้านไม่รู้จะทำได้ไหม”

“ไม่เคยคิดเลยว่าจะได้มาเข้ากลุ่มออกกำลังกายแบบนี้”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 10 กิจกรรมที่ 2.9 การให้ความรู้เรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนที่การทางจิต การออกกำลังกายและอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกทราบถึงการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทราบถึงสิทธิและประโยชน์ที่พึงมีของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เช่น การได้รับการรักษา การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการงานและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่มีต่อทางด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิต และการจะขอขึ้นทะเบียนนั้นต้องมีการเตรียมเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ด้านการเตรียมการขอขึ้นทะเบียนและทราบถึงการตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรเพื่อรักษาสิทธิอันพึงมี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 14 เรื่อง การขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้พิการทางจิตที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต และซักถามสมาชิกถึงการขอขึ้นทะเบียนของสมาชิกว่ามีการดำเนินการมาแล้วหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของสมาชิกก่อนออกกำลังกาย และจัดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ชั้นแอโรบิก (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และชั้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัตถุประสงค์ของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจัดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ซึ่งให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.9 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายแบบอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ผมมีบัตร”

“เคยไปหาหมอที่โรงพยาบาลเรื่องต่ออายุบัตร”

“หนูไม่รู้เรื่อง มีแต่แม่ที่พาไปทำ”

“ต้องคอยดูเรื่องบัตรหมดอายุ”

“ต้องมาขอใบรับรองกับหมอที่โรงพยาบาลนะ เอาไปใช้เป็นหลักฐาน”

“ตั้งแต่มาเข้ากลุ่มออกกำลังกายเขาดูหน้าตาสดชื่นนะ”

“ออกกำลังกายแบบนี้ก็ดี”

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายแบบ และการอภิปรายผลกิจกรรม

ครั้งที่ 11 กิจกรรมที่ 2.10 การให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกาย และอภิปรายผลกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกายและผลที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกทราบถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ
2. สมาชิกสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธี
3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการออกกำลังกายร่วมกัน

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นคนพิการทางจิต ซึ่งควรได้รับสิทธิและประโยชน์ที่มาจากการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้รับการตอบสนองในความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ถึงสิทธิและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทควรจะได้รับ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 15 เรื่อง สิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ
2. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร
3. ซีดีเพลงสำหรับออกกำลังกาย
4. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
5. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนกติกาของกลุ่ม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ และซักถามสมาชิกถึงการได้รับประโยชน์จากการขอขึ้นทะเบียน

1.3 วัดชีพจรของสมาชิกก่อนออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนและนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิกตามหลักการของการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10 นาที ขึ้นแอโรบิก (Aerobic Workout) ใช้เวลา 25 นาที และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที

3. ขั้นตอนการอภิปรายผลและปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มวัดชีพจรของสมาชิกทุกคนหลังออกกำลังกาย และจดบันทึกในคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

3.2 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกที่มีโอกาสได้ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นให้สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบ แจ้งให้สมาชิกทราบถึงอัตราชีพจรและความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย ซึ่งให้เห็นถึงความสามารถและความร่วมมือของสมาชิกที่มาออกกำลังกายร่วมกันในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น และให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์การทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย

3.3 กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือของสมาชิกและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมที่ 2.10 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการบอกถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ ได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ได้เงินคนพิการ ให้แม่เก็บไว้”

“เงินคนพิการที่ได้ไม่ค่อยพอใช้”

“เคยเห็นแต่คนอื่นเขาทำเรื่องขอรถเข็น”

“ไม่คิดว่าเขาจะมาออกกำลังกาย”

“พอจะจำท่าเต้นได้นิดหน่อย”

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม

ครั้งที่ 12 แลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และแจ้งการสิ้นสุดกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลของการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญ เกิดทัศนคติที่ดี และทราบถึงผลของการออกกำลังกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ
2. เพื่อแจ้งการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกแนะนำตัวและทำความรู้จักกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม
2. สมาชิกบอกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกายได้
3. สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการออกกำลังกายร่วมกัน
4. สมาชิกทราบถึงการสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม

สาระสำคัญ

การสรุปผลของการทำกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกประเมินความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม โดยให้สมาชิกระบายความรู้สึกถึงการออกกำลังกายร่วมกันได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และได้สำรวจตนเองถึงความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของตน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนเป้าหมาย กติกาของกลุ่ม

2. ขั้นตอนการอภิปรายผลการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มทำการประเมินกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายที่ผ่านมา เน้นถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบของผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ดูแลหลักได้สะท้อนความรู้สึกถึงการได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการรับรู้ เข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน

2.2 ผู้นำกลุ่มทบทวนถึงการออกกำลังกายของสมาชิกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญและให้เกิดการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนการปิดกลุ่ม 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณที่สมาชิกให้ความร่วมมือ แฉ่งให้ทราบถึงการสิ้นสุดกิจกรรม

การประเมินผล

หลังจากดำเนินตามกิจกรรมระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม โดยบอกถึงความสำคัญ และทราบถึงผลของการออกกำลังกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ประเมินได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ตอนต้นแรกๆ ปวดเมื่อยตามตัว แต่ก็ดีขึ้น”

“รู้สึกสดชื่นที่ออกกำลังกาย”

“ออกกำลังกายแล้วหลับดี”

“ภูมิใจที่มาได้จนครบทุกครั้ง ไม่คิดว่าจะทำได้”

“มาเข้ากลุ่มแล้วมีเพื่อน”

“ก็ยังมีคนที่ป่วยเหมือนกับเรา”

“เห็นเขาดีขึ้นเราก็ตีใจ”

“หลังๆเราไม่ต้องพูดเยอะ เขาดูแลตัวเองได้บ้าง”

“เป็นกิจกรรมที่ดี แต่ใช้เวลาเยอะไปหน่อย”

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) 1 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง โดยให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

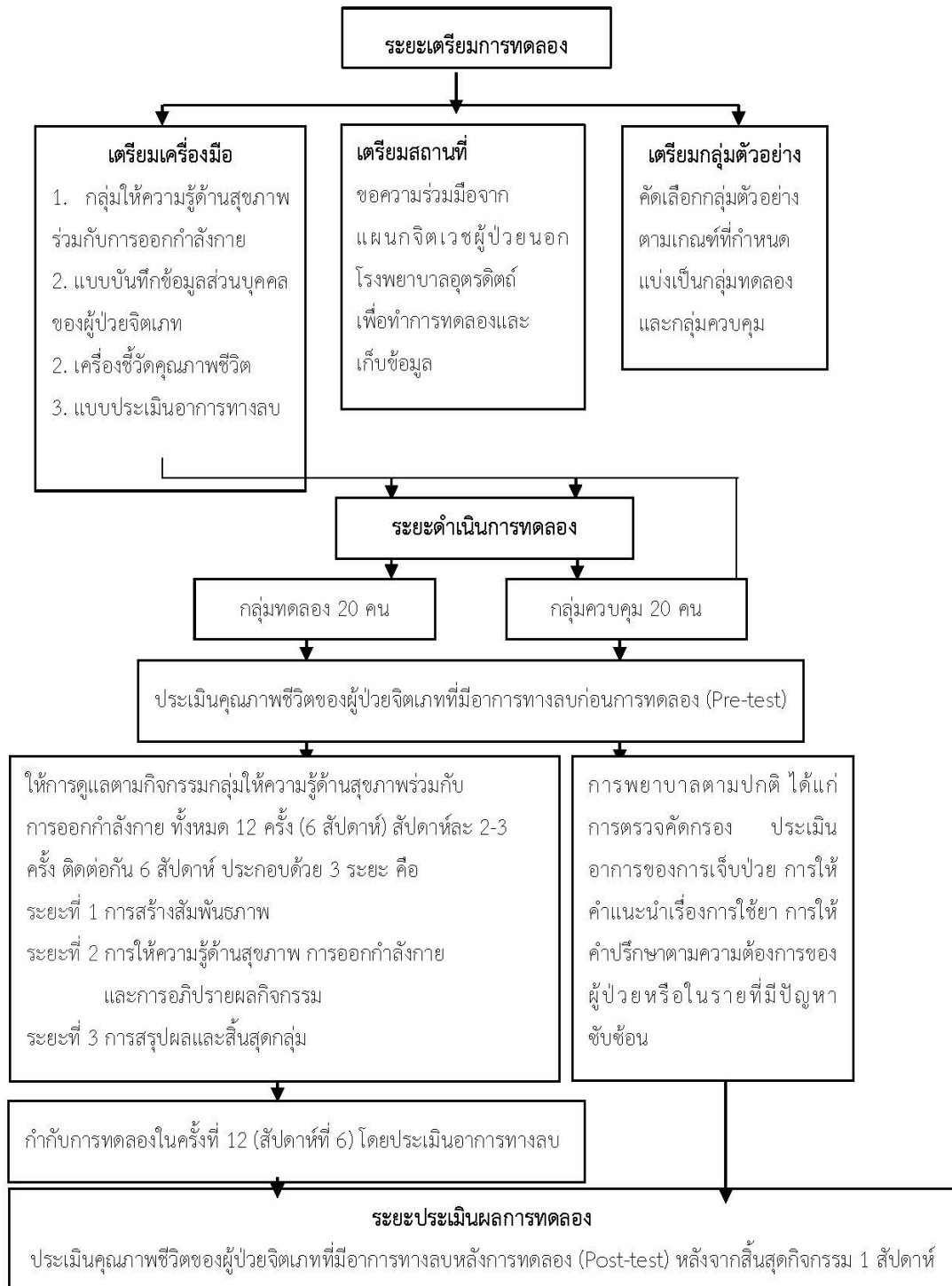
3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับ มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบทีที่กลุ่มเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายกับกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ ได้รับการประเมินจากแบบประเมินอาการทางลบ โดยมีอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุดรดิตถ์ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจับคู่ (Matched-pairs) ให้มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศและระยะเวลาในการเจ็บป่วย จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60	12	60	24	60
หญิง	8	40	8	40	16	40
ช่วงอายุ						
20-29 ปี	4	20	2	10	6	15
30-39 ปี	10	50	14	70	24	60
40-49 ปี	6	30	4	20	10	25
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	11	55	19	47.5
คู่	11	55	8	40	19	47.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	1	5	1	5	2	5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5	-	-	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30	7	35	13	32.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	10	50	8	40	18	45
อนุปริญญา/ปวส.	3	15	3	15	6	15
ปริญญาตรี	-	-	2	10	2	5

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพโสดและคู่ คิดเป็นร้อยละ 47.5 เท่ากัน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 45

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	90	17	85	35	87.5
รับจ้าง	2	10	3	15	5	12.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	18	90	17	85	35	87.5
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	10	3	15	5	12.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท						
1 – 5 ปี	9	45	9	45	18	45
6 – 10 ปี	11	55	11	55	22	55
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย						
บิดา-มารดา	5	25	5	25	10	25
สามี-ภรรยา	11	55	8	40	19	47.5
บุตร	-	-	1	5	1	2.5
พี่-น้อง	4	20	6	30	10	25
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1 – 5 ปี	9	45	9	45	18	45
6 – 10 ปี	11	55	11	55	22	55

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 87.5 และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 87.5 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้น พบว่าอยู่ในช่วงเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และพบว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น สามี-ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย (Dependent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X} (ระดับ)	S.D.	\bar{X} (ระดับ)	S.D.		
1. ด้านร่างกาย	19.00 (ปานกลาง)	2.07	24.75 (ปานกลาง)	1.91	-12.159	.000*
2. ด้านจิตใจ	17.15 (ปานกลาง)	2.32	19.05 (ปานกลาง)	1.84	-3.953	.001*
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7.65 (ไม่ดี)	0.74	11.00 (ปานกลาง)	1.25	-14.313	.000*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	20.80 (ปานกลาง)	3.99	24.30 (ปานกลาง)	3.07	-6.292	.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.35 (ปานกลาง)	8.48	87.85 (ปานกลาง)	6.83	-18.209	.000*

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านดีกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.209$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Dependent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X} (ระดับ)	S.D.	\bar{X} (ระดับ)	S.D.		
1. ด้านร่างกาย	20.20 (ปานกลาง)	4.23	18.25 (ปานกลาง)	3.41	1.932	.068
2. ด้านจิตใจ	18.45 (ปานกลาง)	4.03	15.05 (ปานกลาง)	2.96	3.594	.002*
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.10 (ปานกลาง)	2.04	8.15 (ปานกลาง)	1.22	2.772	.012*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	22.75 (ปานกลาง)	7.01	21.40 (ปานกลาง)	1.31	1.529	.143
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.45 (ปานกลาง)	9.97	67.95 (ปานกลาง)	8.64	3.744	.001*

*p < .05, ES= 1.12

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านต่ำกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 3.744) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้านและโดยรวมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X} (ระดับ)	S.D.	\bar{X} (ระดับ)	S.D.		
1. ด้านร่างกาย	19.00 (ปานกลาง)	2.07	20.20 (ปานกลาง)	4.23	-1.137	.263
2. ด้านจิตใจ	17.15 (ปานกลาง)	2.32	18.45 (ปานกลาง)	4.03	-1.249	.219
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7.65 (ไม่ดี)	0.74	9.10 (ปานกลาง)	2.04	-2.974	.005*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	20.80 (ปานกลาง)	3.99	22.75 (ปานกลาง)	7.01	-1.081	.287
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.35 (ปานกลาง)	8.48	69.45 (ปานกลาง)	9.97	0.307	.760

*p < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เฉพาะด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=0.307)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ รายด้าน และโดยรวมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X} (ระดับ)	S.D.	\bar{X} (ระดับ)	S.D.		
1. ด้านร่างกาย	24.75 (ปานกลาง)	1.91	18.25 (ปานกลาง)	3.41	7.421	.000*
2. ด้านจิตใจ	19.05 (ปานกลาง)	1.84	15.05 (ปานกลาง)	2.96	5.120	.000*
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	11.00 (ปานกลาง)	1.25	8.15 (ปานกลาง)	1.22	7.261	.000*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	24.30 (ปานกลาง)	3.07	21.40 (ปานกลาง)	1.31	3.873	.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.85 (ปานกลาง)	6.83	67.95 (ปานกลาง)	8.64	8.079	.000*

*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.079)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และขอเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีอาการทางลบ อาศัยในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุดรดิตถ์ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ในระหว่างวันที่ 23 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random assignment) โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (Norman et al., 2000; Makara-Studzinska et al., 2011; หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายพัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการ ครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ของการออก

กำลังกายต่ออาการทางลบ

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลและการอภิปรายผลกิจกรรม เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ ขึ้นอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ขึ้นแอโรบิก (Aerobic Workout) และขึ้นผ่อนคลาย (Cool down) และการอภิปรายผล ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการทางลบและการสังเกตอาการเตือนการออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาและการพักผ่อน นอนหลับ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสร้างคุณค่าในตนเอง การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ชีวิตร่วมครอบครัวและชุมชน การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทการออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.9 การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.10 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการ ความคุ้มครองคนพิการ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม

โดยเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยทดลองจนครบทุกกิจกรรม แล้วมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ตรวจสอบได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95 (Cronbach's Alpha Coefficient)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย แปลและสร้างขึ้นโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) จากแนวคิดการประเมินอาการทางลบของ Kay, Fisbein & Opler (1987) ผู้วิจัยประเมินผลอาการทางลบของผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 12 ครั้ง ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.73 (Kuder-Richardson 20, KR-20)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท กระบวนการออกกำลังกาย แนวคิดกลุ่มบำบัด แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาในการฝึกทักษะการเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย เพื่อให้ดำเนินการไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 พัฒนากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ประสานงานเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจงวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวันที่ดำเนินการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยและขอศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแผนกงานสารสนเทศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.5 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ เพศ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้แก่ 3-5 ปี และ 6 ปีขึ้นไป เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่ จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากที่ละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

1.7 ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ช่วยวิจัยช่วยสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเรื่องคุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) เพื่อเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัย โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย ดำเนินการครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทั้งหมด 12 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ และทำการกำกับกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ บรรเทิงสุข (2545) เพื่อประเมินอาการทางลบของกลุ่มทดลอง

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเป็น

ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เมื่อเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษา ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะให้ คำชี้แจง คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ เข้าใจวิธี การและข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

3.1 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test) ในวันที่ทำการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยหาค่าความถี่ และ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทาง ลบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพและของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ การพยาบาลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การทดลอง โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดการระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = -18.209$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 87.85$, S.D. = 6.83) ดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 70.35$, S.D. = 8.48) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.079$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 87.85$, S.D. = 6.83) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 67.95$, S.D. = 8.64)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่ากลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองในระดับปานกลาง ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี โดยสรุปคือคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย คือ ช่วยในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในร่างกาย ได้แก่ Dopamine Serotonin Endorphins (Craft & Perna, 2004) ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เกิดความตื่นตัวและมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (เดชา สุทธิกานต์, 2557) ช่วยพัฒนาภาพลักษณ์ (Sheehan, 1991) โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองที่ออกกำลังกายได้สำเร็จ ก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตน (Stathopoulou et al., 2006) เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พบปะสังสรรค์ เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (Sagrati, 2002; Stanton & Happell, 2014) เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 องค์ประกอบซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Acil, Dogan & Dogan (2008) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ณ แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยในเขต Anatolia ประเทศตุรกี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาตุรกี (WHOQOL-BREF-TR) แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI),

The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวก และอาการทางลบลดลงและมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวัฒนธรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gomes et al. (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ กลุ่มต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเล่นเกม และการเดิน การวิ่งจ็อกกิ้ง ประเมินผลของโปรแกรมจากการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย เช่น 6-Minute Walk Test การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ดรรชนีมวลกาย ร่วมกับการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-Brief) พบว่ากลุ่มทดลองมีรอบเวลาดลดลง สมรรถภาพทางร่างกายสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

โดยกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพของอภิวินท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546) ร่วมกับกระบวนการการออกกำลังกายของ Acil, Dogan & Dogan (2008) โดยทุกกิจกรรมอาศัยกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Marram (1978) และการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2550) ที่ระบุว่าการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ฝึกทักษะในการสร้างความไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากกระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกประทับใจ ต่อการรักษา และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและการอภิปรายผลกิจกรรม เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านร่วมกับการออกกำลังกายและการอภิปรายผล ซึ่งการให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ อาการทางลบและการสังเกตอาการเตือนมีจุดประสงค์เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้อง ได้รับความรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตน การ

รับประทานยา มีจุดประสงค์เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายจากการได้รับผลข้างเคียงของยา ส่วนการพักผ่อนนอนหลับเป็นการให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากอาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ ลีทองคำ (2552) และศิริภัทตรา จุฑามณี (2552) พบว่าการสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ การสร้างคุณค่าในตนเอง มีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย โดยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข สร้างความภาคภูมิใจ เสนอแนะให้มองเห็นจุดดีของตนเอง การยอมรับจุดอ่อนและนำไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น การผ่อนคลายความเครียดเป็นการเสนอแนวทางให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอดิญา โพธิ์ศรี (2551) และศิริภัทตรา จุฑามณี (2552) พบว่าการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการยอมรับตนเอง มองเห็นจุดดีและยอมรับจุดอ่อนในตนเอง สร้างความภาคภูมิใจในตนเองจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน มีจุดประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทและการให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงวิธีการที่เหมาะสมที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาหรือการไม่เข้าใจกัน ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทมีจุดประสงค์ เพื่อแสดงวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ ลีทองคำ (2552) ศิริภัทตรา จุฑามณี (2552) และ ขวัญสุตา บุญทศและคณะ (2554) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการศึกษาของหทัย รัฐณ์ วารินทร์ (2555) ที่พบว่าการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

การให้ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขอขึ้นทะเบียนของคนพิการทางจิต สิทธิประโยชน์และสวัสดิการความคุ้มครองคนพิการ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข่าวสารทราบถึงสิทธิและประโยชน์ที่พึงมี และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Halford et al. (1995) อดิญา โพธิ์ศรี (2551) และศิริพันธ์ ลีทองคำ (2552)

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การมีกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การออกกำลังกาย (Vancampfort et al., 2011) และการได้รับความรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 3 การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายและแจ้งการสิ้นสุดกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงการออกกำลังกายร่วมกันได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และได้สำรวจตนเองถึงความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของตน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดขณะทำกลุ่ม ดังนี้

“ออกกำลังกายแล้วรู้สึกสดชื่นดี”

“มีเรี่ยวแรงกว่าเดิม”

“รู้สึกภูมิใจที่มากิจกรรมกับพยาบาลกับเพื่อนในกลุ่ม”

“ออกกำลังกายแล้วไม่เครียด”

“ได้เจอเพื่อนที่ป่วยเหมือนกับเรา”

“มีเวลาคุยกับพี่ เข้าใจกันมากขึ้น”

“ได้รู้วิธีการดูแลตัวเอง”

“บางทีก็คิดช้า ทำอะไรช้า ไม่ใช่เพราะซีเกียจ”

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งให้เห็นว่าผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่า

ก่อนการทดลอง อาจเกิดขึ้นจากมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระหว่างที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน และถึงแม้จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกด้าน โดยก่อนการทดลองคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังจากการทดลองพบว่ามีความแตกต่างรายด้านในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยสรุปคือคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในทุกด้าน ถึงแม้จะอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกัน (Matched-pairs) ได้แก่ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัย ครั้งนี้ เนื่องจากผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบลดลงแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มควบคุมนี้ยังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยจะต้องไปตรวจตามนัด ณ แผนกจิตเวชโรงพยาบาลอุดรดิตต์ ซึ่งจะได้รับการบริการพยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรดิตต์ จังหวัดอุดรดิตต์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การตรวจ คัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการให้การพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลอุดรดิตต์จะมีให้ผู้ป่วยก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ส่วนใหญ่จะมีการนัดตรวจที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ทุก 3 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลานานกว่าที่ผู้ป่วยจะกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลอีกครั้ง การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า การปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการพยาบาลแบบ “Task

oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้แล้วเสร็จในแต่ละเวอร์ เป็นการสื่อสารแบบการสื่อสารทางเดียว จากพยาบาลสูผู้ป่วยในรูปแบบคำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ

จากคำพูดของผู้ป่วยหลังจากพยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน บอกว่า

“หมอนัดให้มารับยาตามนัด ทุก 3 เดือน”

“พยาบาลแนะนำเรื่องกินยาทุกครั้ง แล้วก็นัดวันที่มาตรวจครั้งต่อไป”

“เคยคุยกับพยาบาลตอนที่มารักษาที่นี่แรกๆ ตอนนั้นเครียดที่ป่วยแล้วทำงานไม่ได้เหมือนเดิม”

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่ากลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายที่ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม จะช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน อันได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเขาไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน จะช่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพยาบาล นอกจากเป็นการลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำแล้ว ยังเป็นการส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือตนเอง สามารถอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนอย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้าน บุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทักษะในการทำกลุ่ม เข้าใจถึงบทบาทของการเป็นผู้นำกลุ่ม นอกจากนี้ควรคำนึงถึงขนาดของสมาชิก ตามหลักการของกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากหากมีจำนวนสมาชิกมากเกินไป อาจทำให้สมาชิกรับข้อมูล ไม่ทั่วถึงและสามารถควบคุมกลุ่มได้ยาก ดังนั้นอาจต้องมีการแบ่งกลุ่มย่อยในการดำเนินกิจกรรม โดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่มอยู่ระหว่าง 8-12 คน เพื่อให้สมาชิกเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง

2. เนื่องจากเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้วิจัยควรคำนึงถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และการประสานงานจากบุคคลที่มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยหรือบุคลากรสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในการช่วยประสานงานและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในการวิจัย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม

3. ควรศึกษาถึงวิธีการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำกิจกรรมกลุ่มให้ ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายไปใช้ เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อ การออกกำลังกาย ป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลัง ภายอย่างต่อเนื่อง

4. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการเจ็บป่วย จึงควรนำ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายไปใช้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และเพิ่ม รายละเอียดของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

2. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเป็น ระยะ เช่น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภท

3. ควรนำกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นเพื่อ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2551). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. นนทบุรี: กวิสรา พชรเบญจกุล และอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์. (2554). ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพจิต: การวิเคราะห์พหุตัวแปรจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประเทศไทย พ.ศ. 2554. *วารสารประชากร* 4(1): 3-23.
- กัญญา ศรีตะวัน. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2544). *แผนพัฒนากีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2545 – 2549)*. กรุงเทพฯ: ไทยมิตร การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. [ออนไลน์]. (2545). แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/> [23 พฤศจิกายน 2558]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554*. นนทบุรี: กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *การบริการด้านสุขภาพจิต*. [ออนไลน์]. (2556). แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> [23 พฤศจิกายน 2558]
- ขวัญสุดา บุญทศ อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณษ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). *การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554. *Srinagarind Med J* 2011: 26.
- จันทร์ธา ธีระสมบุญ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารกรมสุขภาพจิต* 4(1): 117-126.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. (2538). *งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี*. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). *การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข*. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*

13: 1-13.

- เดชา สุทธิกานต์. (2557). *คู่มือจิตเวชประจำบ้าน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สุทธิกานต์มิวสิค.
- ดวงกมล สระบุรี. (2558). *ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). *ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทควมวิชาการ*. วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22(2): 110-116.
- ทิตินา แคมณี. (2545). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ: นิธิิน แอดเวอร์ไทซิ่ง กรุ๊ป.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. ม.ป.ป. *Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ร้ายแรง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตยา ตากวิริยะนนท์ และชนะมน สุยะชีวัน. (2536). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 11(1): 29-40.
- นือร พิศอ่อน. (2546). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์*. *ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- นงนุช โอบะ และนิพนธ์ กิณางค์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร* 10(2): 53-62.
- นรวิรี พุ่มจันทร์. (2548). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์วงศา*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 13(3): 146-156.
- บุญพา ณ นคร. (2538). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. *โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ไพบรียพันธ์ กสิพันธ์. (2541). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2544). *เอกสารประกอบการบรรยายการพัฒนาแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช*. *โรงพยาบาลสวนปรุง*. เชียงใหม่.

- เพชรีย์ คันธสายบัว. (2550). บทความพิเศษ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 1(2): 131-137.
- เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณະไชย และสุบิน สมิน้อย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 30(3): 113-121.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิโรชะรัตน์ และชุตินา ประทีปจิตติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณี โรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 5(3): 16-24.
- ภัทรภรณ์ พุงปั่นคำและคณะ. (2551). *คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ พุงปั่นคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). อาการและอาการแสดง. ในพิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์(บรรณาธิการ), *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2552). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 3(1): 1-11.
- วนิดา พันธุ์สะอาด และคณะ. (2555). *แอโรบิคได้นซ์*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 25(3): 24-37.

- ศิรินันท์ ลิ้มทองคำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริภัทตรา จุฑามณี. (2552). *ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สเปญ อุนองค์. *โรคจิตเภท (Schizophrenia)*. [ออนไลน์]. (2551) แหล่งที่มา: [http:// www. Infomental.com/schizophrenia.html](http://www.infomental.com/schizophrenia.html) [23 พฤศจิกายน 2558]
- สุพัทธรา ชีเมจริญ. (2543). *คู่มือการเรียนการสอนแอโรบิคด้านซ. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.*
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2545). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. ทูลสนันสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- หทัยรัฐณ์ วารินทร์. (2555). *ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2544). *คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

ภาษาอังกฤษ

Acil, A. A., Dogan, S., and Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(10): 808–815.

Ahmet, K., Ayse, G. Y. O., Ali, K. G. (2015). Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45: 678-681.

Alshowkan, A., Curtis, J., and White, Y. (2012). Quality of life for people with schizophrenia: A literature review. *The Arab Journal of Psychiatry* 23(2): 122-131.

American College of Sport Medicine. (1998). ACSM Position Stand: The recommended Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 30(6): 975–991.

Andreasen, N.C., and Olsen, S. (1982). Negative and Positive schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 39: 789-794.

Alptekin, K. et al. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 29(2): 239–244.

Barry, M.M., and Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long- term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 168: 210-216.

Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review Clinical Psychology* 1: 577-606.

Beebe, L.H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S. S., and Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 26(6): 661-676.

- Bobes, J., and Gonzalez, M. P. (1997). Quality of life. In: Kastching, H., Freeman, H., and Satorious, N. editor. *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & sons.
- Bobes, J. et al. (2007). Quality of life in schizophrenia patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 9(2): 215-224.
- Boyer, L. et al. (2012). Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 36: 271–276.
- Boyer, L. et al. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 13(15): 1-8.
- Brookfield, S. (1986). *Understanding and facilitating adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 32: 88-103.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., and Leouffre, P. (1998). Component of social support and quality of life in severely mentally ill, low income and a general population group. *Community Mental Health Journal* 34(5): 459- 475.
- Caron, J., Lecomte, Y., Strip, E., and Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Hlt J* 41(4): 399-17.
- Casey, D.E., and Hansen, T.E. (2009). Excessive mortality and morbidity associated with schizophrenia. *Medical illness and schizophrenia*. (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., and Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definition and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 100(2): 126-131.
- Clark, H.H. (1976). *Application of measurement to health and physical education*. New jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Clark, M.J. (2003). *Community health nursing: Caring for population*. (4th ed). Upper Saddle River: Prentice Hall.

- Craft, L. L., and Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Journal of clinical psychiatry* 6(3): 103-111.
- Corey, M. S. and Corey, G. (2006). *Group process and practice group*. (7th ed). The united states of American: Thomson Learning, Inc.
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review* 33: 914-928.
- Ferrans, C.E., and Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of life index. *Research nursing health* 15:29-38.
- Gomes, E. et al. (2014). Effects of a group physical activity program on physical fitness and quality of life in individuals with schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity* 7: 155-162.
- Gorczyński, P., and Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 5: 1-43.
- Green, C.A. et al. (2001). Quality of life in treated and never- treated schizophrenia patients. *Acta Psychiatria Scandinavica* 103: 131-142.
- Hafner H., Löffler W., Maurer K., Hambrecht M., an der Heiden W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 100:105–118.
- Halford, WK., Harrison, C., Moutrey, C., and Simpson, S. (1995). Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiat Serv* 46(11): 1189-1191.
- Herbener, E. S., & Harrow, M. (2004). Are negative symptoms associated with functioning deficit in both schizophrenia and nonschizophrenia patients? A 10-year longitudinal analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4): 813-826.
- Kaltsatou, A. et al. (2015). Effects of exercise training with traditional dancing on Functional capacity and quality of life in patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation* 29(9): 882-91.
- Katsching, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatria Scandinavica* 102: 33-37.

- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2): 261-276.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009a). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2): 347-361.
- Knöchel, C. et al. (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol* 96(1): 46-68.
- Kravetz, S. et al. (2000). Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatric rehabilitation journal* 23(4): 323-333.
- Lepage, M., Bodnar, M., and Bowie, C.R. (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59(1): 5-12.
- Lindamer, L.A. et al. (2008). Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 104(1-3): 294-301.
- Lubkin, L.M. (1986). *Chronic illness: impact and intervention*. Boston. Jone and Bartlet Publisher, Inc.
- Makara-Studzinska, M., 1, Wołyniak M., and Partyka, I. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research* 5(1): 31-34.
- Mark, V. W., David, W. B., Ruth, M. P., & Joanne, R. N. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Disease. *Archives of Internal Medicine*.158: 166-172.
- Marram, G. D. (1987). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed). St.Louis: C. V.
- Marta, M.-S., Malgorzata, W., and Iwona, P. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in communitymental health service–selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research* 5(1): 31-34.
- Martin, S., and Philip, D.H. (2013). Treatment of Obesity and Disability in Schizophrenia. *Innov Clin Neurosci* 10(7-8): 15-19.
- Marzolini, S., Jensen, B., and Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity* 2(1): 29-36.

- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing* 18(1): 32- 38.
- Meltzer, H.Y. et al. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life chronic schizophrenia patients. *Hospital community psychiatry*. 41(8): 892-897.
- Montemagni, C. et al. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research* 220: 102-111.
- Oertel-Knöchel, V. et al. (2014). Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 264(7): 589-604.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report* 10: 799-812.
- Pajonk, F.G. et al. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 67:133–143.
- Patel, R. et al. (2015). Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. *BMJ Open* 5(9): 1-9.
- Pitkänen, A. (2010). Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Master's Thesis, Department of Nursing Science, University of Turku, Finland.
- Ritsner, M.S., Lisker, A., and Grinshpoon, A. (2014). Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 68(4): 308-317.
- Ruggeri, M. et al. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry* 178(3): 268-275.
- Ryan, M.C., and Thakore, J.H. (2002). Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sciences* 71(3): 239–257.
- Sagrati, S. (2002). *Exercise and depression: part III: Theoretical explanation for*

- psychological effects of exercise*. [online]. 2015. Available from: <http://www.Ptonthenet.com/articlesummaries/ss-exercise-9-depression-pt3.htm> [2015, November 23]
- Sheehan, M. (1991). Sports therapy in mental illness. *Nursing Standard* 6(9): 33-37.
- Stanton, R., and Happell, B. (2014). A systematic review of the aerobic exercise. *Current Sports Medicine Reports* 13(4): 260-266.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine* 34(03): 413-422.
- Stathopoulou, G., Powers, M.B., Berry, A.C., Smits, J.A., and Otto, M.W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clin Psychol Sci Pract* 13(2): 179-193.
- Strassnig, M., Brar, J.S., and Ganguli, R. (2012). Health-related quality of life, adiposity, and sedentary behavior in patients with early schizophrenia: preliminary study. *Diabetes, Metabolic Syndrome And Obesity: Targets And Therapy* 5: 389-394.
- Sullivan, G., Wells, K.B., and Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 43(8): 794-8.
- Suttajit, S., and Pilakanta, S. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11: 1371-1379.
- The WHO group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument. In J. Orley, & W. Kuyken (eds.) *Quality of life assessment: International perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Tomatake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medication Investigation* 58: 167-174.
- Townsend, M. C. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Davis.
- Ulas, H., Akdede, B.B., Ozbay, D., and Alptekin, K. (2008). Effect of thought disorders

- on quality of life in patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psycho-pharmacology & Biological Psychiatry* 32: 332–335.
- UNESCO. (1980). Evaluation the Quality of life in Belgium. *Social Indicators Research* 83:12-19.
- Vancampfort, D. et al. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 129(2–3): 122–127.
- Vera-Garcia, M.C. et al. (2015). A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update. *Psychiatry Research* 229(3): 828–839.
- Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care* 15(5): 284-287.
- WHOQOL Group. (1996). What quality of life?. *World health forum*. 17 (Nov): 354-356. World Health Organization. *Schizophrenia*. [online]. 2007. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> [2015, November 23]
- Xiang, Y.T., Weng, Y.Z., Leung, C.M., Tang, W.K., and Ungvari, G.S. (2007). Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *Aust N Z J Psychiatry* 41(5): 442–449.
- Zhan, L. (1992). Quality of life. *Conceptual and measurement issues* 17: 795-800.
- Zou, H., Li, Z., Arthur, D., and Wang, H. (2014). Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers. *International Journal of Mental Health Nursing* 23(4): 355-363.



ภาคผนวก

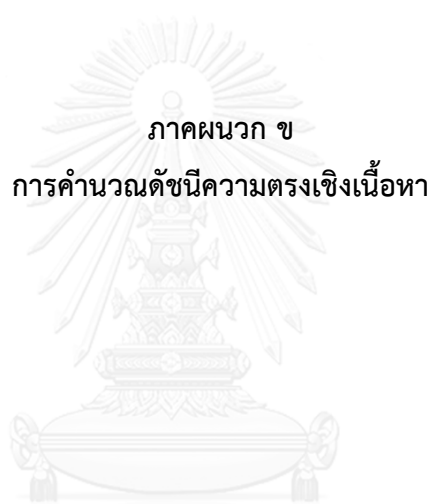
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ	อาจารย์พยาบาลประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. อาจารย์ ดร. สุดาพร สติยยุทธการ	อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ภาคภูมิ โชคทวีพานิชย์	อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
4. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางรัชดาวรรณ จำหนื่นไวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

1. ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกาย

$$CVI = \frac{9}{11} = 0.82$$

11

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

$$CVI = \frac{27}{28} = 0.96$$

28

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางลบ

$$CVI = \frac{12}{13} = 0.92$$

13

ภาคผนวก ค
การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เมื่อนำข้อมูลของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในแต่ละองค์ประกอบของเครื่องมือ พบว่าองค์ประกอบด้านร่างกาย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.10 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95

WHOQOL-BREF-THAI	Cronbach's Alpha	N of Items
ด้านร่างกาย	0.86	7
ด้านจิตใจ	0.89	6
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	0.10	3
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.91	8
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.95	26

2. แบบประเมินอาการทางลบ เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินอาการทางลบมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ 0.73 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Kuder-Richardson (KR-20)	N of Items
0.73	13



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับ
ตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. แยกกันอยู่/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา
() 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 4. อนุปริญญา/ปวส.
() 5. ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ ระบุ
5. อาชีพ
() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกร
() 3. ค้าขาย () 4. รับจ้าง
() 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 6. อื่นๆ ระบุ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
() 1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท () 2. 5,001 – 10,000 บาท
() 3. 10,001 – 15,000 บาท () 4. มากกว่า 15,000 บาท
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท.....ปี.....เดือน
8. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย
() 1. บิดา – มารดา () 2. สามี – ภรรยา
() 3. บุตร () 4. พี่ – น้อง
() 5. อื่นๆ ระบุ
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มาให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย

รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ

หรือรู้สึกแย่ระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าจะสมบูรณ์

รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันเพียงใด (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
.					
.					
.					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต

ตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์		
2	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3	การโต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพักๆ		
4		
5		
6		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		

คู่มือสำหรับพยาบาล
“กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย”



จัดทำโดย
นางสาวจิระภา สุมาลี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการออกกำลังกาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย
4. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบและเกิดทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม
2. บอกอาการและการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับอาการทางลบได้
3. บอกถึงความสำคัญ ประโยชน์ และแนวทางของการออกกำลังกายได้
4. มีข้อตกลงหรือเป้าหมายในการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจในการ เข้าร่วมกิจกรรม และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนและเป้าหมายที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการรักษา ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบโดยการออกกำลังกาย

กิจกรรม

1. ขั้นตอนสร้างสัมพันธภาพ 10 นาที

1.1 ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง ทักทายสมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อมูลที่สงสัยในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเขียนป้ายชื่อของตนเองและแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักกัน

2. ขั้นตอนให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคจิตเภทและการออกกำลังกาย 40 นาที

2.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงการดูแลสุขภาพเมื่อเป็นโรคจิตเภท เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและตระหนักถึงดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการทางลบ

2.2 ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท

2.3 ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย เน้นให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่ออาการทางลบ

3. ขั้นตอนสรุปประเมินผลและวางแผนการออกกำลังกาย 10 นาที

3.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกวางแผนการออกกำลังกาย โดยกำหนดกติกาในการร่วมกิจกรรม และกำหนดวัน เวลา สถานที่ ที่สามารถมาทำกิจกรรมร่วมกันได้

3.2 ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และอธิบายถึงการบันทึกผลให้สมาชิกรับทราบเพื่อเป็นการติดตามผลของการออกกำลังกาย

3.3 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิก กล่าวขอบคุณ ในการให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ

2. ปากกา, กระดาษ

3. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง โรคจิตเภท

4. ใบความรู้ที่ 2 เรื่อง การออกกำลังกาย

4. คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม

2. สมาชิกบอกอาการและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการทางลบได้

3. สมาชิกบอกความสำคัญของการออกกำลังกายที่มีผลต่ออาการทางลบและมีเป้าหมายในการออกกำลังกายร่วมกัน

คู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ



จัดทำโดย

นางสาวจิระภา สุมาลี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

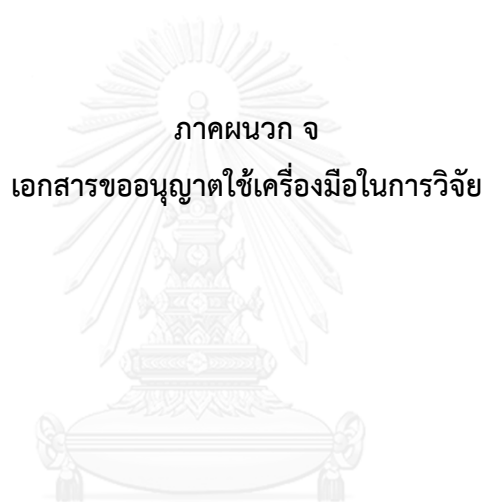
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค

การเต้นแอโรบิค (Aerobic dance) เป็นประเภทหนึ่งของการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่นำท่าบริหารกายแบบต่างๆ มาผสมผสานให้เข้ากับจังหวะเพลงหรือเสียงดนตรี เป็นการออกกำลังกายที่สามารถปรับความหนักเบาได้ตามสภาวะที่เหมาะสมของแต่ละคน สร้างความอดทนและความแข็งแรงของหัวใจ ปอด ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพในการจับออกซิเจนของกล้ามเนื้อ เผาผลาญพลังงานส่วนเกินของร่างกาย ทำให้มีรูปร่างและสัดส่วนที่สวยงาม และก่อให้เกิดความสนุกสนาน คลายเครียด



จุดมุ่งหมายของการเต้นแอโรบิค อยู่ที่การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ให้มีอัตราการเต้นของชีพจรถึงเป้าหมาย โดยคนปกติทั่วไปจะกำหนดไว้ระหว่างร้อยละ 60-80 ของชีพจรสูงสุด และต้องเต้นติดต่อกันประมาณ 15-30 นาที ความถี่ที่เหมาะสมในการเต้น แอโรบิค คือ ประมาณสัปดาห์ละ 3-5 วันต่อสัปดาห์



ภาคผนวก จ

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 2682



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง (นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล)

เนื่องด้วย นางสาวจิระภา สุมาลี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการอาหารทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จากรายงานการวิจัย เรื่อง เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล โรงพยาบาลสวนปรุง (2540)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

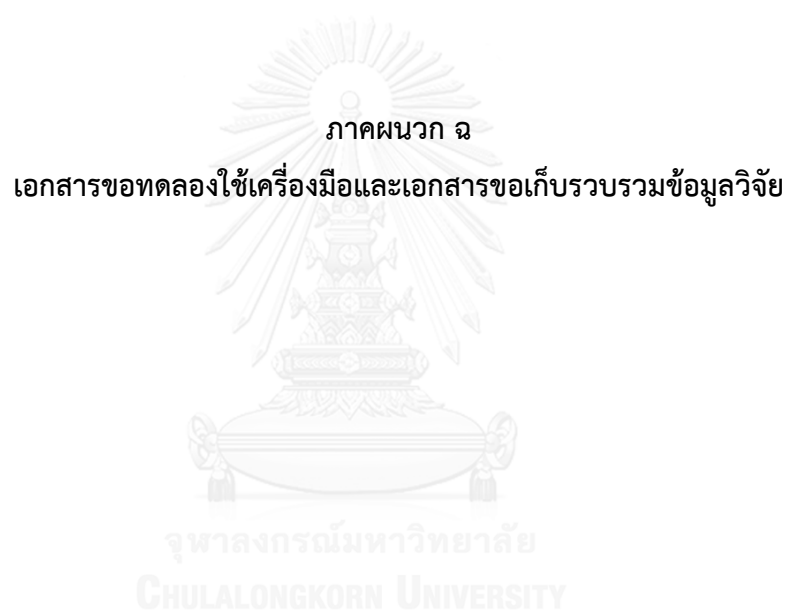
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 08-3776-2828

ชื่อนิสิต

นางสาวจิระภา สุมาลี โทร. 08-5593-9213





ที่ ศธ 0512.11/ 049

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตต์

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

เนื่องด้วย นางสาวจิระภา สุมาลี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ที่มีอาการทางลบ ได้รับการรักษาในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตต์ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินอาการทางลบ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และคู่มือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิระภา สุมาลี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช (แผนกผู้ป่วยนอก)

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

ชื่อนิสิต

นางสาวจิระภา สุมาลี โทร. 08-5593-9213

ภาคผนวก ข
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารการพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิระภา สุมาลี นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 38/40 ถ.เกษมญาติมิตร ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000

โทรศัพท์ (มือถือ) 085-5939213

E-mail Address pakky_tt@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษานี้

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ การลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตและสุขภาพทางกายจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดอุตรดิตถ์ และได้รับการรักษาในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน มีคุณสมบัติการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) มีอาการทางลบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย

- 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือ โรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
- 4) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

โดยกระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของการจัดการอาหารทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ที่จัดขึ้นแก่ผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการ ใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้ทางสุขภาพ ระยะที่ 2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการประเมินอาการ ระยะที่ 3) การสรุปผลและสิ้นสุดกลุ่ม ประกอบด้วย การสรุปผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

- 4.การดำเนินกิจกรรมเป็นรูปแบบกลุ่มใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 6 สัปดาห์
- 5.ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและต่อผู้อื่น คือ เป็นแนวทางสำหรับการฟื้นฟูสุขภาพทางจิต และสุขภาพทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเป็นกลุ่มประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้

มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ซึ่งพบได้น้อยและไม่รุนแรง เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การเคล็ดขัดยอกตามข้อต่างๆ มักจะหายได้เองโดยกระบวนการซ่อมแซมตามปกติของร่างกาย

7. การป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

การออกกำลังกายที่จัดให้แก่กลุ่มประชากรนั้นเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร ไม่มี การกระแทก การเหยียด กระชาก หรือการกระตุก เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บในการออกกำลังกาย ซึ่งเหมาะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และใช้หลักการที่ถูกต้องของการออกกำลังกายทุกครั้งที่จะต้องมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและการคลายอุ่นหลังออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ออกกำลังกาย

ทั้งนี้ การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยติดต่อกับ ผู้วิจัย ได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ โดยเร็ว

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่

บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ขอให้ความยินยอมของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ได้แก่

ที่จะเข้าเกี่ยวข้องในโครงการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง ผลของการจัดการอาหารทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัย ได้แก่ นางสาวจิระภา สุมาลี นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว (ตามรายละเอียดที่แนบมากับหนังสือยินยอมนี้)

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าตลอดโครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดมีอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าว บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวจิระภา สุมาลี ได้ที่ 38/40 ถ.เกษมภูวนรินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000 โทรศัพท์ 085-5939213

ลงนาม ผู้ดูแล

ลงนาม ผู้วิจัย

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน





โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
Uttaradit Hospital

ชื่อโครงการ ผลของการจัดการอาการทางลบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รหัสโครงการ อต.๓/๒๕๖๐

ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวจิระภา สุมาลี

เอกสารที่รับรอง

๑. สำเนาใบรับรองโครงการวิจัยจากสถาบันต่างๆที่เข้าร่วมโครงการ
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และส่วนแก้ไขเพิ่มเติม
๓. แบบเสนอโครงการวิจัย และเอกสารขอพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาล
๔. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร
๕. แบบเก็บข้อมูล
๖. เอกสารแสดงความยินยอมอาสาสมัคร
๗. มาตรการรักษาความปลอดภัย
๘. ประวัติและความรู้ความชำนาญของนักวิจัย สถานที่ติดต่อ สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์

คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้ โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการทราบทุกปี เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

รับรองตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๐

(นายอัสนี ภมระภา)
ประธานกรรมการจริยธรรมงานวิจัย

(นายทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิระภา สุมาลี เกิดเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยนเรศวร และในปีการศึกษา พ.ศ. 2557 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

