

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบ
ของผู้ป่วยจิตเภท



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 SYMPTOM-MANAGEMENT SELF-EFFICACY PROGRAM
ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Dolkamol Mattayat



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	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการ
	จัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาวดลกมล มัทย์ตรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ดลกมล มัทย์ตรี : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่อ
อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF SYMPTOM-MANAGEMENT SELF-
EFFICACY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 140 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อ
เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
ในการจัดการกับอาการ และเพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โดยจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันด้านเพศ
และอาการทางลบ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการ
ทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมิน
อาการทางลบ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน
โดยแบบประเมินอาการทางลบมีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .84 มีค่าความเที่ยงจากการสังเกต
เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริม
สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนใน
การจัดการกับอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนในการจัดการกับอาการ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777308136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SYMPTOM-MANAGEMENT SELF-EFFICACY PROGRAM / NEGATIVE SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

DOLKAMOL MATTAYAT: THE EFFECT OF SYMPTOM-MANAGEMENT SELF-EFFICACY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 140 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare the negative symptoms of schizophrenic patients before and after receiving the symptom-management self-efficacy program, and to compare the negative symptoms of schizophrenic patients who received the symptom-management self-efficacy program with those who received regular nursing care. Research samples were 40 schizophrenic patients who met the inclusion criteria from outpatient department, Nakhon Sawan Ratchanakharin Psychiatric Hospital. They were matched by gender and negative symptoms and randomly assigned to experimental and control groups, 20 subjects each. The experimental instrument was the symptom-management self-efficacy program consisted of 4 steps: 1) Emotion arousal 2) Modeling 3) Mastery experience 4) Verbal persuasion. Data were collected using the personal patients' record form and the positive and negative syndrome scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The content validity index of the positive and negative syndrome scale was .84. Its inter-rater reliability was .72. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follow:

1. The mean score of negative symptoms of schizophrenic patients after participating in the symptom-management self-efficacy program was significantly lower than that before receiving the program, at the .05 level.

2. The mean score of negative symptoms of schizophrenic patients who received the symptom-management self-efficacy program was significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ แนวทางการประยุกต์และการพัฒนากระบวนการคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนชี้แนะปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจและส่งเสริมให้ได้รับความรู้ และแนวทางในการพัฒนางานวิจัยได้อย่างดียิ่งด้วยความทุ่มเทของอาจารย์ ที่ให้ความเมตตา กรุณาอย่างเสมอมาตลอด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ประธานสอบและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกำลังใจเสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ แนะนำแนวคิดปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนในการศึกษา หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้โอกาสพร้อมทั้งเข้าใจสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยนี้ตลอดมา ขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะกรรมการการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ศึกษากลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ญาณิศา มัทย์ตร์ ที่สนับสนุนทุนในการศึกษามาโดยตลอด และเพื่อนที่คอยให้กำลังใจ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ไม่มากก็น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา จนทำให้งานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูตเวทิตาคุณแต่มารดา ครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	14
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.....	23
3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	35
4. การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ	41
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิด.....	53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	98
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	111
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	115
ภาคผนวก ค ข้อมูลและใบยินยอมสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	122
ภาคผนวก จ ตารางการเปรียบเทียบ (Matched pair) ตารางแสดงการกำกับกับการทดลอง และตารางคะแนนอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง.....	128
ภาคผนวก ฉ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการ ทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การบูรณาการแนวคิด Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 42

ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ..... 78

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n= 40) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาศัยอยู่กับใคร/ผู้ดูแล การรักษาที่ได้รับ 82

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 85

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 86

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) จากวิธี inter-rater reliability 126

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) . 126

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของคะแนนอาการทางลบและเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายคู่..... 129

ตารางที่ 9 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ (n=20)..... 130

ตารางที่ 10 คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post -test)..... 131

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยจาก
สภาพแวดล้อม 36

ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
(Bandura, 1997) 37

ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง 80



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความพร้อมในการรู้คิดและพฤติกรรม รวมถึงส่งผลการเข้าสังคม (Kirkpatrick et al., 2014; สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ชีวภาพ จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาในประเทศแถบซีกโลกตะวันตกโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท อยู่ระหว่าง 0.11-0.70 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) อัตราความชุกในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน และมีความเป็นภาระโดยรวม (Global Burden of Disease) คิดเป็นร้อยละ 95 ในเพศหญิงและเพศชาย (Phanthunane et al., 2010) สอดคล้องกับ World Health Organization (2010) ที่ได้จัดให้โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และอาการทางด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สิ้นน้ำเรียบเฉย (blunted affect) อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) อาการดังกล่าวมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของผู้ป่วย (Kirkpatrick et al., 2014; Galderisi et al., 2014; Patel et al., 2015) การดำเนินโรครมี 3 ระยะ คือ ระยะอาการนำ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งระยะอาการหลงเหลือพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางลบและมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ คงที่ ซึ่งจะมีอาการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบซ้ำได้บ่อย (Sadock & Sadock, 2000; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากข้อมูล World Health Organization (2013) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทถึง 7 ใน 1,000 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ มีความรุนแรงและเรื้อรังของโรคส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชในปีงบประมาณ 2558 พบผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกมีจำนวน 1,070,206 ราย และผู้ป่วยในมีจำนวน 88,327 ราย และพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต, 2551) เช่นเดียวกับสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2557-2559 เป็นจำนวน 53,958 ราย 52,499 ราย และ 50,635 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน เป็น

จำนวน 2,995 ราย 2,923 รายและ 2,759 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) และสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2557-2559 เป็นจำนวน 12,395 ราย 10,365 รายและ 8,819 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน เป็นจำนวน 2,013 ราย 1,805 รายและ 1,669 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์, 2559) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

จากการศึกษาของ Bobes et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 60 ซึ่งอาการทางลบจะมีอาการหลงเหลืออยู่หลังจากได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน (Kay et al., 1987; Taylor, 1994) เช่นเดียวกับ Chia et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 80 มีอาการทางลบหลังจากที่อาการทางจิตสงบลงแล้ว และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยมีอาการทางลบ ร้อยละ 30 (กรมสุขภาพจิต, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ เวนิส บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 31.5 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกพบว่ามีอาการทางลบอยู่เป็นจำนวนมากไม่น้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อยลง เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์และคำพูดลดน้อยลง (Pan et al., 2011; Schlosser et al., 2015) มีสีหน้าเฉยเมย พร่องการเข้าสังคม ขาดความสามารถในการสื่อสาร ขาดทักษะการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2554) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว การปรับตัว และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจ และรู้สึกมีปมด้อย (Ying Wolf and Wang, 2013; Deserno et al., 2016) มีการสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Moller and Morphy, 2001) ไม่สามารถสังเกตสิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิต ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันอาการทางจิต (กชพร รัตนสมพร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558)

อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการที่ลดลงหรือการสูญเสียการทำหน้าที่จากภาวะปกติ มีลักษณะการแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะมีการแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์ และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ขาดความสนใจรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น มีอาการแยกตัวจากสังคมและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดแรงผลักดันภายใน

ทำให้มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม มีกระแสคำพูดช้าลง กว่าปกติทำให้การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และมีความคิดที่ขาดความสนใจแสดงออกมาโดยมีการคิดซ้ำๆ หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)

อาการทางด้านลบจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ซึ่งด้านผู้ป่วยพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ที่เกิดจากความบกพร่องทางร่างกาย เช่น ไม่นุ่งผ้า ไม่อาบน้ำ ไม่ทำงาน เป็นต้น (สเปญ อุอนงค์, 2551) นอกจากนี้ปัญหาความบกพร่องทางด้านความคิดหรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความคิดในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่สนใจการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งหากบุคคลในสังคมไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการแสดงความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำประโยชน์ได้หรือมีท่าทีรังเกียจผู้ป่วย ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะเทือนใจเกือบกตอรรถมนต์อ่อนไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น (Ying Wolf and Wang, 2013; ขวัญสุตา บุญเทศและคณะ, 2554) ส่วนด้านครอบครัว พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความคับข้องใจและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ได้ (Ying Wolf and Wang, 2013; เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ, 2558) ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (เอมิกา กลยนิ และเพ็ญญา แดงต่อมยุทธ, 2558) สอดคล้องกับ Palmer et al. (2002) ที่พบว่าอาการทางลบเป็นตัวทำนายภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยในสังคม และด้านสังคม พบว่าความพร่องทางด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม และความบกพร่องจากอาการทางจิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเองส่งผลให้คนในชุมชนหลีกเลี่ยงพบปะพูดคุยกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งจากสังคมซึ่งยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการเข้าสังคมและมีสัมพันธภาพในสังคมยิ่งลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; Chia et al., 2010) สอดคล้องกับ Perlick et al. (2008) และ Mohamed et al. (2008) พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความพร่องทางด้านการรู้คิดที่แสดงออกมาในกระแสคำพูดหรือความคิดในการพูด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและคนในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ที่พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของการขยายของสมองส่วน Ventricles (Walker et al., 1996) หรือความผิดปกติทางโครงสร้างสมองในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ รวมถึงการมี cerebral blood flow ลดลงใน Frontal lobe เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) นอกจากนี้ยังเกิดจากความเสื่อมสภาพของเซลล์ในระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง จนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ (Bunney, 1999) 2) ปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วย

เรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถที่จะมีสุขภาพอนามัยที่ดี การควบคุมหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของอาการทางลบ (Baker, 1989) การมีความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมบางอย่างที่ยังคงหลงเหลือจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; Chia et al., 2010) ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ปฏิเสธความเจ็บป่วย (Sadock and Sadock, 2002) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดการประเมินความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการอาการทางจิตของตนเอง รวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆ ในการดำรงชีวิต หรือขาดการรับรู้ความสามารถในตนเองที่จะควบคุมอาการทางจิตได้ (Kurtz et al., 2013) นอกจากนี้การรู้คิดที่ผิดปกติ เช่น มีทัศนคติที่บกพร่อง มีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จต่ำและมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ (Rector et al., 2005) การขาดความคาดหวังต่อสถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง ขาดการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1986) ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยทำนาย ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เช่น การขาดความกระตือรือร้น มีสีหน้าเฉยเมย ไม่เข้าสังคม และพบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท (Rector, Beck & Stolar, 2005; Avery et al., 2009; Cassar et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการช่วยลดอาการทางลบได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bellack, 1984; Rector, Beck & Stolar, 2005; Hill & Startup, 2013; Cassar et al., 2013) ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะทำให้มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะกระทำในสิ่งนั้นได้ และจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่จะกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ (Bandura, 1997) เนื่องจากอาการทางลบ มาจากการขาดความมั่นใจและมีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จต่ำ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าและมีสมรรถนะในตนเองลดลง (Melli et al., 2000; Rector, Beck & Stolar, 2005) ทำให้ขาดสิ่งกระตุ้นซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ (Deci & Ryan, 1991) หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้น มีการตัดสินใจในการจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Ray, 2005) ส่งผลให้อาการทางลบลดลง (Rector, Beck & Stolar, 2005; Kurtz et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, 2557) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (ศิรินันท์ ลีทองคำ, 2559) จากการศึกษาดังกล่าวเป็นการจัดกระทำในด้านการดูแลตนเอง การให้ความรู้และการเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยมีความสามารถใน

การดูแลตนเอง รวมทั้งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย แต่ การที่จะลดอาการทางลบได้ ควรมีการช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองสามารถจัดการอาการเหล่านั้นได้ ด้วยตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมในการจัดการกับอาการ ซึ่ง ส่งผลให้อาการทางลบลดลงและสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึง สนใจนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การกระตุ้นทาง อารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ความสามารถในตัวผู้ป่วยเองและเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจในการจัดการกับอาการทางลบ ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมในการจัดการอาการและเกิดความคาดหวังในความสำเร็จที่ตนเองได้ ตั้งเป้าหมายไว้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการอาการทางลบได้อย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการจัดการกับอาการมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการ จัดการกับอาการ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่จะพบว่ามีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ (Pan et al., 2011; Schlosser et al., 2015) ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและการแสดงออกของ พฤติกรรมที่เหมาะสม การควบคุมและการดูแลตนเองลดลง ขาดทักษะในการจัดการในชีวิตประจำวัน (Moller and Morphy, 2001; Bentall et al., 2010) เนื่องจากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ขาดความ เชื่อมั่นในตนเอง (Melli et al., 2000) มีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จต่ำและมีความเชื่อ

ด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ขาดการประเมินความสามารถตนเอง จึงทำให้ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมในการจัดการอาการได้ (Rector, Beck & Stolar, 2005; Kurtz et al., 2013)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด สมรรถนะแห่งตนเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการรับรู้กับการกระทำพฤติกรรม โดยมีปัจจัยที่จะช่วยให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ มี 4 ปัจจัย คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จะมีผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ หากตนเองมีความพยายาม 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) การทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จจากประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้กระทำ 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การพูดเกลี้ยกล่อมจะช่วยให้คุณมีกำลังใจ เชื่อมมั่นในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ความสำเร็จจะมีความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์แม้ว่าพฤติกรรมนั้นจะทำหาย (Sehwarzer and Jerusalem, 1995) หากเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์จะส่งผลให้เกิดความคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรม (วัฒนาภรณ์ พิบูลย์ อาลักษณ์, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยกระตุ้นให้เกิดประสบการณ์ทางบวกส่งผลให้มีการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้และทำให้อาการทางลบลดลง (Cassar et al., 2013) นอกจากนี้การใช้ตัวแบบที่มีความสำเร็จในการจัดการอาการจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตั้งใจสังเกตวิธีการ จดจำเป็นสัญลักษณ์และนำมาใช้ในการปฏิบัติ เนื่องจากรู้สึกว่าคุณสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติเช่นนั้นได้ (Bandura, 1997) เช่น การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านวีดิทัศน์ประกอบเสียงและคำบรรยายที่เป็นสถานการณ์ชีวิตจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเปลี่ยนแบบว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้เช่นกัน (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; Shon KH. and Park SS., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bellack (1984) ที่ใช้ผู้บำบัดเป็นตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยจิตเภทสังเกตพฤติกรรมร่วมกับการให้การบ้านเพื่อฝึกการปฏิบัติจากประสบการณ์จริง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและมีอาการทางลบลดลง อีกทั้งการกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูงเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล (Bandura, 1997) กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่นเกิดความรู้สึกทางบวก มีการประเมินความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก

เกี่ยวกับโรคจิตเภทและมีความพร้อมในการร่วมมือในการรักษา (สุภาวดี บุญชู, 2551) เช่นเดียวกับการส่งเสริมปัจจัยการเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูง การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการทบทวนตนเองในการใช้ยาและมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้น เกิดจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการอาการตนเองได้ (Erin, 2016) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-Efficacy) จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการอาการของตนเองได้ มีการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมในการจัดการอาการโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มองสิ่งที่เป็นปัญหา คือ อาการทางลบ เป็นสิ่งที่ท้าทายและตนเองสามารถควบคุมได้ (Ray, 2005; Bandura, 1986; Bandura, 1997) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการอาการ จะมีการประเมินค่าจากพฤติกรรมจัดการอาการตนเอง หากพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์จะเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการอาการเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการอาการตนเองอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997; katakura, 2013) ส่งผลให้อาการทางลบลดลง (Bellack, 1984; Kurtz et al., 2013; Cassar et al., 2013) ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที และกิจกรรมที่ 2-4 ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 กรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย แนะนำตนเองให้เกิดความไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย เปิดกลุ่มด้วยการสนทนาเรื่องทั่วไป มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม ลดความวิตกกังวล เครียด หรือสภาวะที่ร่างกายเกิดการตื่นตัว มีความพร้อมการเรียนรู้ และให้ผู้ป่วยในกลุ่มแนะนำตนเอง ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีในการเข้ากลุ่มและส่งเสริมความสนใจในการริเริ่มที่จะแสดงความคิดเห็นและปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความสนใจ แยกตัวจากสังคมและมีความสนใจที่จะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง (Kay, Fiszbein & Opler, 1987) ซึ่งจะช่วยลดอาการทางลบและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองดีขึ้นจากการกระตุ้นอารมณ์ทางด้านบวก (Bandura, 1997)

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท วางเป้าหมายในการเข้ากลุ่ม ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการอาการตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของโรคจิตเภทกับผู้ป่วยในกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงลำพัง จะเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะร่วมจัดการกับอาการทางลบที่ตนเป็นอยู่ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้จ่าย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเนื่องจากมีความรู้เรื่องโรคและแนวทางการจัดการอาการทางลบตนเอง (Chan, 2009) อีกทั้งช่วยให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองว่าตนเองสามารถจัดการอาการได้ ทำให้อาการทางลบลดลงได้ (Hyera Yoo, 2001; Hill & Startup, 2013)

กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว เห็นความสำคัญการป้องกันอาการทางลบมากขึ้น (Mintz et al., 2003) เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดการรับรู้ในความเจ็บป่วย (Sadock and Sadock, 2000) ทำให้ขาดการประเมินความสามารถที่จะจัดการอาการตนเอง (Kurtz et al., 2013) ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจ (Kurtz et al., 2013) ที่จะจัดการอาการด้วยตนเองและมีความสัมพันธ์ต่ออาการทางลบ (Mintz et al., 2003; Montemagni et al., 2014)

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์อาการทางลบของโรคจิตเภทและสามารถจัดการอาการตนเองได้ โดยไม่กลับมาป่วยซ้ำอีกภายในระยะเวลา 2 ปี สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมในสังคมได้ และจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยมาตรวจตรงตามแพทย์นัด มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่งและการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สามารถติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีการพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาในชีวิต มาเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผ่านตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Bandura, 1997) โดยมีเนื้อหาในการสัมภาษณ์ คือ ทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบตนเอง และพฤติกรรมที่ตัวแบบปฏิบัติ คือ การลงมือปฏิบัติตามแผนการ มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีการติดต่อสื่อสารเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการใช้ยารักษาทางจิตที่ถูกต้อง เป็นต้น และให้ผู้ป่วยในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์ในการจัดการอาการทางลบของตัวแบบเพิ่มเติม เพื่อให้เกิด

การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้เช่นเดียวกับตัวแบบทำ แล้วนำไปจัดการอาการส่งผลให้อาการทางลบลดลง (Bellack, 1984) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความมั่นใจในการจัดการหรือการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ที่จะกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ (Melli et al., 2000; Kurtz et al., 2013) และร่วมอภิปรายสรุปลักษณะของตัวแบบที่ได้จากการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเองจากกิจกรรมที่ 2 และฝึกปฏิบัติโดยมีใบงานยกสถานการณ์จำลองเพื่อฝึกวิเคราะห์อาการทางลบและพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการทางลบ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมของตนเองที่ได้กระทำแล้วเกิดความสำเร็จในการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งการได้ลงมือฝึกการจัดการอาการด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากประสบการณ์ตรง (Bandura, 1997) เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังที่จะจัดการอาการทางลบได้มากขึ้น และเกิดความคาดหวังในการแสดงพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบต่อไปเพื่อบรรลุเป้าหมายให้สำเร็จ (Bandura, 1997) โดยมอบหมายการบ้านเพิ่มเติมในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่บ้าน โดยใช้ประสบการณ์การจัดการอาการทางลบที่ตนเองได้ทดลองทำในกลุ่ม (Bellack, 1984; Cassar et al., 2013)

ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้ โดยผู้ป่วยในกลุ่มร่วมกันประเมินผลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการนำวิธีการจัดการไปใช้กับอาการทางลบของตนเอง โดยนำใบการบ้านที่ผู้ป่วยได้ฝึกการจัดการอาการทางลบมาร่วมแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์จัดการที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ร่วมกัน แนะนำวิธีและเป็นแนวทางการจัดการอาการทางลบที่หลากหลายนำไปปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งสามารถช่วยให้นำไปจัดการอาการทางลบได้ดีขึ้น ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ กระตุ้นกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการชักจูงพูดเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะกระทำการจัดการอาการทางลบให้ประสบความสำเร็จได้ (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997; Avery et al., 2009) มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น กล่าวแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่สามารถจัดการกับอาการจากผลลัพธ์ที่ได้ (Hyera Yoo, 2011) ซึ่งผู้ป่วยจะเห็นผลที่เกิดขึ้นชัดเจนและจากการที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997; Morimoto et al., 2012) โดยไม่ย่อท้อในการจัดการอาการทางลบของตนเอง (Grant & Beck, 2009) และชักชวนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อไป

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F 20 (F 20.0–F 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ซึ่งมารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้

โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

ตัวแปรตาม คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการที่สูญเสียการทำหน้าที่จากภาวะปกติ มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะมีการแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ขาดความสนใจรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น มีอาการแยกตัวจากสังคมและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดแรงผลักดันภายในทำให้มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม มีกระแสดำพูดช้าลงกว่าปกติทำให้การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และมีความคิดที่ขาดความสั่นไหวแสดงออกมาโดยมีการคิดซ้ำๆ หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด สามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางลบ (PANSS-T) ตามแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ปรับปรุงโดย หงส์ บันเทิงสุข (2545)

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัย จัดกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการทางลบ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที และกิจกรรมที่ 2-4 ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 กรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการผ่อนคลายทางด้านร่างกายและจิตใจ และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท วางเป้าหมายของกลุ่มเพื่อทราบวัตถุประสงค์ ในการเข้ากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาของโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการอาการตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและ อาการทางลบ ทราบทักษะสำคัญในการจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะ การตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเอง ในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ จัดการอาการ

กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของ ปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว เห็นความสำคัญการป้องกันอาการทางลบมาก ขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง การให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การจัดการอาการด้วยตนเอง โดยผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในการ จัดการอาการทางลบ เช่น ไม่กลับมาป่วยซ้ำภายใน 2 ปี สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ มาเล่า ประสบการณ์การจัดการกับอาการทางลบตนเอง และให้ผู้ป่วยในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์การ จัดการอาการทางลบของตัวแบบเพิ่มเติม แล้วเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการอาการ ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้เช่นเดียวกับตัวแบบทำ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในการจัดการอาการของ ตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจากใบงานที่ยกสถานการณ์จำลองรวมทั้งให้การบ้านเพื่อฝึกการจัดการอาการตนเองที่บ้าน โดยบันทึกกระบวนการทางลบด้วยตนเอง บันทึกวิธีการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง พฤติกรรมตนเองที่เกิดขึ้นในการจัดการ ประเมินตนเองและผลที่ได้รับ การที่ผู้ป่วยได้ลงมือฝึกจัดการอาการด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากประสบการณ์โดยตรง

ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้ การให้ผู้ป่วยประเมินผลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการนำการจัดการอาการไปใช้กับอาการทางลบของตนเอง โดยนำการบ้านที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้ฝึกการจัดการอาการมาแลกเปลี่ยนกัน กล่าวชมเชยให้กำลังใจ และแนะนำให้ผู้ป่วยนำแนวทางการจัดการอาการที่ได้ นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้มีวิธีการจัดการอาการทางลบได้ดีขึ้น กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการจัดการอาการ และชักชวนให้นำไปปฏิบัติต่อไป

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามระบบจำแนกโรคของ ICD 10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มีอาการความผิดปกติของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม โดยมีระยะอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ประกอบด้วย การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การนัดหมาย และการมาก่อนนัดเมื่ออาการทางจิตกำเริบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถจัดการอาการด้วยตนเอง โดยส่งเสริมสมรรถนะในตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการทางลบ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความมั่นใจและศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัยโรค
- 1.3 สาเหตุ
- 1.4 อาการ
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 การรักษา
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของอาการทางลบ
- 2.2 ปัญหาอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.6 การประเมินอาการทางลบ
- 2.7 บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางลบ

3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 3.1 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.2 ผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง
- 3.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2544) ความหมายว่า โรคที่มีความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด และจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยช่วงอาการกำเริบจะเป็นอาการทางด้านบวกโดยมีอาการหลงเหลือบ้างระหว่างนั้น

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) ความหมายว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ทางความคิด เป็นอาการเด่นโดยส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเนื่องจากมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ความหมายว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีระยะความเจ็บป่วยนาน อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่มักจะมีสติสัมปชัญญะและเขารู้ปัญหาที่อยู่

พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์ (2552) ความหมายว่า โรคที่มีความผิดปกติของอาการหลายด้าน คือ ความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือน และไม่มีอาการด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2554) หมายความว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ไม่มีอาการทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ (2557) หมายความว่า โรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ที่ทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม รวมทั้งการรับรู้ที่ผิดแปลกไปจากความจริง

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยไม่มีความผิดปกติของอาการทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยา ที่ทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าว โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) ซึ่งมีการปรับปรุงเนื้อหา (4th ed Text revision) (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) และระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) โดยในประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ แต่ในทางสุขภาพจิตมักใช้ ICD 10 ซึ่งทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกันในการวินิจฉัยโรคจิตเภท

(สุภาวดี บุญชู, 2551) ซึ่งเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จะเน้นที่ความรับผิดชอบ ในหน้าที่การงาน ด้านสังคมและระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ ดังนี้ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1. โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือน ก็ได้ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) มีความผิดปกติของคำพูด 4) มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน 5) มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ : อาการข้อ 1 หรือ 2 มีอาการเพียงอย่างเดียวถือว่าครบตามเกณฑ์

2. มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ
3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้างต้น นานต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือน

4. ต้องไม่ใช่โรคจิตชนิดอื่น คือ Schizoaffective disorder

5. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

6. ถ้าเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อน จะวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างน้อย 1 เดือน

ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ได้จำแนกโรคจิตเภท ออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่พบ บ่อยที่สุดโดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยประเภทนี้การ ดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคมักจะดีกว่าผู้ป่วย จิตเภทชนิดอื่นๆ

2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาว อายุ ระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิดและคำพูดที่ไม่ สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยจะม ีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักจะเรื้อรังไม่ค่อยหาย

3. โรคจิตเภทคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบเฉย ทื่อ ปฏิเสธต่อต้าน

4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดนี้ จะต้องเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ยังคงมีอาการบางอย่าง

คงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

5. โรควิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

6. โรควิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post-schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากการป่วยด้วยโรควิตเภท มีอาการซึมเศร้าแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

7. โรควิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8. โรควิตเภทชนิดอื่นๆ (other schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆที่กล่าวมาข้างต้น

9. โรควิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Diseases : ICD 10) (WHO, 2006) ที่จำแนกผู้ป่วยจิตเภท เป็นชนิดหวาดระแวง มีความผิดปกติทางความคิด คำพูด และบุคลิกภาพ อารมณ์เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงเหลือ เช่น คิดช้า แยกตัว และที่มีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

1.3 สาเหตุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดโรควิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด พบว่าการเจ็บป่วยมีปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดโรค ซึ่งแต่ละคนจะมีปัจจัยทำให้เกิดโรคแตกต่างกัน ซึ่งจะมีปัจจัยบางอย่างเป็นตัวโน้มนำ (Predisposing) และมีปัจจัยบางอย่างเป็นตัวกระตุ้น (Precipitating) ซึ่งสรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดโรควิตเภท ได้ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003)

1.3.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

1.3.1.1 ด้านกรรมพันธุ์ พบว่าญาติของผู้ที่ป่วยเป็นโรควิตเภท จะมีความเสี่ยงเป็นโรคได้มากกว่าบุคคลทั่วไป และจากการศึกษาพบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน หากคนหนึ่งป่วยโรควิตเภท อีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงถึงร้อยละ 50 บุคคลในครอบครัวความใกล้ชิดทางสายโลหิตจะมีโอกาสเป็นสูงเป็น 10 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3.1.2 ด้านชีวเคมีในสมอง เชื่อว่าเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล เช่น สมมุติฐานโดปามีนที่เชื่อว่า สารสื่อประสาทที่ชื่อโดปามีนมีมากเกินไป นอกจากนี้ยังมีสมมุติฐาน ซีโร

โตนินและโดปามีนที่มีความผิดปกติ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาท ซึ่งพบว่าช่องสมองด้านข้าง (Lateral ventricles) และพบว่าเนื้อสมองโดยเฉพาะส่วน Cortical gray matter และ Hippocampus ในระบบ Limbic มีขนาดเล็กลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

1.3.2 ปัจจัยทางจิต (Psychological factors)

นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่า เกิดจากความผิดปกติของบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะขบปีแรก ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติในการปรับตัว ควบคุมพฤติกรรม มีพัฒนาการด้านภาษา ความคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ ซึ่งจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดไวกว่าปกติ และตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า การรู้คิดที่ผิดปกติ จะเป็นตัวยึดให้อยู่ในวงจรความล้มเหลว จึงขาดความสามารถในการคิดวางแผนเป้าหมายแก่ตนเอง (Perivoliotis & Cather, 2009) ขาดความสามารถที่จะเรียนรู้และเผชิญปัญหาจากความล้มเหลวที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดเรื่องขาดความสนใจ ขาดการริเริ่มในการดำเนินการตามแผนและไม่สามารถวางแผนการเผชิญกับปัญหาได้ (Shepaed, Holcomb & Gold, 2006)

1.3.3 ปัจจัยทางสังคม (Social Factors)

พบว่าครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion) เช่น มีท่าทีไม่เป็นมิตร ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ จะทำให้เกิดอาการความเครียด หรือครอบครัวที่เลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไปส่งผลให้เกิดการพัฒนาบุคลิกภาพไม่เหมาะสม และผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีฐานะต่ำจะต้องเผชิญปัญหาและมีภาวะเครียด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

สรุปได้ว่าสาเหตุของโรคจิตเภทเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ (Sadock and Sadock, 2003) ไม่ว่าจะเป็นจากปัจจัยทางชีวภาพ ทางจิต ทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนสาเหตุทางด้านจิตสังคมแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุจากความผิดปกติ การตัดสินใจที่ผิดปกติ จึงขาดความสามารถในการคิดวางแผนเป้าหมายแก่ตนเอง (Perivoliotis & Cather, 2009) ขาดความสามารถที่จะเรียนรู้และเผชิญปัญหาจากความล้มเหลวที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดเรื่องขาดความสนใจ ขาดการริเริ่มในการดำเนินการตามแผนได้

1.4 อาการ

อาการของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ซึ่งในช่วงอาการกำเริบจะมีอาการทางด้านบวก และในระยะหลังจะมี

อาการทางด้านลบ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) อาการสำคัญของโรคจิตเภท แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1.4.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน และเกิดขึ้นในช่วงใดก็ได้ และกลุ่มอาการด้านบวกจะเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยาโรคจิต (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1.4.1.1 อาการหลงผิด คือ ผู้ป่วยจะมีอาการความผิดปกติของความคิดด้านเนื้อหา และขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอน มีความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่แสดงเด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (delusions) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) ชนิดที่พบได้บ่อย คือ หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) และคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อย คือ หูแว่ว เสียงแว่ว อาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางครั้งอาจเป็นเสียงคนคนเดียวหรือหลายๆ คน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วยก็ได้

1.4.1.3 ความผิดปกติของคำพูด ซึ่งผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดความเชื่อมโยงของคำพูด ไม่สามารถลำดับความคิดเป็นขั้นตอนได้ บางครั้งพูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่อง หรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)

1.4.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม มีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดแปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) ซึ่งมักจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ส่งเสียงร้องตะโกน ด่าหยาบคาย

1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) โดยมีอาการดังนี้

1.4.2.1 อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่สบตา

1.4.2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจตอบคำถาม

1.4.2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยจะไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจเข้าร่วมงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

สรุปได้ว่า อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก และอาการด้านลบ ที่พบว่าจะเกิดขึ้นในระยะหลัง หรือในระยะที่อาการด้านบวกสงบ

1.5 การดำเนินโรค

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1.5.1 ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน (Herz et al., 1989) มักมีอาการด้านลบ เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานเริ่มแย่งลง เก็บตัวในห้องคนเดียว ไม่สนใจตนเอง บางครั้งมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม ซึ่งมีอาการส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก (APA, 1994) และอาการที่พบบ่อยมีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.5.2.1 ด้านพฤติกรรม ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ผสมสปรกรูปร่าง กลางคืนไม่นอนเดินไปมา ทำท่าแปลกๆ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ตะโกนโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.5.2.2 ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ หมกมุ่นแต่ความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปทางเดียวกัน

1.5.2.3 ด้านอารมณ์ ลักษณะอารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น

1.5.2.4 ด้านการรับรู้ จะมีอาการประสาทหลอน ความสนใจในกิจกรรมและทักษะทางสังคมเสื่อมลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล และเรื่องการเงิน (Moller & Murphy, 2001)

1.5.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หลังจากที่มีอาการกำเริบนาน 6 เดือน บางรายอาจมีอาการนานกว่านี้ หรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด หลงผิด ระยะนี้มักพบว่ามีลักษณะอาการทางลบ ซึ่งมีพฤติกรรมและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สามารถรักษาทักษะทางสังคม ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่ยอมอาบน้ำ ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (รัชนิ อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2556) และพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการกำเริบจนต้องกลับไปรักษาซ้ำ (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

สรุปอาการและระยะของโรคจิตเภท ได้ว่า ระยะเริ่มมีอาการจะมีอาการทางจิตไม่ชัดเจน ระยะอาการกำเริบ จะมีอาการด้านบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และอาการหลงเหลือส่วนใหญ่จะเป็นอาการด้านลบ เช่น ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัว ไม่สนใจทำกิจกรรม เป็นต้น

1.6 การรักษา

โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดจึงต้องใช้หลายวิธีผสมผสานกัน

1.6.1 การรักษาด้วยยา ซึ่งยาเป็นการรักษาหลักในโรคจิตเวช ยารักษาโรคจิตจะยับยั้งตัวจับโดปามีนทำให้อาการแสดงของอาการทางจิตลดลงโดยเฉพาะอาการทางบวก อาจมีอาการข้างเคียงคือ น้ำลายไหล กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิด ซึ่งอาการเหล่านี้ จะมียาต้านโรคพาร์กินสันช่วยบรรเทาอาการข้างเคียงดังกล่าวได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการเคลื่อนไหวแบบ Catatonia และผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารและน้ำ รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการใช้ยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความพร่องทางด้านสังคม และความสนใจตนเองลดลง ที่มาจากความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง และพบว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะช่วยให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554)

1.6.3.1 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วย โดยใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคมและอารมณ์ มุ่งเน้นการลดความกดดันให้ผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ส่งเสริมให้ทำกิจกรรม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพื่อคงสภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการผูกมัด จำกัดบริเวณในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.6.3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychosocial rehabilitation) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างปกติ สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยใช้ศักยภาพตนเองที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ โดยครอบคลุมทั้งด้าน สังคม การเรียนรู้ พฤติกรรม ความคิด และอาชีพ เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case management) เป็นต้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554)

สรุปการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จะต้องมีการรักษาด้วยยาทางจิตเวชเพื่อปรับสารสื่อประสาทในสมอง และการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันเพื่อประสิทธิผลในการรักษา ซึ่งจะเป็นตัวช่วยพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียนรู้ พฤติกรรม ความคิด

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีสิ่งสำคัญของเนื้อหาที่อยู่ในความเป็นจริง ตรงไปตรงมา และการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมและสาเหตุพฤติกรรม โดยต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.1 การประเมินสภาพปัญหา

1.7.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองเนื่องจากผู้ป่วยจะพรัองในการดูแลตนเอง เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ ได้รับการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด พยาบาลจะต้องค้นหาความคิดของผู้ป่วยโดยการค้นหาความคิดของผู้ป่วยโดยการสนทนา และการหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจช่วยให้พยาบาลทราบความคิดของผู้ป่วยที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม หรือมีความคิดที่มีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกความเป็นจริง (reinforcing reality)

1.7.1.3 การพยาบาลด้านการรับรู้ ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ เกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.7.1.4 การพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วย รวมทั้งเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.7.1.5 การพยาบาลด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน การหลบซ่อนตัว พฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งอัตโนมัติ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1.7.1.6 การพยาบาลด้านสังคม ผู้ป่วยมักแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจก่อน และพยาบาลควรมีการ

ประเมินความสามารถทางด้าน สังคมของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ และส่งเสริมทักษะที่เหลืออยู่ ส่งเสริมด้านการดูแลสุขอนามัยตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่เหมาะสมโดยใช้หลักการเรียนรู้

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

เป็นการวางแผนทางการวางแผนทางการพยาบาล โดยการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะต้องมีความสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว มีการกำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ในการดูแล

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.7.3.1 การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น คือ

1) การดูแลความปลอดภัย การระวังอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยกลัวแล้วเกิดพฤติกรรมรุนแรง

2) การดูแลสภาพร่างกายให้ได้รับสารอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกหมุ่นเรื่องของตนเอง

3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย และระมัดระวังอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) การดูแลการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) เน้นดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงฟื้นฟูสภาพ ป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

5) การพัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม สร้างสัมพันธ์ภาพด้วยความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

6) พัฒนาการปรับตัว การมองตนเอง และมองโลกในแง่ดี

1.7.3.2 การวางแผนการพยาบาลระยะยาว คือ

1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาและการรับประทานยาอย่างถูกต้อง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัว สังคมอย่างเหมาะสม

3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต จิตเวชชุมชนและหน่วยงานใกล้บ้าน

1.7.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม โดยใช้เทคนิคการพยาบาล ดังนี้ เสริมสร้างสัมพันธภาพ รักษาสมดุลด้านชีวภาพ ใช้ความคงเส้นคงวา ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง ระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น

1.7.5 การประเมินผล

เพื่อประเมินว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้ว แล้วปัญหาใดที่ยังคงอยู่ และนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ต้นจนหลังสิ้นสุดการพยาบาลเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมิน

สรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมนั้น พยาบาลจิตเวชจะต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ คือ ด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิดและสังคม เพื่อนำมาใช้ประเมินและดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมโดยเน้นในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้

2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางลบ

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบว่า เป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงออกจากผลของอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ความคิดและการพูดช้าลงหรือไม่พูดเลย (alogia) และมีลักษณะทางพฤติกรรมที่ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบว่าเป็นอาการที่มักพบหลังจากผู้ป่วยจิตเภทป่วยมานานเป็นปีหลังจากที่ระยะโรคทุเลาลงแล้ว โดยอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition) โดยผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งกับใคร เก็บตัวอยู่เฉยๆ แยกตัวเอง ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่ทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) ให้ความหมายว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ลดลงหรือการสูญเสียการทำหน้าที่จากภาวะปกติและมีลักษณะอาการ ดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

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

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) คือการมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

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

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นจากภายใน การระมัดระวังตนหรือบกพร่องของการรับรู้

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดที่ขาดความยืดหยุ่นความเป็นอิสระ ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำๆ หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

สรุป ความหมายของอาการทางลบ โดยผู้วิจัยใช้ความหมายอาการด้านลบในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาการแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย อาการแยกตัวจากสังคม มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)

2.2 ปัญหาอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัญหาของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

2.2.1 จากการศึกษาของ Bobes et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 60 ซึ่งอาการทางลบจะมีอาการหลงเหลืออยู่หลังจากได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน (Kay et al., 1987; Taylor, 1994) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือและมีอาการเด่น คือ อาการทางลบ (Schlosser et al., 2015) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Moller and Morphy, 2001)

2.2.2 จากการศึกษาของ Chia et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 80 มีอาการทางลบหลังจากที่อาการทางจิตสงบลงแล้ว และพบผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาทางคลินิกในระดับคงที่แล้วจะมีอาการทางลบ ประมาณ 15-20 % (Buchanan, 2007)

2.2.3 จากการศึกษาของ Patel et al. (2014) ซึ่งศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 1,452 ราย พบอุบัติการณ์การของการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทสูง ซึ่งพบว่ามีอาการแยกตัวทางสังคม ร้อยละ 45.8 ไม่แสดงอาการทางอารมณ์ ร้อยละ 39.1 มีสีหน้าเฉยเมย ร้อยละ 33.1 และขาดความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 35.8 ซึ่งอาการทางด้านลบที่พบในผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น (Kay et al., 1987; Pan et al., 2011) จะมีลักษณะประสพการณ์ทางลบ ซึ่งทำให้ขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อยลง เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และมีการแสดงอาการทางอารมณ์ คำพูดลดน้อยลง (Taylor, 1994; Schlosser et al., 2015) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว การปรับตัว และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจ และรู้สึกมีปมด้อย (Ying Wolf and Wang, 2013; Deserno et al., 2016)

2.2.4 จากรายงาน กรมสุขภาพจิต (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย ร้อยละ 30 มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าเฉยเมย พร่องการเข้าสังคม ขาดความสามารถในการสื่อสาร ขาดทักษะการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 80 ที่มีอาการทางจิตสงบลงแล้วจะยังมีอาการหลงเหลือบางอย่าง ซึ่งมีความพร่องของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ การทำงาน และสัมพันธ์ทางสังคม ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; Chia et al., 2010) โดยเฉพาะมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 40.42 (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

2.2.5 จากการศึกษาของ เวนิส บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 31.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตสิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิตและไม่สามารถสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันอาการทางจิตได้ (กชพร รัตนสมพร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก พบว่ามีอาการทางลบเป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการมีสัมพันธ์ทางสังคม

2.3 ผลกระทบของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ดังนี้

2.3.1 ด้านผู้ป่วย พบว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ที่เกิดจากความบกพร่องทางร่างกาย เช่น ไม่นุ่งผ้า ไม่อาบน้ำ ไม่ทำงาน เป็นต้น (สเปญ อุนองค์, 2551) ซึ่งพบว่าอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง (Lysaker and Davis, 2004) และอาการทางลบเป็นตัวทำนายสำคัญของการพยากรณ์โรคที่แย่งและคุณภาพชีวิตที่แย่ง (poorer quality of life) (Kirkpatrick et al., 2006; มาโนชย์ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) นอกจากนี้ปัญหาความบกพร่องทางด้านความคิด ความเป็ยเบนของพฤติกรรม หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ ไม่สามารถเผชิญปัญหา ต้องประสบกับการแก้ปัญหาของตนเองที่ยาวนาน ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อถอย ขาดความมั่นใจ คิดตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่สนใจการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งหากบุคคลในสังคมไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำประโยชน์ได้หรือมีท่าทีรังเกียจผู้ป่วย ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะเทือนใจเกือบตลอดเวลาต่อคำวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น (Ying Wolf and Wang, 2013; ขวัญสุตา บุญเทศและคณะ, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 40.42 (รัชณี อุทัยพันธ์และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2556) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำ (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

2.3.2 ด้านครอบครัว พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความคับข้องใจและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ได้ (Ying Wolf and Wang, 2013; เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ, 2558) ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (เอมิกา กลยณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2558) สอดคล้องกับ Palmer et al. (2002) ที่พบว่าอาการทางลบ เป็นตัวทำนายภาระพึงพิงของผู้ป่วยในสังคม

2.3.3 ด้านสังคม พบว่าความพร่องทางด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม และความบกพร่องจากอาการทางจิตและสุขวิทยาของผู้ป่วยเอง ส่งผลให้คนในชุมชนหลีกเลี่ยงพบปะพูดคุยกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งจากสังคม ซึ่งยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการเข้าสังคมและมีสัมพันธ์ภาพในสังคมยิ่งลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; Chia et al., 2010) สอดคล้องกับ Perlick et al. (2008) และ Mohamed et al. (2008) พบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับความพร่องทางด้านการรู้คิด ที่แสดงออกมาในกระแสดำพูด ความคิดในการพูด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและ

คนในสังคม จากที่พบว่าอาการทางลบทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำ (Hughes et al., 2013; Strassnig et al., 2015) ส่งผลกระทบต่อประเทศที่จะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2552)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการของโรคเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่มีอาการทางลบ มีระดับความเจ็บป่วยในระยะคงที่และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่เพียงส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย แต่ยังเป็นปัญหาต่อครอบครัวบุคคลรอบข้าง สังคม ประเทศชาติ ดังนั้นการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในทางด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน พัฒนาทักษะในด้านต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และลดการสูญเสียงบประมาณของประเทศ

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวคิดที่อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 ทฤษฎีชีวภาพ (Biological factors)

2.4.1.1 ความผิดปกติของสมอง อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของการขยายของสมองส่วน Ventricles ซึ่งเป็นความต่อเนื่องของความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการตั้งแต่วัยเด็ก (Walker et al. 1996) เช่นเดียวกับ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า ความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะส่วนของ Cortical gray matter และมี Ventricle โตกว่าปกติ รวมถึงการมี Cerebral blood flow ลดลงในบริเวณ frontal lobe เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ

2.4.1.2 การเสื่อมสภาพของเซลล์ อาการทางลบเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ในระหว่างตั้งครรภ์ และการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติในช่วงวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดความพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง จนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่นำมาซึ่งการประมวลผลและการรู้คิดที่ผิดปกติ (Bunney, 1999)

2.4.1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การทำงานของระบบประสาทที่ผิดปกติ ซึ่งเกิดจากการทำงานในส่วน Reward system ในส่วน Ventral striatum ที่เกิดการขาดความยินดีและกระบวนการของระบบสมองส่วนได้รับรางวัล (reward processes) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ (Juckel et al., 2006)

2.4.2 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

2.4.2.1 การเผชิญความเครียด จากการศึกษาความสัมพันธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการ

หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ในลักษณะต่างๆ เช่น พุดน้อย การแสดงออกของอารมณ์ลดน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงมีแนวโน้มไม่ใช้วิธีการเผชิญความเครียด (พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554)

2.4.2.2 ความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น สูญเสียความมีสุขภาพอนามัยที่ดี สูญเสียการควบคุมหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวังได้ ทำให้ยิ่งเพิ่มความไม่ใส่ใจในการบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท (Baker, 1989)

2.4.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ Bellack (1984) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางลบ โดยการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากผู้บำบัด และมีการเสริมแรงทางบวก ร่วมกับการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการและพัฒนาในด้านการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ผลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและมีอาการทางลบลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทำให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับ Cassar et al. (2013) ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยศึกษาจากอดีตถึงปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีความบกพร่องในการตัดสินใจลดลง และเกิดประสบการณ์ทางด้านบวกจากการได้รับการฝึกที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เห็นว่าการได้รับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับอาการทางลบและมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางสังคม (Hill & Startup, 2013)

2.4.2.4 การรู้คิดที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหลุดพ้นจากความคิดที่วนเวียนกับความล้มเหลวในชีวิตที่ซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่ความเชื่อที่บิดเบือน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท (Perivoliotis & Cather, 2009)

2.4.2.5 การมีความคาดหวังต่ำ Rector, Beck & Stolar (2005) กล่าวว่า การมีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากผู้คน ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการเกิดอาการทางลบ

2.4.2.6 ขาดการกระตุ้นทางสังคมและการปรับตัว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้อาการทางลบเกิดขึ้น นอกจากนี้อาการทางลบยังมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ (Carpenter et al., 1973)

2.4.2.7 ขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม Tendon & Jibson (2004) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนทางด้านการตอบสนองทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ มีปัจจัยทางชีวภาพ คือ โครงสร้างสมอง การแบ่งเซลล์ของสมองที่มีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมองจนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ผิดปกติและปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งการเกิดอาการทางลบมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียในการควบคุมหน้าที่ บทบาทและควมมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และความรู้สึกที่ผิดปกติจะทำให้มีความคาดหวังและมีความเชื่อความสามารถในตนเองต่ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ (Rector, Beck & Stolar, 2005) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่ออาการทางลบและช่วยให้อาการทางลบลดลง (Hill & Startup, 2013; Cassar et al., 2013)

2.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันมีการบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปได้ดังนี้

2.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) ยาปัจจุบันที่นำมารักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น โคลซาพิน ริสเพอริโดน โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาททั้งโดปามีนและซีโรโทนิน ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีกลุ่มลักษณะอาการทางบวกหรืออาการทางลบหลงเหลืออยู่ หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตจากตัวอื่นๆ

2.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการช่วยฟื้นฟูด้านจิตใจและความพร้อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kern et al., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้เพื่อช่วยลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ ดังนี้

2.5.2.1 การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีปัญหาเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีสมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวสนับสนุน (Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving) เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ มีผลต่อการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ

ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อาการทางลบลดลง (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

2.5.2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรู้คิดที่มีการตีความผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ อาการทางจิตลดลง เพิ่มการรู้คิดและความเข้าใจในความเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมาน และพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการพัฒนาทางด้านความคิด เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถในสังคม หรือมีความคาดหวังต่ำ นอกจากนี้ยังมีความเครียดสูงและมีความสามารถในการปรับตัวลดลง ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่บิดเบือนจากความเป็นจริงจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบที่เพิ่มขึ้น (Beck & Rector, 2005)

2.5.2.3 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) เป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านทักษะระหว่างบุคคลและการมีสัมพันธภาพ การฝึกทักษะทางสังคมมาจากรูปแบบพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพในสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมในด้านการแสดงออก การรับรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะการดำรงชีวิต ทักษะการจัดการเรื่องยา (Bellack et al., 2004) ซึ่งการได้รับทักษะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตั้งใจ การฟัง การพูด และมีทักษะทางด้าน การรับรู้และอารมณ์ ที่จะช่วยในผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้และคงอยู่นานหลังจากได้รับการฝึกทักษะทางสังคมไปแล้ว 3-6 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ อีกทั้งยังพบว่า การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการในผู้ป่วยจะทำให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ การจัดการอาการ การจัดการเกี่ยวกับสารเสพติด การค้นหาการ การสนับสนุนการแก้ปัญหาระหว่างบุคคล แหล่งที่ช่วยสนับสนุน การกลับไปสู่ชุมชน (Lieberman, 1989)

2.5.2.4 กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family therapy) การใช้ครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการอาการทางลบ ดำเนินกิจกรรมในครอบครัวของผู้ป่วย กลุ่มละ 6-8 ครอบครัว โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางลบ ส่งเสริมทักษะในการจัดการอาการทางลบ ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง (Elis et al., 2013) อีกทั้งการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลให้สามารถนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจลดความขัดแย้งในครอบครัว (อติญา โพธิ์ศรี, 2551)

2.5.2.5 การรักษาแบบผสมผสาน (Combined treatment) เป็นการผสมผสานรูปแบบการให้ทางจิตสังคมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ตั้งแต่ 2 รูปแบบหรือมากกว่าเข้าไว้ด้วยกัน เช่น การใช้ครอบครัวบำบัดและการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวบำบัด ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ครอบครัวบำบัดร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

ซึ่งรูปแบบการรักษาแบบผสมผสานจะเป็นการประเมินความต้องการของครอบครัว ให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติ เช่น อาการของโรค ความสำคัญเรื่องการรับประทานยา การเผชิญปัญหาทักษะการแสดงออกของพฤติกรรม และทัศนคติ ร่วมทั้งการฝึกการสื่อสารระหว่างกัน ทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท (Magliano et al., 2006; Goldstein & Miklowitz, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดที่ช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากมีการรักษาด้วยยาจิตเวชแล้ว ยังมีการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้คำปรึกษา รูปแบบการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมหรือการรักษาแบบผสมผสาน เป็นต้น

2.6 การประเมินอาการทางลบ

การประเมินอาการทางลบ มีการพัฒนาเครื่องมือต่อๆ กันดังนี้

2.6.1 Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) พัฒนาโดย Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะคือ การแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

2.6.2 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) สร้างเครื่องมือโดย Kay, Fiszbein & Opler (1987) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภท ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการใช้ประเมิน Positive and Negative Symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆ อย่างละเอียดรอบคอบ ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงอีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ คือ

- 1) Positive Scale
- 2) Negative Scale
- 3) Composite Index (Positive และ Negative)
- 4) General Psychopathology Scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป)
- 5) Supplemental Aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง)

PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive และ Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นตอน PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกข้อคำถามที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

2.6.3 ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้แปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวีดิทัศน์ ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนนถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด inter rater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า 0.70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจการทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter-rater reliability ของผู้วิจัย 4 ราย (2 คู่) เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบว่าค่า correlation ของคะแนนผู้วิจัยให้เมื่อใช้ PANSS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 10 ราย และ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยหา criterion validity คือการเปรียบเทียบคุณสมบัติเชิงการวัดของ PANSS ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เมื่อใช้ในผู้ป่วยรายเดียวกันโดยผู้วิจัยคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่ามัชฌิมมาเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่ง PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย ประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ

การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)

การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)

มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)

การแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal)

มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking)

การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation)

การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

2.6.4 หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ดัดแปลงเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ

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

ประเมินโดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84 จะเห็นได้ว่าจากการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางลบ ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บันเทิงสุข (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางลบโครงสร้างเนื้อหา Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) สร้างมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยใช้การสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วย และมีความครอบคลุมในส่วนเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงการประเมินอาการทางลบ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้

2.7 บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางลบ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยอาการทางลบนั้นพบได้ทุกระยะของโรค แต่จะพบได้บ่อยในระยะหลังของโรคที่อาการทางจิตทุเลาลงแล้ว มักพบลักษณะอาการ เช่น สีหน้าเฉยเมย ไม่พูด ขาดความกระตือรือร้น การเข้าสังคมลดลงหรือมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ซึ่งมีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ดังนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.7.1 พยาบาลจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยมีลักษณะแสดงออกมาว่าแยกตัวไม่ติดต่อกับผู้อื่น แต่ความรู้สึกจริงแล้วผู้ป่วยมีความต้องการติดต่อกับผู้อื่นมากแต่ไม่สามารถมีทักษะขอความเป็นมิตรกับผู้อื่น พยาบาลควรเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและเป็นมิตร ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตลอด

2.7.2 ผู้ป่วยมักอยู่ในโลกของความเพ้อฝัน (fantasy world) จึงไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรให้การดูแลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

2.7.2.1 ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Physical illness) ผู้ป่วยไม่สนใจในความเจ็บป่วย

ทางร่างกายของตนเอง และไม่สามารถบอกถึงความเจ็บปวด เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องดูแลและให้ความสนใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางร่างกายของผู้ป่วยด้วย

2.7.2.2 สุขอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) ผู้ป่วยไม่สนใจเกี่ยวกับความสะอาดตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย และกระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจวัตรของตนเอง ตลอดจนดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วย

2.7.2.3 อาหาร (food) ผู้ป่วยไม่สนใจเรื่องอาหาร พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2.7.2.4 การออกกำลังกาย (exercise) เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม มักไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย อาจนั่งทำเฉยเป็นเวลานาน พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เข้ากลุ่มกายบริหาร เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดของหอผู้ป่วย

2.7.3 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย (regression) ควรป้องกันพฤติกรรมถดถอยของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่ในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.7.4 เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากโลกของความเป็นจริง และต้องการอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเอง พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วยให้ติดต่อกับโลกของความเป็นจริง โดยให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วย และพยาบาลเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเองน้อยลงและอยู่ในโลกความเป็นจริงมากขึ้น

2.7.5 ผู้ป่วยอาจมีความคิดหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเอง บางครั้งมีความงุนงง สับสน เพราะฉะนั้นพยาบาลควรให้ความจริง (presenting reality) กับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

2.7.6 ผู้ป่วยมีความงุนงงสับสน (confusion) สมาธิสั้น เพราะฉะนั้นในการสนทนากับผู้ป่วยควรใช้คำพูดประโยคสั้นๆ ให้ได้ใจความเพื่อผู้ป่วยจะได้มีความเข้าใจมากขึ้น

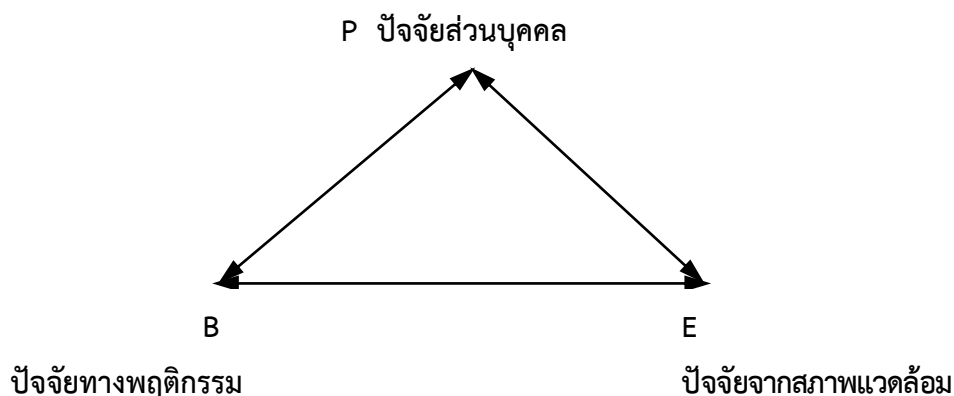
สรุป บทบาทพยาบาลที่ใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นการเน้นดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะแยกตัวทางสังคม โดยพยาบาลจะต้องดูแลเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอยู่คนเดียว ดูแลทั้งทางด้านร่างกายสุขอนามัยให้เหมาะสม และส่งเสริมดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในโลกของความเป็นจริง กระตุ้นความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่ในการทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ Bandura (1977) ได้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยมีข้อสมมุติฐานว่ากระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชักนำหรือถูกเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว มาจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการแสดงการกระทำ (Effective performance) ของบุคคล โดยให้ความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำได้สำเร็จ

Bandura (1986) ได้กล่าวว่า การรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อในสมรรถนะ (perceived self- efficacy or efficacy beliefs) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายของตนเอง

Bandura (1997) ได้ให้คำจำกัดความ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยภายในบุคคล (Internal personal factors) และปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior factors) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 เป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic system) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยจากสภาพแวดล้อม

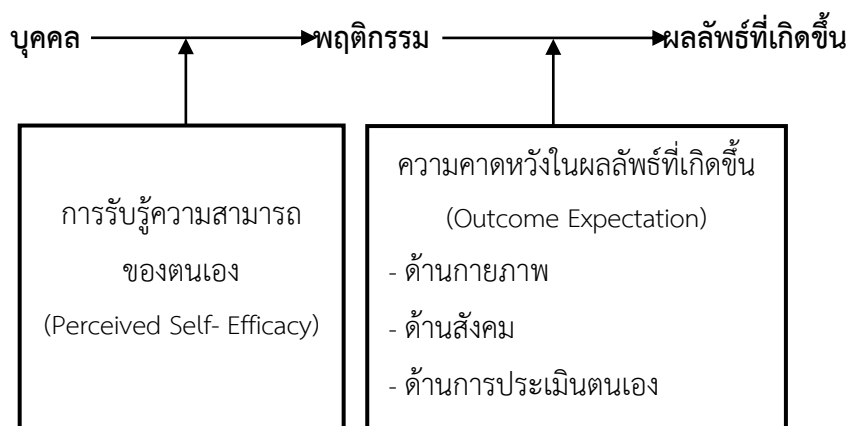
จากภาพ คือ ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัญหา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ และปัจจัยจากสภาพแวดล้อม ซึ่ง 3 ปัจจัยนี้ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งบางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย และการมีอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาที่ปัจจัยใดหนึ่งปัจจัยจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997)

Bandura (1997) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่อาจมีคุณภาพในการแสดงออกแตกต่างกัน หากบุคคล 2 คน นั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย แนวคิดที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Bandura, 1997)

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถตนเองว่าสามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง การตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เป็นความคาดหวังสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ซึ่งจะเขียนได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- ด้านกายภาพ (Physical effects) ภายหลังการปฏิบัติสิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกาย ซึ่งมีทั้งส่งผลต่อร่างกายทางบวก คือ ทำให้สุขสบายกาย และทางลบ คือ ไม่สุขสบายกาย
- ด้านสังคม (Social effects) เชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นส่งผลต่อสังคม ที่ส่งผลทางบวก เช่น ได้รับความสนใจจากสังคม และทางลบ เช่น ถูกสังคมต่อต้าน การถูกเพิกถอน
- ด้านการประเมินตนเอง (Self evaluation) ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเอง ทั้งทางบวก เช่น ความพึงพอใจตนเอง มีคุณค่าในตนเอง และทางลบ เช่น ต่ำหิวตนเอง

3.1 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ สามารถกระทำได้ 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่

3.1.1 การทบทวนประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่จะทำให้บุคคลเกิดความรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จ จากประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้กระทำ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เพิ่มสมรรถนะในตนเอง และการที่บุคคลได้กระทำสิ่งใดๆ แล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆ หลายๆ ครั้งจะทำให้เกิดความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประสบการณ์ที่ยากลำบากที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ แต่ถ้าล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง (Bandura, 1997) ดังนั้น การที่บุคคลได้ฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการให้บุคคลรับรู้สมรรถนะตนเองว่าสามารถกระทำได้ จะทำให้เกิดทักษะในการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3.1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้หากตนมี

ความพยายาม การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องแสดงออกเพียงได้ความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว การใช้ตัวแบบทำให้เห็นว่าพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกระทบอย่างไร และได้รับการเสริมแรงหรือลงโทษ การเสนอตัวแบบจะเป็นการรวมกระบวนการทางจิตวิทยาในการรับข่าวสาร เก็บจำข่าวสาร การกระทำและแรงจูงใจเข้าไว้ด้วย

ตัวแบบ มี 2 ประเภท คือ

1) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic-modeling) ตัวแบบวิธีนี้เป็นตัวเน้นความสำคัญและความเด่นชัดของสถานการณ์และพฤติกรรม เช่น วิทยู โทรทส์นั ภาพยนตร์ การ์ตูน ข้อเขียน เป็นต้น การนำเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับบุคคลจำนวนมากและในสถานการณ์ต่างๆ ได้

2) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ตัวแบบนี้จะกระตุ้นความสนใจได้มากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Bandura, 1997) ลักษณะของตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ ช่วยระงับหรือเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Bandura, 1986)

แนวทางในการเลือกตัวแบบ มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1) ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งด้านเพศ เชื้อชาติ ศาสนา และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนซึ่งจะทำให้เขารู้สึกว่าเขาก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2) ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่หากมีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3) ระดับความสามารถของตัวแบบนั้นควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตเพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำได้และทำให้ปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบ

4) ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5) ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับแรงเสริมจะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

การนำวิธีการเรียนรู้จากตัวแบบไปใช้ให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างชัดเจนไม่ซับซ้อน ตัวแบบต้องมีลักษณะน่าสนใจ มีการให้แรงเสริมแก่ตัวแบบที่เหมาะสม ตลอดจนมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ตัวแบบ สำหรับการคัดเลือกตัวแบบนั้นจะต้องคำนึงถึงลักษณะของตัวแบบและวิธีการให้ตัวแบบด้วย

จากการศึกษาได้เตรียมตัวแบบในการเข้าโปรแกรม มีลักษณะตัวแบบ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำอีกภายในระยะเวลา 2 ปี
- 2) สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมในสังคมได้
- 3) มาตรวจตรงตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ (จากการตรวจสอบเวชระเบียน)
- 4) ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง
- 5) ดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้อง
- 6) สามารถติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
- 7) มีการพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
- 8) มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาในชีวิต

3.1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ การพูดเกลี้ยกล่อมจากบุคคลอื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น และมีความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่จะพูดชักจูงจะต้องมีความสำคัญต่อบุคคลด้วย แบ่งการชักจูงเป็น 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะ การอธิบาย

3.1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบจะเกิดความวิตกกังวล เครียด หรือในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า และเมื่อถูกปลุกเร้าอารมณ์ เช่น ถูกดุด่าตักเตือน มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) แต่ถ้าบุคคลสามารถลดการกระตุ้นทางอารมณ์ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนดีขึ้น

3.2 ผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 3 ด้าน (Bandura, 1986)

3.2.1 รูปแบบความคิดที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะของตนมีผลกระทบต่อระบบการคิด และปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงาน

3.2.2 การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลมักเลือกกระทำพฤติกรรมหรือเลือกสถานการณ์ที่เขาตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการให้ประสบความสำเร็จได้ หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ยากเกินความสามารถ

3.2.3 ความพยายามและความพากเพียร ในการกระทำที่จะพากเพียรในการเผชิญปัญหา อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่พึงประสงค์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากอิทธิพลของความคิด อารมณ์ การจูงใจของบุคคล

3.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มี 2 ขั้นตอน คือ

3.3.1 การประเมินความเชื่อมั่นว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จหรือไม่

3.3.2 การประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

ซึ่งความเชื่อมั่นในสมรรถนะของบุคคลมีความแตกต่างกันใน 3 ด้าน คือ (Bandura, 1977)

1) ความยาก (Magnitude) คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน

ในการทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในการกระทำพฤติกรรมในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน

2) การนำไปใช้ (Generality) คือ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งประสบการณ์บางอย่างทำให้เกิดความสามารถในการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันได้ และประสบการณ์บางอย่างไม่ได้ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองถูกนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

3) ความมั่นใจ (Strength) คือ ความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของตนเอง กล่าวคือ หากการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความเข้มข้นน้อย จะทำให้บุคคลไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ตนเองไม่คาดหวังจะทำให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองลดลง แต่หากมีการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความเข้มข้นมาก บุคคลจะมีความพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามคาดหวังของตนเอง

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทในการขาดสมรรถนะแห่งตนในการจัดการ มีดังนี้

3.4.1 ปัจจัยด้านการรู้คิดและจิตใจ

3.4.1.1 การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่บกพร่องและมีความคาดหวังทางลบจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ จึงไม่เกิดการแสดงพฤติกรรมในการจัดการอาการ (Rector et al., 2005)

3.4.1.2 การรู้คิดและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสถานการณ์ที่ตนจะกระทำสำเร็จ คือ สมรรถนะในตนเองที่จะจัดการกับอาการตนเอง ซึ่งทำให้เห็นว่าหากมีความพร้อมทางด้านการรู้คิดและจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองต่ำส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการอาการ (Avery et al., 2009)

3.4.1.3 การรับรู้ที่บกพร่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องในความสามารถที่จะสนใจกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ หรือมีความเชื่อที่จะกระทำการจัดการที่ยุ่งยาก โดยใช้

ความพยายามให้ประสบความสำเร็จได้ยาก ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการจัดการตนเอง (Cassar et al., 2013)

3.4.1.4 การรับรู้ตราบาป มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งพบว่า การรับรู้ตราบาปที่สูงจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความหวัง มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองที่จะประเมินการจัดการตนเองในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาชีพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Karidi et al., 2010; Hill & Startup, 2012)

3.4.2 ปัจจัยด้านสังคม

3.4.2.1 การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความเข้าใจที่จะเข้าสังคม และมีความรู้สึกที่เป็นตราบาป ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรค เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่ดีขึ้น ทำให้เกิดทักษะในการจัดการตนเองมีความคาดหวังในตนเองถึงผลลัพธ์และเพิ่มความเชื่อในสมรรถนะตนเองในการจัดการตนเองได้ (Kleim et al., 2008) เช่นเดียวกับ Hyera Yoo (2011) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีแหล่งสนับสนุนในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการอาการของโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ได้


จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการรู้คิดและจิตใจ คือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคาดหวังทางลบคิดว่าตนไม่สามารถที่จะคาดหวังต่อสถานการณ์ที่ตนจะกระทำสำเร็จ หรือขาดความมั่นใจในตนเองที่จะจัดการอาการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัจจัยด้านสังคม คือ ผู้ป่วยจะขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองที่จะจัดการตนเอง และมีความคาดหวังในการจัดการอาการตนเองได้


4. การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดตามทฤษฎีของ Bandura (1997) เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตารางที่ 1 การบูรณาการแนวคิด Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>1. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal)</p> <p>มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำลง แต่ถ้าบุคคลมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนดีขึ้น</p> <p>และการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)</p> <p>การพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ มีความเชื่อมั่นในการกระทำ</p>	<p>ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการแยกตัวทางอารมณ์ คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง ไม่รู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ในชีวิต และอาการแยกตัวจากสังคม คือ มีความสนใจริเริ่มที่จะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง ขาดแรงผลักดันที่จะมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะมีการแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ</p> <p>กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย แนะนำตนเองและสมาชิก เพื่อกระตุ้นการสร้างสัมพันธภาพในการสื่อสาร ท่าทาง และให้เกิดความไว้วางใจจากการได้ทำ ความความรู้จักซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล เครียด หรือสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เกิดความรู้สึกที่ดีในการเข้ากลุ่ม มีความพร้อมในการเรียนรู้ และส่งเสริมความสนใจในการริเริ่มที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะเข้ากลุ่มและทำกิจกรรมที่ตนเองจะได้รับ ในครั้งนี้ได้ (Bandura, 1977; Bandura, 1997) อีกทั้งผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มที่ดีต่อกัน การได้พูดคุย แลกเปลี่ยนในเรื่องต่างๆ ไป ในการเข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม</p>

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>พฤติกรรมมากยิ่งขึ้นมี 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะ การอธิบาย</p>	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>รู้สึกมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งจะช่วยลดอาการทางลบ (Perlick et al., 2008) และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองดีขึ้นจากการกระตุ้นอารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความยินดี (Bandura, 1997) ที่ช่วยลดอาการทางลบ ที่เกิดจากความรู้สึกพร่องการมีส่วนร่วมที่ตนเองพึงพอใจ (Earnst & Kring, 1999) ความรู้สึกไม่ผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ในชีวิตได้ (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)</p> <p>กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท วางเป้าหมายในการเข้ากลุ่ม ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท อาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงลำพังจะเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะจัดการอาการทางลบ ที่ตนเป็นอยู่ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้เรื่องโรคและแนวทางการจัดการอาการทางลบของตนเอง (Chan, 2009; Rosenbaum</p>

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>et al., 2006) ซึ่งจะช่วยให้เกิดสมรรถนะในตนเองขึ้นว่าตนเองสามารถจัดการอาการตนเอง ทำให้อาการทางลบลดลงได้ (Hyera Yoo, 2001; Hill & Startup, 2013)</p> <p>กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว เห็นความสำคัญการป้องกันอาการทางลบมากขึ้น (Mintz et al., 2003) เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดการรับรู้ความเจ็บป่วย (Sadock and Sadock, 2000) ทำให้ขาดการประเมินความสามารถที่จะจัดการอาการตนเอง (Kurtz et al., 2013) ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจ (Kurtz et al., 2013) ที่จะจัดการอาการด้วยตนเองและมีความสัมพันธ์ต่ออาการทางลบ (Mintz et al., 2003; Montemagni et al., 2014) ที่เกิดจากการขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องกับโรคและอาการทางลบที่ตนเองเป็นอยู่ (Kay, Fiszbein & Opler, 1987) อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางบวกว่าตนเองสามารถที่จะจัดการกับอาการทางลบของตนเองให้ได้ เพื่อป้องกัน</p>

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
		ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ (Kurtz et al., 2013; Erin, 2016)
<p>2. การใช้ตัวแบบ (Modeling)</p> <p>การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าคุณสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ หากตนมีความพยายาม</p>	<p>ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรู้สึกว่าคุณเองมีความสุขเสียสุขภาพอนามัยที่ดี การควบคุมหน้าที่ของร่างกาย สุขุเสียบทบาทความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายสิ้นหวัง (Baker, 1989) มีความรู้สึกว่าคุณเองขาดความมั่นใจ ไม่สามารถที่จะประเมินจัดการอาการหรือตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ (Kurtz et al, 2013) ส่งผลทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ (Melli et al., 2000)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง</p> <p>สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการคิดเรียนรู้ในประสบการณ์ที่ตัวแบบเล่า (Bandura, 1997) เกิดความรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถที่จะปฏิบัติได้เช่นกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะกระทำการจัดการอาการทางลบ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแบบ แล้วนำไปจัดการอาการทางลบให้ลดลง (Bellack, 1984) และให้ผู้ป่วยในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์ของตัวแบบ ร่วมอภิปรายสรุปลักษณะของตัวแบบ เพื่อให้เห็นวิธีการในการจัดการอาการทางลบของตัวแบบยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกับตัวแบบ เพื่อจัดการอาการทางลบของตนเอง (Melli et al., 2000; Kurtz et al., 2013) เกิดความมั่นใจที่จะนำไปใช้กับตนเองต่อไป</p>
<p>3. ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience)</p> <p>จะทำให้บุคคลเกิดความ</p>	<p>ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรู้สึกที่ผิดปกติ เช่น จะมีความคาดหวังต่ำเรื่องประสบความสำเร็จและมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับ</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยได้</p>

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะที่จะกระทำการนั้นได้สำเร็จ จากประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้กระทำความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เพิ่มสมรรถนะในตนเอง</p>	<p>ความสามารถของตนเอง ที่จะมี ความสัมพันธ์กับอาการทางลบ (Rector, Beck & Stolar, 2005) และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)</p> 	<p>ฝึกปฏิบัติจากใบงานสถานการณ์จำลอง ในการจัดการอาการตนเองในกลุ่ม เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงจากสิ่งที่ตนเองได้ฝึกปฏิบัติ (Bandura, 1997) เกิดความคาดหวังในอนาคตจากพฤติกรรมที่เคยใช้จากการฝึก เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นจากประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ และสามารถปฏิบัติได้ผลสำเร็จจริง (Bandura, 1997) โดยมอบหมายการบ้านเพิ่มเติม เพื่อนำไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน ที่ได้จากประสบการณ์การจัดการอาการทางลบที่ตนเองได้ทดลองทำในกลุ่ม (Bellack, 1984; Cassar et al., 2013)</p>
<p>4. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)</p> <p>การพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น</p> <p>มี 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะ การอธิบาย</p>	<p>ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความกระตือรือร้น แรงจูงใจน้อยลง และพลังที่จะผลักดันให้ตนเองปฏิบัติในการทำกิจกรรมต่างๆ มีลักษณะเฉื่อยชา (Kay, Fiszbein & Opler, 1987; Taylor, 1994; Schlosser et al., 2015) มีความเชื่อว่าการทำหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งที่ยากที่จะทำได้สำเร็จ ทำให้ความพยายามนั้นมีความถดถอย (Bentall et</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้</p> <p>โดยนำใบการบ้านที่ผู้ป่วยได้ฝึกการจัดการอาการทางลบมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จัดการที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่ม ที่ได้มาจากการจัดการอาการทางลบไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ร่วมกัน แนะนำถึงวิธีที่ได้เพื่อเป็นแนวทางการจัดการอาการทางลบที่หลากหลายนำไปปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่ง</p>

แนวคิด Bandura (1997)	อาการทางลบ	ผู้วิจัยบูรณาการ
	al., 2010)	<p>สามารถนำไปจัดการอาการทางลบได้ดีขึ้น ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ กระตุ้นกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการชักจูงพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะกระทำการจัดการอาการทางลบได้สำเร็จ (นภาพร เหลืองมงคลชัย, 2554; Bandura, 1986; Avery et al., 2009) อธิบายและแนะนำให้ผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการทางลบได้นั้น เกิดความมั่นใจในตนเองซึ่งให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Hyera Yoo, 2011) เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997; Morimoto et al., 2012) และชี้แนะ ชักชวนให้ผู้ป่วยที่ยังมีอุปสรรคในการจัดการอาการให้มีความพยายามต่อไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความย่อท้อในการจัดการอาการให้สำเร็จ ซึ่งส่งผลต่ออาการทางลบ (Grant & Beck, 2009) และกระตุ้นชักชวนให้ผู้ป่วยในกลุ่มนำไปปฏิบัติต่อไป</p>

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบ

กานดา ผาวงค์ (2547) ศึกษาผลของกลุ่มศิลป์บำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นแก่นราชนครินทร์ ทำ

กิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มศิลปะบำบัด พบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับอาการทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามแนวคิดของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อดิญา โพธิ์ศรี (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แนวคิดของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อกระทำกับความคิดด้านลบหรือมีความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิรินันท์ ลีทองคำ (2558) ศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดของ Lorig et al. (2013) ร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ของ Ellis (1957) มาประยุกต์ในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด ทักษะการใช้จ่าย การสื่อสาร การใช้ทรัพยากรในชุมชน ผลวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Schaub and Behrendl (1998) ศึกษาการประเมินผลการใช้การจัดการเรื่องยา และการจัดการอาการตนเองในประเทศเยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์ พบว่าการใช้การจัดการในผู้ป่วยจิตเภท ประเทศเยอรมัน ในกลุ่มทดลองพบว่ามีจัดการอาการตนเอง ในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาการทางด้านลบ การทำหน้าที่ทางจิตสังคม และมีการควบคุมตนเองทั้งปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกได้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Dennis et al. (2000) ศึกษารูปแบบการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทโดยนำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว แนวคิดของ Mcfarlane et al. (1995) ทดลองในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-45 ปี ดำเนินกิจกรรมในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มละ 6-8 ครอบครัว มีกิจกรรม คือ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางลบ การส่งเสริมในการพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบ ทักษะการสื่อสาร และทักษะทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Rector, Beck & Stolar (2005) ศึกษาทบทวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร่วมกับการศึกษาวิจัยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์ที่ช่วยพัฒนาในเรื่องปัจจัยของระบบประสาทและสมองเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูด้านการรู้คิดในการแก้ปัญหา ความเชื่อในการแสดงบทบาท และการคงอยู่ของอาการทางลบ ซึ่งรูปแบบการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยศึกษาตามทฤษฎีความเปราะบาง พบว่ามีปัจจัยมาจากความบกพร่องทางบุคลิกภาพทางด้านลบ รวมทั้งทางสังคมและทัศนคติด้านลบ มีความคาดหวังในพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายให้สำเร็จต่ำ จึงได้ศึกษาย้อนกลับไปในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งพบว่ามี การตอบสนองต่อความเชื่อที่บิดเบือน การได้รับความคุกคามทางสังคม และความล้มเหลวในการแสดงออกในสังคม ดังนั้นการควบคุมสิ่งกระตุ้นดังกล่าวให้น้อยที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการแสดงออกของพฤติกรรมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สุภาวดี บุญชู (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ในแผนกผู้ป่วยนอก ใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Bandura, 1986) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนใน 4 ด้าน คือ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านขาดการยับยั้งตนเอง ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) ศึกษาผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมใช้การเรียนรู้จากตัวแบบ ทบทวนตนเองในการใช้ยาและการป่วยซ้ำที่ผ่านมา

และความตั้งใจในอนาคต การชักจูง การได้รับกำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Bellack (1984) ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง ที่มีพื้นฐานมาจาก social learning theory ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้ตัวแบบจากผู้บำบัดและมีการเสริมแรงทางบวก ร่วมกับการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการและพัฒนาในด้าน การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ผลพบว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและอาการทางลบลดลง

Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประเทศเกาหลี ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคทางอารมณ์ โรคหลงผิด โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการ การตระหนักรู้ในโรคจิตเวช การใช้ความรู้เกี่ยวกับยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการหลงเหลือ สัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ และทักษะการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และมีคะแนนอาการเตือนก่อนอาการกำเริบลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ventura et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับการตอบสนองในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในผู้ป่วยนอก พบว่าการเผชิญกับปัญหา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองในระดับสูงและมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองและมีความรู้คิดดีจะสามารถใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

Carol (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมหลังออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 17 มีปัญหาการใช้ชีวิตในสังคมทันทีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และร้อยละ 49 มีปัญหาการกลับไปใช้ชีวิตหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 เดือน

Mccann (2008) ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ใช้แนวคิดการรับรู้ในสมรรถนะตนเอง ศึกษาการสนับสนุนให้รับรู้ความสามารถเรื่องยา การยอมรับ สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การสนับสนุนจากแหล่งที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนจากแหล่งที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าปัจจัยอื่น

Hyera Yoo (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การจัดการตนเองและสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลี จำนวน 322 ราย ที่ศึกษาความแตกต่างในพฤติกรรมจัดการตนเองและสุขภาพใน 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม และระดับของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การศึกษาพบว่าระดับสมรรถนะในตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับสมรรถนะในตนเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cassar et al. (2013) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จำนวน 50 คน โดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยศึกษาจากอดีตถึงปัจจุบัน โดยไม่คำนึงถึงระดับสติปัญญา อารมณ์ ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีความบกพร่องในการตัดสินใจลดลง และมีประสบการณ์ทางด้านบวก จากการได้รับการฝึกที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เห็นว่าการได้รับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

Hill & Startup (2013) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนระหว่าง ตราบาป (Stigma) อาการทางลบและการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ความเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับอาการทางลบ การทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้พบว่าสมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับอาการทางลบและมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางสังคม

Katakura et al. (2013) ศึกษาการจัดการตนเองในด้านกายภาพและทางด้านจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โปรแกรมเป็นการจัดการเพื่อป้องกันสภาวะทางกายที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคทางจิตที่เป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อใช้ในการจัดการกับอาการของโรคทางจิตและการจัดการอาการทางกายในพฤติกรรมสุขภาพ ผลศึกษาพบว่า การจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง พบว่าการใช้แรงจูงใจเป็นสิ่งแรกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมตนเองให้สำเร็จได้ หรือคงสภาพความเป็นอยู่โดยใช้วิธีการจัดการในสภาวะของโรคที่ตนเป็น

Kurtz et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การตระหนักรู้ การรู้คิด และอาการทางลบ พบว่าการตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในตนเอง ทักษะการดูแลตนเองและทักษะทางสังคม การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักรู้ในความ

เจ็บป่วยของตนเองสูง จะทำให้สามารถประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและการทำหน้าที่ต่างๆ และพบว่าการรับรู้สมรรถนะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีการตระหนักรู้ในตนเองจะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองและมีการประเมินความสามารถในการจัดการอาการของตนเอง

Erin, Willis (2016) ที่ศึกษาสมรรถนะในตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแผนกชุมชน โดยให้เกิดการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในชุมชนรวมถึงการให้ความรู้กับผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย พบว่าสมรรถนะในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการอาการตนเองได้ และการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตในชุมชนได้

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงส่งผลการเข้าสังคม (Kirkpatrick et al., 2014; สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่พบว่ามีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ คือ มีอาการขาดความกระตือรือร้น แรงจูงใจน้อยลง เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ คำพูดลดน้อยลง (Kay et al., 1987; Taylor, 1994; Pan et al., 2011; Schlosser et al., 2015) มีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย (Ying Wolf and Wang, 2013; Deserno et al., 2016) สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม (Moller and Morphy, 2001) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่ช่วยลดอาการทางลบ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมจัดการอาการนั้นได้สำเร็จ ส่งผลให้อาการทางลบลดลง (Bellack, 1984; Kurtz et al., 2013; Cassar et al., 2013; Hill & Startup, 2013) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด สมรรถนะแห่งตนเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการรับรู้กับการกระทำพฤติกรรม โดยมีปัจจัยที่จะช่วยให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ มี 4 ปัจจัย คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Bandura (1997)

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
แนวคิด Bandura (1997)

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ วางเป้าหมายของกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอาการของโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว เห็นความสำคัญการป้องกันอาการทางลบมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการมาเล่าประสบการณ์ คือ ทักษะในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ผู้ป่วยซักถามตัวแบบร่วมอภิปรายสรุปลักษณะตัวแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติโดยมีใบงานยกสถานการณ์จำลอง ฝึกระบุอาการทางลบด้วยตนเอง วิธีการจัดการอาการทางลบ พฤติกรรมตนเองในการจัดการ มอบหมายการบ้านเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติในชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้

นำใบการบ้านที่ผู้ป่วยได้ฝึกการจัดการอาการมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเป็นแนวทางนำมาใช้กับตนเองเพิ่มเติม ชมเชย ให้กำลังใจ กระตุ้นกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการ ชักชวนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อไป

อาการทางลบ

Kay,

Fiszbein&

Opler (1987)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และตัวแปรตาม คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ คือ การประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
- O₂ คือ การประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
- X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
- O₃ คือ การประเมินการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ
- O₄ คือ การประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังให้การพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD- 10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้านเพศและอาการทางลบ แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เพศหญิงและชายอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (ระดับปานกลางถึงมาก) โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยปรับปรุง จากแบบประเมินอาการทางลบ ของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางลบของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) สร้างมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
3. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และสามารถอ่านออกเขียนได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง
2. ผู้ที่เข้ากิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (Drop out)

ซึ่งในการดำเนินการวิจัยนี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีเกณฑ์คัดออก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำๆ กันเพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุด พบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คนขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงโค้งปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงจำนวนประชากรได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและสารสนเทศ (เวชระเบียน) เพื่อขออนุญาตในการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย โดยจะไม่นำแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยออกนอกห้องเวชระเบียนก่อนได้รับอนุญาต รวมทั้งไม่ทำการถ่ายหรือบันทึกภาพแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยปฏิบัติตัวตามระเบียบของ

โรงพยาบาล โดยแต่งชุดพยาบาลวิชาชีพ ติดบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อแสดงตนว่าเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ ระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0-F20.9) ที่ได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ โดยการค้นรายชื่อจากแฟ้มผู้ป่วยจิตเภทที่มีนัดในวันนั้น จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้ตามรายชื่อจากการค้นแฟ้ม และพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์แล้วที่แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินอาการทางลบ หากผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางลบตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) คือ เพศ (Norman et al., 2000) และอาการทางลบ เพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นเพศหญิงและเพศชายแล้วเรียงลำดับคะแนนอาการทางลบ โดยให้มีคะแนนอาการทางลบเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 4 คะแนน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศิรินันท์ ลีทองคำ (2559) ที่ให้คะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 4 คะแนน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 13 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 ใช้ช่วงเวลา 9.00 น. ถึง 15.00 น. ในการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แต่เมื่อสอบถามความสะดวกในการมาเข้ากลุ่มของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 คน อาจไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตามที่นัดหมาย เนื่องจากต้องให้ญาติพามาโรงพยาบาลและญาติอาจไม่สะดวกพามาโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 2 คน เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนั้นเมื่อถึงวันนัดหมายเข้ากิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมวิจัย จำนวน 40 คน คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ตามที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนครินทร์ ภายใต้หนังสือรับรองเลขที่ 02/2560 ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2560 ว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการทดลอง และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีข้อบังคับใดๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ แต่ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้ว ผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ป่วยไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ในทั้ง 4 ปัจจัย ที่จะช่วยส่งเสริมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถรับรู้สมรรถนะในตนเอง และตัดสินใจว่าตนเองสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นให้ประสบความสำเร็จได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะจัดการกับอาการเพื่อส่งผลต่ออาการทางลบของตนเอง และกำหนดรายละเอียดเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ทราบทักษะสำคัญในการจัดการอาการ

ด้วยตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา

1.2 สร้างโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม รวม 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที และกิจกรรมต่อไป ใช้เวลา 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ
ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มมากขึ้น

2) สนทนาเรื่องทั่วไป สร้างความไว้วางใจ แจ่มการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

3) บอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม รูปแบบการบำบัด ระยะเวลา และประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ใช้เวลาประมาณ 70 นาที

1) ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการอาการของตนเอง

2) ผู้วิจัยบรรยายเรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเอง และอาการทางลบ ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบ ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา

กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1) กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นและเห็นความสำคัญของการป้องกันอาการทางลบมากขึ้น

2) ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบที่ได้จากการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

1) ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิกในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไป แจ่มลักษณะกิจกรรม

- 2) แจ้งสมาชิกในกลุ่มทราบถึงการสังเกตตัวแบบที่สามารถจัดการกับอาการทางลบได้ และให้สมาชิกในกลุ่มซักถามตัวแบบ โดยให้เขียนคำถามไว้ในกระดาษ
- 3) แนะนำตัวแบบให้สมาชิกในกลุ่มทำความเข้าใจกัน
- 4) สัมภาษณ์และให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในการจัดการอาการตนเองได้ โดยให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์โดยมีเนื้อหาในการสัมภาษณ์ คือ ทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบตนเอง และพฤติกรรมที่ตัวแบบปฏิบัติ คือ การลงมือปฏิบัติตามแผนการ มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีการติดต่อสื่อสารเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการใช้ยารักษาทางจิตที่ถูกต้อง เป็นต้น
- 5) ให้สมาชิกในกลุ่มถามคำถามกับตัวแบบ ในคำถามที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ
- 6) ให้สมาชิกในกลุ่มเขียนพฤติกรรมที่ได้จากตัวแบบ และนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม
- 7) ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มอภิปรายและสรุปลักษณะของตัวแบบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยวิจัยบันทึกประเด็นในการอภิปราย
- 8) ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรมกลุ่ม นัดหมายการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

สรุป ตัวแบบที่ได้เป็นเพศชาย อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ประกอบอาชีพรับจ้าง ป่วยเป็นโรคจิตเภทมา 12 ปี เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้ง และในระยะหลังที่ออกจากโรงพยาบาลมา 4 ปี ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการกำเริบที่ต้องเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มารับยาและมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการรับประทานเองได้อย่างถูกต้องทุกมื้อ สามารถพูดคุยโต้ตอบและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีการจัดการปัญหาที่เข้ามากระทบตนเองด้วยการผ่อนคลาย ปล่อยวาง มีมารดาเป็นที่ปรึกษาที่มีความเครียด สามารถปรับตัวดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เช่น ไปทำบุญที่วัด ลอยกระทง เป็นต้น และสามารถประกอบอาชีพพนักงานโรงแรมได้

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และร่วมกันสรุปทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง ที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแบบในกิจกรรมที่ 2
- 2) ซักถามถึงประสบการณ์การจัดการอาการตนเองที่ผ่านมาให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม

3) บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 3 เพื่อเป็นการฝึกการจัดการอาการด้วยตนเอง การระบุนาอาการทางลบ วิธีการจัดการอาการทางลบหรือ พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการ โดยใช้ใบงานที่ยกสถานการณ์จำลอง บอกกติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

4) ผู้วิจัยแจกใบงานที่ยกสถานการณ์จำลอง โดยแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม แล้วร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ เขียนตอบคำถามในใบงาน คือ ระบุนาอาการทางลบ และพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบนั้น

5) ให้ตัวแทนสมาชิกแต่ละกลุ่มมาเล่าอาการทางลบที่พบในสถานการณ์จำลองนั้น และพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบ ผู้วิจัยสรุปอาการทางลบและพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการ

6) ผู้วิจัยมอบหมายการบ้าน โดยให้นำการจัดการอาการทางลบไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัย นัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามเกี่ยวกับการบ้านที่ให้นำวิธีการจัดการอาการทางลบ และพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบตนเอง บอกวัตถุประสงค์กิจกรรมที่ 4 กติกา และ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

2) ให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มนำใบการบ้าน มาร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการอาการทางลบที่ได้ผล เพื่อให้เกิดการจัดการอาการที่หลากหลายและนำไปใช้เพิ่มเติมกับตนเอง ในเรื่องการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผน การดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทักษะ การสื่อสาร การรับประทานยา

3) ผู้วิจัยแจกใบงานให้สมาชิกในกลุ่มสรุปการจัดการอาการทางลบที่ได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้เพิ่มเติมและผลที่ได้รับจากพฤติกรรมจัดการอาการนั้น

4) กล่าวชมเชยความสามารถของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ชักชวน แนะนำให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการจัดการอาการโดยใช้เทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สมาชิกในกลุ่มนำไปใช้ แล้วได้ผลดี นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

5) พูดจูงใจให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถจัดการอาการตนเองได้ และมีความคาดหวังที่จะมีอาการทางลบลดลง เพื่อให้มีพฤติกรรมจัดการอาการตนเองอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้นำการจัดการอาการตนเองไปปฏิบัติต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

6) ให้สมาชิกในกลุ่มสรุปกิจกรรม และสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัย

7) ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดของทุกกิจกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ สอบถามความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มในการนำความรู้และการจัดการอาการไปใช้ จากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

8) ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ กล่าวปิดกลุ่มและขอบคุณสมาชิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จาก 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินการ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือตามเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันพิจารณาเนื้อหา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้ คือ

1. ปรับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการจัดกิจกรรมไม่ครบตามเวลา และปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรม เป็นระยะเวลา 90 นาที

2. กิจกรรมที่ 1.1 ควรเพิ่มกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด นอกเหนือจากพูดแนะนำ ชี้แจงในการเข้ากิจกรรมกลุ่ม

3. กิจกรรมที่ 1.2 ควรใช้วิธีการให้ความรู้แบบอื่นแทรก เช่น ใช้ภาพ บัตรคำ นอกเหนือจากการให้ความรู้ด้วยการอธิบายหรืออ่านให้ความรู้อย่างเดียว

4. กิจกรรมที่ 1.3 การตระหนักรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ควรใช้วิธีการให้ความรู้แบบอื่นแทรกอย่าใช้การบรรยายหรือให้อ่านความรู้เพียงอย่างเดียว

5. ใบความรู้ที่ 1/2 ให้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาบางส่วนให้มีความสอดคล้องกับการจัดการอาการทางลบมากยิ่งขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความเหมาะสม ชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหา

และอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจกิจกรรมและสนใจสื่อการสอนรูปภาพในกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่ในบางช่วงของกิจกรรมต้องมีการกระตุ้นกลุ่มอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้ภาษาที่กระชับชัดเจนในการอธิบายหลังจากทดลองใช้โปรแกรมแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนการนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาศัยอยู่กับใคร/ผู้ดูแล การรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยปรับปรุง จากแบบประเมินอาการทางลบ ของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางลบ ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) สร้างมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ และมีความครอบคลุมเนื้อหาเฉพาะเจาะจงการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84 ประกอบด้วยการประเมินลักษณะทางลบ 7 อาการ คือ

การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	จำนวน 2 ข้อ
การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	จำนวน 2 ข้อ
การแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking)	จำนวน 2 ข้อ
การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation)	จำนวน 2 ข้อ
การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)	จำนวน 1 ข้อ
มีค่าคะแนนตามที่กำหนด ดังนี้	

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

จากนั้นคิดคะแนนรวมทั้ง 13 ข้อ โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับคะแนนและแปลผล ดังนี้

8.67 – 13	คะแนน	ถือว่าไม่มี	อาการทางลบมาก
4.34 - 8.66	คะแนน	ถือว่าไม่มี	อาการทางลบปานกลาง
0 - 4.33	คะแนน	ถือว่าไม่มี	อาการทางลบน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบประเมินอาการทางลบ ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จาก 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือตามเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันพิจารณาเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 ถึง 4 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากให้ 4 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการน้อยให้ 2 คะแนน และข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการให้ 1 คะแนน หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ถือเป็นเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999) ดังนี้

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

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. อายุ เห็นควรให้เพิ่มเติม เป็นช่วงอายุ ดังนี้ คือ 20-30 ปี, 31-39 ปี, 40 -49 ปี, 50-59 ปี
2. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เห็นควรให้เพิ่มเติม เป็นช่วงระยะเวลาเป็นครั้ง ดังนี้ 1-5 ครั้ง, 6-10 ครั้ง, 10 ปีขึ้นไป

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เห็นควรให้เพิ่ม เพื่อให้ทราบระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่ออาการทางลบ และให้เป็นช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) ดังนี้ 1-3 ปี, 4-6 ปี, 7-10 ปี, 10 ปีขึ้นไป

4. อาศัยอยู่กับใคร/ ผู้ดูแล เห็นควรให้เพิ่มเติมจากเดิม

5. การรักษาที่ได้รับ ซึ่งยาแต่ละกลุ่มมีผลต่ออาการทางลบ จึงเห็นควรให้เพิ่มเติมจากเดิม ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินอาการทางลบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. คำถาม “สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา”

2. คำถาม “ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ขณะพูดคุยนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา”

3. คำถาม “การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ คิดนาน ตอบช้า”

4. คำถาม “บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระ ต้นโพธิ์กับต้นมะเขือ กลางวันกับกลางคืนไม่ได้”

5. คำถาม “บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆ ไม่ได้” เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือ น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆ ไม่ได้ เช่น หนีเสือปะจระเข้ น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า ชีข้างจับตึกแตน”

6. คำถาม “ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “การทำกิจวัตรประจำวันญาติต้องกระตุ้นเสมอ”

7. คำถาม “พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจน ดังนี้ “พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก ไม่ค่อยมีความหมาย เรื่อยเปื่อย”

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินอาการทางลบ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 ดังนั้นแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางลบ หลังจากได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำมาทดลองใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย โดยให้พยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน (Burns & Grove, 2001) ตามแบบประเมินอาการทางลบ โดยพยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านการพยาบาลจิต

เวชทั้ง 2 ท่านประเมินพร้อมกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ 0.72 ดังแสดงในภาคผนวก ง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Brichwood, et al (2000) ที่ปรับปรุงโดย สุภาวดี บุญชู (2551) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84 ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ โดยเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา (Liberman, 1989; Kyung & Park, 2002; Schaub et al., 1998; Gouldstein & Miklowitz, 1995) ที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาการตนเองที่จะเกิดพฤติกรรม และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อลดอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 5 อันดับ ได้แก่

	ความหมาย	คะแนน
เชื่อมั่นมากที่สุด	มีความเชื่อมั่นที่สามารถปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป	5
เชื่อมั่นมาก	มีความเชื่อมั่นที่สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 61-80	4
เชื่อมั่นปานกลาง	มีความเชื่อมั่นที่สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 41-60	3
เชื่อมั่นน้อย	มีความเชื่อมั่นที่สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 21-40	2
เชื่อมั่นน้อยที่สุด	มีความเชื่อมั่นที่สามารถปฏิบัติได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	1

เกณฑ์การให้คะแนนใช้ค่าร้อยละคะแนนเต็ม คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 15-75 คะแนน โดยผู้วิจัยพัฒนา มาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ของสุภาวดี บุญชู (2551) ที่ปรับปรุงมาจาก เสรี ลาซโรจน์ (2537)

คะแนน	ความหมาย
15-44 (<60%)	รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับน้อย
45- 60 (60-80%)	รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง
61-75 (> 80%)	รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก

เกณฑ์การกำกับการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบกำกับการทดลองทันที โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาหารผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็มทั้งหมด 75 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากมีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะร่วมพูดคุยซักถามข้อสงสัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหา แล้วเสริมเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ แล้วประเมินจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาหาร กำกับการทดลองตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยการกำกับการทดลองนี้ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาหารผ่านเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็มทั้งหมด 75 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาหาร ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จาก 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือตามเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันพิจารณาเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 ถึง 4 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากให้ 4 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการน้อยให้ 2 คะแนน และข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการให้ 1 คะแนน หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ถือเป็นเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999) ดังนี้

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

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และความเข้าใจเรื่องการจัดการอาการตนเอง” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและการจัดการอาการตนเอง”

2. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีทักษะในการแก้ไขปัญหาได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และทักษะในการจัดการและแก้ไขปัญหาได้”

3. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีทักษะในการเข้ากิจกรรมทางสังคม” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีทักษะในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม”

4. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าการได้เห็นตัวอย่างของคนที่ยกการจัดการอาการตนเองในอาการทางลบ จะทำให้ฉันสามารถที่จะจัดการอาการตนเองได้เช่นกัน” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าการได้เห็นตัวอย่างของผู้อื่นที่สามารถจัดการอาการทางลบของตนเองได้ จะทำให้ฉันสามารถจัดการกับอาการตนเองได้เช่นกัน”

5. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถปฏิบัติการจัดการอาการเพื่อลดอาการทางลบได้” เห็นควรให้เพิ่มเติมข้อความให้ชัดเจนดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถปรับพฤติกรรมของตนเอง โดยนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการจัดการอาการทางลบของฉันได้”

6. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถบอกพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบได้” เห็นควรให้เปลี่ยนจากคำว่า “บอก” เป็น “แสดง” ดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถแสดงพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบได้”

7. คำถาม “ฉันเชื่อมั่นว่าการได้รับคำแนะนำและคำอธิบายต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบทำให้ฉันมั่นใจในการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ที่บ้าน” เห็นควรให้ปรับเปลี่ยนข้อความดังนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันได้รับการจูงใจและกำลังใจ เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบทำให้ฉันมั่นใจในการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ที่บ้าน”

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.86 ดังนั้นแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ หลังจากได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30

คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ดังแสดงในภาคผนวก ง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและปรับปรุงเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ในการคุ้มครองผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และวัน เวลา สถานที่ นัดหมายในกลุ่มตัวอย่าง

5. เตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลศรีธัญญา อย่างน้อย 4 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ช่วยในการเก็บข้อมูลและร่วมสังเกต จดบันทึก ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ จุดเน้นสำคัญแต่ละขั้นตอน รวมทั้งการจดบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ตรงกัน อธิบายข้อคำถามในแต่ละข้อและทวนสอบความเข้าใจให้เข้าใจตรงกัน

5.2 อธิบายขั้นตอนในการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบประเมินอาการทางลบก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์

5.3 อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ แบบประเมินอาการทางลบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ ดังนี้ อธิบายความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อให้เข้าใจตรงกัน และสอบถามผู้ช่วยวิจัยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

6. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

6.1 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ และความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานเวชระเบียนเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี

6.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ โดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินอาการทางลบ (PANSS-T) หากผู้ป่วยมีระดับคะแนนอาการทางลบ ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก (มีคะแนนอาการทางลบ 5-13 คะแนน) ผู้วิจัยชี้แจงความสำคัญของอาการและปัญหาวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัยและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในกลุ่มตัวอย่าง

6.3 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) คือ เพศ (Norman et al., 2000) และอาการทางลบ เพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นเพศหญิงและเพศชาย แล้วเรียงลำดับคะแนนอาการทางลบ โดยให้มีคะแนนอาการทางลบเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 4 คะแนน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์ ลิ้มทองคำ (2559) ที่ให้คะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 4 คะแนน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

6.3.1 กลุ่มทดลอง

1) เมื่อกลุ่มทดลองมาพบผู้วิจัยในวันที้นัดหมายในการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และทำแบบประเมินอาการทางลบ (Pre-test) อีกครั้งก่อนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2) ผู้วิจัยให้รายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมความมั่นใจในตนเองที่จะจัดการอาการทางลบและตัดสินใจว่าตนเองสามารถจัดการอาการทางลบของตนเองได้สำเร็จ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการจัดการกับอาการได้อย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที และกิจกรรม 2-4 ใช้เวลา 90 นาที แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยทำกิจกรรมช่วงเช้าและช่วงบ่าย

6.3.2 กลุ่มควบคุม

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นในยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และทำแบบประเมินอาการทางลบ (Pre-test) ในวันที้นัดหมายในการทดลอง

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ถึงการพยาบาลตามปกติที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ได้แก่ การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉิน การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การนัดหมาย และการมาก่อนนัดเมื่ออาการทางจิตกำเริบ

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางลบ (Post- test)

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันศุกร์ เวลาช่วงเช้า 9.30-11.40 น. และช่วงบ่าย 13.00-15.10 น. สำหรับในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2-4 ในเวลา 10.00-11.30 น. และช่วงบ่าย 13.00-14.30 น. โดยกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 120 นาที และกิจกรรมต่อไป ใช้เวลา 90 นาที แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มทำการทดลอง วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2560 และเสร็จสิ้นวันที่ 17 มีนาคม 2560 มีกิจกรรม 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ
ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
3) การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ

2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการอาการทางลบของตนเอง

เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกจะช่วยสร้างความไว้วางใจ มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม เกิดการผ่อนคลายทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. ให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของโรคจิตเภทอาการทางลบ การจัดการอาการของตนเอง

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ทราบแนวทางการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อลดอาการทางลบ

4. ผู้วิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหา ผลกระทบของอาการทางลบ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบ (Pre-test)

3. ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์อาการทางลบของโรคจิตเภทและอภิปรายร่วมกัน แล้วผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการร่วมกันอภิปราย

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยบรรยายเรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการและอาการทางลบ

5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัย นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ จากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกในกลุ่ม มีสีหน้าผ่อนคลาย สนใจฟังผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการแนะนำตัวและพูดคุยเรื่องทั่วไป ท่าทางนั่งผ่อนคลาย

และสมาชิกในกลุ่มบางคนร่วมพูดคุยเรื่องทั่วไปในกลุ่มและสามารถแนะนำตัวตนเองได้ ให้ความสนใจกิจกรรมกลุ่มที่ทำให้ทำความรู้จักกัน สามารถพูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ ได้ โดยถามและตอบข้อมูลส่วนตัวในขณะทำกิจกรรม เมื่อผู้วิจัยเปิดประเด็นเรื่องประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรค ในช่วงแรกต้องกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของโรคจิตเภท โดยเน้นถามเรื่องอาการที่สมาชิกในกลุ่มเป็นอยู่ สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกอาการทางลบของตนเองได้ คือ ชอบนั่งเหม่อ ไม่อยากไปไหน และไม่อยากทำอะไร จึงทำให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ เริ่มบอกถึงอาการตนเอง และอาการที่ตนต้องมาโรงพยาบาล ส่วนสมาชิกคนอื่นที่เหลือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกระตุ้นด้วยการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรคจิตเภท ซึ่งสามารถบอกอาการของตนเองได้ เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการและอาการทางลบ สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจและสามารถบอกว่าตนเองมีอาการบางอย่างตรงกับที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค เช่น “ตอนที่มาโรงพยาบาล มีอาการหงุดหงิด มีเสียงพูดที่หูแต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว” ผู้ป่วยในกลุ่มคนอื่น บอกว่า “มีอาการนั่งเหม่อ ไม่ค่อยอาบน้ำ ไม่มีความมั่นใจที่จะมีเพื่อน” เป็นต้น สิ้นหนามีความเข้าใจและตั้งใจฟัง บอกว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และวิธีการจัดการอาการทางลบตนเองมากขึ้น และสามารถเขียนการจัดการอาการทางลบของตนเองได้ในใบงาน บอกว่าตนเองสามารถจัดการอาการทางลบที่เป็นอยู่ได้ และตนเองสามารถที่จะทำให้อาการเหล่านั้นดีขึ้น โดยต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภทนั้น สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัวตนเองได้ เช่น มารดาต้องดูแลเรื่องรับประทานยา มารดาต้องคอยบอกให้อาบน้ำ ญาติต้องพามาพบแพทย์ ไม่มีใครช่วยครอบครัวทำงาน เมื่อผู้วิจัยสอบถามสมาชิกในกลุ่มถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบ สมาชิกในกลุ่มร่วมกันบอกว่าอยากที่จะให้อาการของตนเองดีขึ้น

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบและการกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบตนเอง จากการสังเกตตัวแบบ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันสรุปลักษณะของตัวแบบในการจัดการอาการทางลบที่ได้จากการสัมภาษณ์

เนื้อหา

1. ให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้การจัดการอาการด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการมาแล้วประสบการณ์การจัดการกับอาการทางลบตนเอง มีเนื้อหา คือ ทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจและการ

วางแผน การตรวจสอบอาการทางลบตนเอง และพฤติกรรมที่ตัวแบบปฏิบัติ คือ การลงมือปฏิบัติตามแผนการ มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีการติดต่อสื่อสารเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการใช้ยารักษาทางจิตที่ถูกต้อง

2. ให้สมาชิกในกลุ่มซักถามประสบการณ์ของตัวแบบเพิ่มเติม ร่วมสรุปลักษณะของตัวแบบที่ได้จากการสังเกต

ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิกในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไป แจ้งลักษณะกิจกรรม

2. แนะนำตัวแบบให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกัน และให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในเรื่องการจัดการกับอาการตนเอง ทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง และพฤติกรรมที่ตัวแบบปฏิบัติ หากสมาชิกมีคำถามให้เขียนคำถามไว้ในกระดาษ

3. ผู้วิจัยแจ้งสมาชิกในกลุ่มให้สังเกตตัวแบบที่สามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองได้ และให้สมาชิกในกลุ่มซักถามตัวแบบหลังจากสัมภาษณ์เสร็จ ในคำถามที่สมาชิกเขียนเตรียมไว้ในกระดาษ

4. ให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายลักษณะของตัวแบบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยวิจัยบันทึกประเด็นในการอภิปราย และผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

5. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรมกลุ่ม นัดหมายการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสัมภาษณ์ตัวแบบ จากการสังเกตพฤติกรรมและความสนใจของสมาชิกร่วมกับการแสดงความคิดเห็น พบว่า สมาชิกมีความสนใจฟังประสบการณ์จากตัวแบบและสอบถามพฤติกรรมจัดการอาการของตัวแบบเพิ่มเติม และสามารถร่วมกันอภิปรายพฤติกรรมที่ตัวแบบใช้ในการจัดการอาการทางลบร่วมกับสมาชิกในกลุ่มได้ มีความสนใจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ เช่น “ในแต่ละวัน ทำอะไรไม่ค่อยได้เลยมันจะมีอาการร่วงมาก ไม่อยากตื่น ชี้เกียจ จะต้องทำอย่างไร” ตัวแบบแนะนำ คือ “ช่วงแรกอาจจะต้องให้ผู้ดูแลช่วยเตือนกระตุ้นได้บ้าง เมื่อครั้งต่อไปจะตื่นเองได้ดีขึ้น” และมีผู้ป่วยในกลุ่มคนที่ 1 พูดว่า “อยู่บ้านบางที่อยู่คนเดียวไม่ได้คุยกับใครจะทำอย่างไร” สมาชิกในกลุ่มช่วยกันเสนอพฤติกรรมในการจัดการร่วมกัน คือ “ระหว่างที่อยู่คนเดียวให้ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ไปก่อน พอมีคนกลับบ้านมาก็เข้าไปคุยทักทาย” ผู้ป่วยในกลุ่มคนที่ 2 พูดว่า “บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายมาก ทำกิจวัตรซ้ำมาก บางทีเครียด” ตัวแบบแนะนำสมาชิกในการจัดการ คือ “ให้ออกกำลังกายร่างกายได้เคลื่อนไหวดีขึ้น หากเครียดให้ลองผ่อนคลายด้วยการ มองในแง่ดี ปล่อยวาง หางานที่ตนเองชอบทำ ปรึกษาหรือระบายกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว” เป็นต้น เมื่อจบกิจกรรมสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสร้างความมั่นใจว่าตนเองและสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่มสามารถที่จะจัดการอาการทางลบได้เช่นเดียวกับที่ตัวแบบสามารถจัดการอาการได้เช่นกัน มีสมาชิกบางคนที่ต้องกระตุ้น

และสอบถามวิธีในการจัดการที่ได้จากการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถตอบได้และบอกว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ประสพการณ์ความสำเร็จและการกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 3 ประสพการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสามารถระบุอาการทางลบด้วยตนเอง และฝึกการจัดการอาการทางลบของตนเอง
2. เพื่อทราบวิธีและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการอาการทางลบตนเอง

เนื้อหา

1. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปแนวทางการจัดการอาการทางลบ
2. ให้สมาชิกฝึกปฏิบัติการจัดการอาการทางลบ ในใบงานยกสถานการณ์จำลอง เพื่อฝึกการวิเคราะห์อาการทางลบ และพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการ
3. ชักชวนและแนะนำให้สมาชิกนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากประสบการณ์โดยตรง
4. ให้การบ้านสมาชิกบันทึกการจัดการอาการตนเองที่บ้าน โดยบันทึกการจัดการอาการทางลบตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และร่วมกันสรุปถึงพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแบบจากกิจกรรมที่ 2 บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 3 บอกกติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ยกตัวอย่างสถานการณ์จำลอง แล้วให้สมาชิกในกลุ่มเขียนตอบคำถามในใบงาน ร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์ลักษณะอาการทางลบ และพฤติกรรมที่ต้องใช้ในการจัดการอาการของผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง
3. ผู้วิจัยสรุปอาการทางลบ และพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการ ที่ได้จากสถานการณ์จำลอง
4. มอบหมายการบ้านเรื่องการจัดการอาการทางลบตนเองในชีวิตประจำวัน ในระยะ 1 สัปดาห์ แล้วนำมาอภิปรายในสัปดาห์หน้า
5. ให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรม นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ประเมินผลจากกิจกรรมทบทวนประสพการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง จากการสังเกตพฤติกรรมและความสนใจ ในระยะแรกผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการ

อาการทางลบที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมที่ผ่านมา สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจร่วมกันบอกวิธีและพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการต่างๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยคนที่ 1 บอกว่า “มีเบื่อหน่ายไม่อยากอาบน้ำ ชอบเอาแต่นอนทั้งวัน ก็จะใช้วิธี มองสิ่งที่จะทำให้ใกล้ๆ ก่อน ที่เราจะทำอะไรแต่ละวัน จะได้ทำให้เรามีแรงจูงใจทำอะไร” และมีสมาชิกในกลุ่มบางคนช่วยเสริมแสดงความคิดเห็น เช่น ถ้าเบื่อหน่ายไม่รับประทานยา ก็อาจบอกคนที่ใกล้ซัดคอยเตือนจะได้มีแรงกระตุ้นอีกทาง หากมีพฤติกรรมเก็บตัวไม่ยอมออกไปไหนหรือไม่อยากพูดกับใคร ก็แนะนำให้เริ่มพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวก่อน แล้วจะสามารถเริ่มพูดคุยสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้มากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่อยากทำอะไรคิดว่าตนเองทำอะไรไม่ได้ ก็ให้เริ่มทำกิจกรรมที่ง่ายๆ หรืองานบ้านที่เบาๆ ก่อน เช่น รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำกิจกรรมวิเคราะห์อาการทางลบในใบงานที่ยกสถานการณ์จำลอง พบว่าสมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและกระตือรือร้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็น อาการทางลบที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองนั้นได้อย่างถูกต้อง เช่น ตื่นสาย ไม่อาบน้ำ ไม่สระผม ผมรุงรัง ไม่ช่วยงานบ้าน เก็บตัว ใครทักไม่พูดด้วย ไม่สนใจรับประทานยา นิ่งเฉย เป็นต้น และสมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะจัดการอาการทางลบได้ เช่น ตื่นสาย จัดการอาการโดย จัดตารางเวลาเข้านอน รับประทานยาก่อนนอนไม่ดึกเกินไป จะได้ตื่นตอนเช้าได้ ไม่อาบน้ำ ผมรุงรัง ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า จัดการอาการโดย ดูแลตนเองอาบน้ำ แปรงฟันเข้าเย็น สระผม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาด ไม่สกปรก มีเหงื่อ ไม่ช่วยทำงานบ้าน จัดการอาการโดย ตั้งเป้าหมายจะทำงานบ้านอย่างง่ายๆ ก่อน และมีสมาชิกในกลุ่มอีกคนเสนอเพิ่มเติมโดยบอกว่า “ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ช่วยงานบ้าน ถ้าเก็บตัวจะยิ่งทำให้ไม่อยากทำอะไร” สมาชิกอีกคนในกลุ่มเสนอว่า “และถ้ามีปัญหาก็ให้ระบายกับคนใกล้ซัดฟัง ปรับความเข้าใจ” มีสมาชิกในกลุ่มเพิ่มเติมเรื่องการทานยานั้นจำเป็น ผู้วิจัยจึงเน้นเสริมว่าจะช่วยควบคุมอาการทางจิตดังนั้นจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในกลุ่มเสนอแนวทางจัดการอาการตนเองโดย จดบันทึกเตือนตนเอง หรือฝึกจัดยารับประทานเอง โดยให้คนที่ดูแลช่วยกระตุ้นบ้าง หากมีปากแห้งคอแห้งลองจิบน้ำบ่อยๆ ช่วยได้ และมีสมาชิกในกลุ่มเสนอเพิ่มเติมว่า “เก็บตัว ใครทักไม่พูดด้วย การจัดการอาการ คือ ให้ลองออกมา นั่งทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น นั่งรับประทานอาหารร่วมกัน ดูโทรทัศน์ ฝึกตนเองพูดทักทาย แสดงสีหน้าและท่าทางกับสมาชิกในครอบครัว” เมื่อผู้วิจัยสรุปพฤติกรรมจัดการอาการที่ได้จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากสมาชิก พบว่าสมาชิกในกลุ่มทุกคนบอกว่าตนเองมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น และสามารถที่จะจัดการอาการทางลบตนเองได้จากการได้ฝึกการจัดการอาการจากสถานการณ์จำลองในกิจกรรมนี้ เช่น สมาชิกในกลุ่มคนหนึ่งบอกว่า “เห็นแบบนี้แล้วผมก็เอาไปดูแลตัวเองได้แล้วสิ อย่างนี้ผมก็รู้ว่าผมมีอาการแบบที่บอกกันมาเลย จะเอาไปลองทำดูนะ”

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำวิธีการจัดการกับอาการไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกอธิบายการจัดการอาการทางลบตนเอง และวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการทางลบได้สำเร็จ

2. ส่งเสริมให้สมาชิกมีความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการอาการตนเอง หลังจากได้รับความรู้และการฝึกทักษะ

เนื้อหา

1. ให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการจัดการอาการทางลบที่กลับไปใช้ที่บ้าน

2. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ แนะนำให้สมาชิกคนอื่นปฏิบัติตามในแนวทางที่สามารถใช้กับตนเองได้ และใช้คำพูดชักจูงกล่าวชมเชยในสมาชิกแต่ละคน

3. ให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองในการจัดการกับอาการได้และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ช่วยให้อาการทางลบลดลง มีแนวทางในการปฏิบัติสำหรับตนเองไปใช้ต่อที่บ้าน

ลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามเกี่ยวกับการบ้าน ที่ให้บันทึกแบบติดตามอาการตนเอง บอกวัตถุประสงค์กิจกรรมที่ 4 กติกา และระยะเวลาในการทำกิจกรรม

2. ให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์จากการจัดการอาการตนเองที่นำไปใช้ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3. ให้สมาชิกในกลุ่มนำใบการบ้านที่ได้ฝึกการจัดการอาการมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการทางลบที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน และชักชวนให้ผู้ป่วยในกลุ่มนำแนวทางการจัดการอาการทางลบไปใช้กับตนเองเพิ่มเติม

4. กล่าวชมเชยความสามารถของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ชักชวนและแนะนำให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการจัดการอาการทางลบและนำไปใช้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเอง

5. ให้สมาชิกในกลุ่มสรุปกิจกรรมในการฝึกการจัดการอาการตนเอง

6. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ประเมินความคิดเห็นในการนำความรู้และการจัดการอาการไปใช้

7. พูดจูงใจให้สมาชิกเกิดความมั่นใจและเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ทำให้อาการทางลบลดลง แนะนำให้นำการจัดการอาการตนเองไปปฏิบัติต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

8. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปกิจกรรมที่ได้รับ กล่าวปิดกลุ่ม

ประเมินผล

ประเมินผลจากกิจกรรมการใช้คำพูดชักจูงเพื่อนำไปใช้ จากการสังเกตพฤติกรรมและความสนใจ พบว่าสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองใช้ในการจัดการอาการทางลบตนเองที่บ้านให้สมาชิกในกลุ่มฟัง เช่น “ผมชอบอยู่คนเดียว ไม่อยากทำอะไร ตื่นสายจัดการโดยปลุกนาฬิกาให้ตื่นเช้า อากาศดีทำให้อารมณ์ดี อาบน้ำ กินยาตามที่หมอสั่ง” ผู้วิจัยกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจเพื่อให้มีพฤติกรรมนั้นต่อไป สมาชิกมีความสนใจฟังพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการที่แตกต่างจากตนเอง เมื่อสรุปการจัดการอาการทางลบที่สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้ว สมาชิกแต่ละคนบอกว่าจะนำแนวทางที่ใช้แล้วได้ผลดีนำไปใช้เพิ่มเติมในชีวิตประจำวันของตนเอง และบอกว่าตนเองมีความมั่นใจที่จะนำการจัดการอาการที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปใช้ต่อไปที่บ้าน เช่น สมาชิกคนหนึ่งในกลุ่ม บอกว่า “ได้นำความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มนำไปปฏิบัติที่บ้าน รู้สึกดี ซึ่งเราสามารถทำได้จริงๆ แต่ก่อนจะรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร ยาก็ไม่อยากกิน ไม่อยากคุยกับใคร ตอนนี่ดีขึ้น” แต่มีสมาชิกบางคนบอกว่าตนเองใช้วิธีการจัดการอาการที่ได้จากการเรียนรู้แต่ยังจัดการอาการทางลบนั้นไม่ได้ผลชัดเจน เช่น “เก็บตัวไม่ค่อยพูดกับใคร ใช้พฤติกรรมจัดการ คือ เริ่มพูดคุยทักทายคนในบ้าน แต่ยังไม่สบตา สีหน้าเฉย” ผู้วิจัยจึงกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความมั่นใจและแนะนำให้ทำพฤติกรรมนั้นต่อไปเรื่อยๆ รวมทั้งกล่าวชมเชยในความสามารถของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งบอกว่าจะนำพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบไปใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง เช่น “ผมบางที่ยังไม่มั่นใจเวลาคุยกับใคร จะลองพูดคุยกับแม่เพื่อฝึกเรื่อยๆ และจะช่วยแม่ทำงานบ้าน มันช่วยให้ร่างกายกระฉับกระเฉงขึ้น” สมาชิกในกลุ่มบอกว่าตนเองมีความมั่นใจที่จะจัดการอาการทางลบตนเองต่อไป เพื่อให้อาการทางลบลดลง รับปากจะนำความรู้และวิธีการจัดการอาการทางลบไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น “จะเอาไปใช้ฝึกตัวเองเรื่อยๆ ทำไม่ยากนะครับ แค่เราคิดว่ามันทำได้ จะทำต่อไปครับ”

ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ

กิจกรรม	กลุ่มที่/ จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1	กลุ่มที่ 1 10 คน	24 กุมภาพันธ์ 60	9.30-10.50 11.00-11.40	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
	กลุ่มที่ 2 10 คน	24 กุมภาพันธ์ 60	13.00-14.20 14.30-15.10	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
กิจกรรมที่ 2	กลุ่มที่ 1 10 คน	3 มีนาคม 60	10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
	กลุ่มที่ 2 10 คน	3 มีนาคม 60	13.00-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
กิจกรรมที่ 3	กลุ่มที่ 1 10 คน	10 มีนาคม 60	10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
	กลุ่มที่ 2 10 คน	10 มีนาคม 60	13.00-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
กิจกรรมที่ 4	กลุ่มที่ 1 10 คน	17 มีนาคม 60	10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
	กลุ่มที่ 2 10 คน	17 มีนาคม 60	13.00-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม

การกำกับการทดลอง

ภายหลังการดำเนินการทดลองครบ 4 สัปดาห์ เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการทันที โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็มทั้งหมด 75 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากมีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะร่วมพูดคุยซักถามข้อสงสัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหา แล้วเสริมเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ แล้วประเมินจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

จากการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ กำกับการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการผ่านเกณฑ์ทุกคน คือ มีคะแนนเฉลี่ย 65.2 คะแนน (ซึ่งมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนน คือ มากกว่าร้อยละ 80)

ขั้นที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินอาการทางลบ (PANSS-T) ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมอีก 1 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 24 มีนาคม 2560 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์แบบวัด แล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

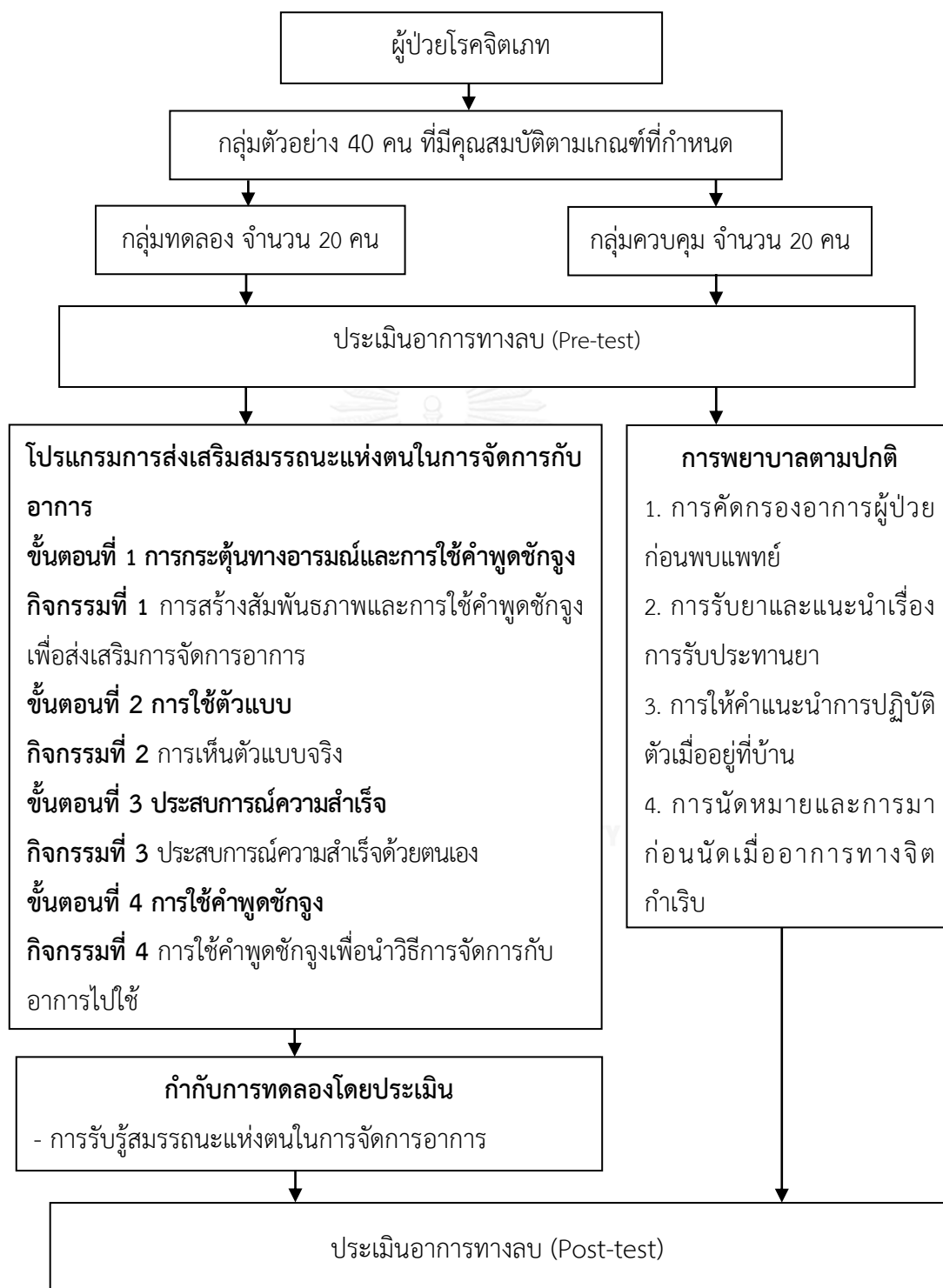
1. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินอาการทางลบ (Post-test) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
2. ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบและแจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย
 - 2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=40) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาศัยอยู่กับใคร/ผู้ดูแล การรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		การทดสอบ ความ แตกต่าง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	16	80	16	80	
หญิง	4	20	4	20	
อายุ					$\chi^2 = .398$
20-30 ปี	1	50	3	15	
31-39 ปี	4	20	7	35	
40-49 ปี	11	55	8	40	
50-59 ปี	4	20	2	10	
	$\bar{X} = 45.1, S.D = 8.19$		$\bar{X} = 41.6, S.D = 8.86$		t = 2.96
สถานภาพสมรส					$\chi^2 = .653$
โสด	14	70	15	75	
คู่	5	25	3	15	
หม้าย/หย่า	1	5	1	5	
แยกกันอยู่	-	-	1	5	
การศึกษา					$\chi^2 = .126$
ไม่ได้เรียน	-	-	2	10	
ประถมศึกษา	10	50	4	20	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	6	30	
มัธยมศึกษาตอน	1	5	5	25	
ปลาย/ปวช					
อนุปริญญา/ปวส	3	15	1	5	
ปริญญาตรี	2	10	1	5	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		การทดสอบ ความ แตกต่าง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	5	$\chi^2 = .637$
อาชีพ					
รับจ้าง	6	30	9	45	$\chi^2 = .099$
ค้าขาย	2	10	1	5	
เกษตรกรรม	2	10	2	10	
รับราชการ	1	5	2	10	
ว่างงาน	9	45	5	25	
อื่นๆ (เรียนหนังสือ)	-	-	1	5	
จำนวนครั้งที่เข้า รับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช					
1-5 ครั้ง	17	85	11	55	$\bar{X} = 4.35, S.D = 2.6$ $\bar{X} = 6.5, S.D = 3.57$
6-10 ครั้ง	1	5	5	25	
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	2	10	4	20	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)					$\chi^2 = .351$
1-3 ปี	1	5	4	20	
4-6 ปี	3	15	1	5	
7-10 ปี	1	5	2	10	
10 ปีขึ้นไป	15	75	13	65	
	$\bar{X} = 13.95, S.D = 5.87$		$\bar{X} = 11.95, S.D = 6.39$		t = 3.28
อาศัยอยู่กับใคร/ผู้ดูแล					$\chi^2 = .204$
บิดาและมารดา	6	30	4	20	
บิดา	-	-	2	10	
มารดา	10	50	6	30	
สามี/ภรรยา	3	15	1	5	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		การทดสอบ ความ แตกต่าง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บุตร	-	-	1	5	
พี่/น้อง	1	5	2	10	
น้ำ/ป่า	-	-	3	15	
อยู่คนเดียว	-	-	1	5	
การรักษาที่ได้รับ					$\chi^2 = .525$
ยากิน	10	50	8	40	
ยาฉีด	-	-	-	-	
ยากินและฉีด	10	50	12	60	

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เป็นเพศชายร้อยละ 80 เพศหญิงร้อยละ 20 ซึ่งในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ร้อยละ 55 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 31-39 ปี และ 50-59 ปี ร้อยละ 20 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-39 ปี ร้อยละ 35 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 25 และในกลุ่มทดลองว่างงานมากที่สุด ร้อยละ 45 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 25

กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมา มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา 6-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25

กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 20

กลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับหรือผู้ดูแล คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอาศัยอยู่กับหรือผู้ดูแล คือ บิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนในกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับหรือผู้ดูแล คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาอาศัยอยู่กับหรือผู้ดูแล คือ บิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 20

การรักษาที่ได้รับในกลุ่มทดลอง คือ ได้รับยาชนิดรับประทานและทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมได้รับยาชนิดรับประทานและชนิดฉีดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาได้รับยาชนิดรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนอาการทางลบ	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	6.95	1.64	ปานกลาง	19	10.78	.00
หลังการทดลอง	4.10	0.91	น้อย			
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	6.90	1.65	ปานกลาง	19	1.14	.267
หลังการทดลอง	6.75	1.94	ปานกลาง			

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 6.95 (ระดับปานกลาง) หลังการทดลองเท่ากับ 4.10 (ระดับน้อย) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบหลังการทดลองอยู่ในระดับที่น้อยกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองเท่ากับ 6.90 (ระดับปานกลาง) หลังการทดลองเท่ากับ 6.75 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วย

จิตเภทหลังการทดลองไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนอาการทางลบ	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	6.95	1.64	ปานกลาง	38	0.96	.92
กลุ่มควบคุม	6.90	1.65	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.10	0.91	น้อย	38	-5.52	.00
กลุ่มควบคุม	6.75	1.94	ปานกลาง			

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.90 (ระดับปานกลาง) คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.95 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง เท่ากับ 6.75 (ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ เท่ากับ 4.10 (ระดับน้อย) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการมีอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ตัวแปรตาม คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เพศหญิงและชายอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงลักษณะอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีค่าคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และสามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ดังนี้

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ จำนวน 5 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรมครบ 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยปรับปรุง จากแบบประเมินอาการทางลบ ของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางลบ ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) สร้างมาจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ และมีความครอบคลุมเนื้อหาเฉพาะเจาะจงการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยใช้ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ 0.84 หลังจากได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำมาทดลองใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้พยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน (Burns & Grove, 2001) ตามแบบประเมินอาการทางลบ โดยพยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านพยาบาลจิตเวชทั้ง 2 ท่านประเมินพร้อมกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ 0.72

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของ Brichwood et al. (2000) ที่ปรับปรุงโดย สุภาวดี บุญชู (2551) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการจัดการอาการ โดยเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา (Lieberman, 1989; Kyung & Park, 2002; Schaub et al., 1998; Goldstein & Miklowitz, 1995; Rosenbaum et al., 2006) ที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการ

อาการทางลบ โดยทำให้เกิดพฤติกรรมในการจัดการอาการส่งผลให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ และทำให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอาการทางลบ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ เท่ากับ 0.86 และตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

- 1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและปรับปรุงเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย
- 1.2 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง แล้วดำเนินการขอรับพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก
- 1.3 เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง วันและเวลา ในการดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง เตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย จำนวน 1 คน ชี้แจงรายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่พยาบาลผู้ป่วยนอก และศึกษาประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีนัดพบแพทย์ในวันนั้น และประเมินอาการทางลบ (PANSS-T) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ แจ้งการดำเนินการทดลองและกิจกรรมในโปรแกรมที่จะทำการวิจัย หากผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งว่าหากผู้ป่วยต้องการออกขณะดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยสามารถออกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันศุกร์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แบ่งทำกิจกรรมช่วงเช้าเวลา 9.00-11.40 น. และช่วงบ่ายเวลา 13.00-15.10 น. สำหรับในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2-4 ช่วงเช้าเวลา 10.00-11.30 น. และช่วงบ่ายเวลา 13.00-14.30 น. มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 120 นาทีและ กิจกรรมที่ 2-4 ใช้เวลา 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินอาการทางลบ

(Pre-test) ภายหลังจากดำเนินการทดลองผู้วิจัยจะประเมินผลกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ มีคะแนนเฉลี่ย 65.2 คะแนน (ซึ่งมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 61 คะแนน คือ มากกว่าร้อยละ 80)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ต่อไป โดยนัดหมายกลุ่มทดลองในช่วงเช้า และนัดหมายกลุ่มควบคุมในช่วงบ่าย เพื่อประเมินอาการทางลบในกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ (PANSS-T)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินอาการทางลบ (PANSS-T) และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทนำมาวิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.78$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 4.10$ และ 6.95 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะต่ำลงมาเล็กน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการแตกต่างกับ

คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.301$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 4.10$ และ 6.63 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การจัดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการทางลบตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางลบนั้นจะขาดความมั่นใจในตนเอง ในการตัดสินใจที่จะกระทำการนั้นได้สำเร็จ (Moller and Morphy, 2001; Rector, Beck & Stolar, 2005; Kurtz et al., 2013) โดยนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยมีเนื้อหาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะจัดการอาการทางลบของตนเองได้ คือ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา (Lieberman, 1989; Shon KH. and Park SS., 2002; Schaub et al., 1998; Gouldstein & Miklowitz, 1995) โดยการใช้การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งการให้ความรู้ร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่ม (Rosenbaum et al., 2006) ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีอาการทางลบลดลง การเห็นตัวแบบจริง การได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกในโรงงานสถานการณ์จำลอง เพื่อฝึกการจัดการอาการทางลบ ซึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้นที่จะนำไปปฏิบัติต่อเองที่บ้าน (Sehwarzer and Jerusalem, 1995; Bandura, 1986) พร้อมทั้งส่งเสริมคำพูดชักจูง แนะนำ และให้กำลังใจ (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ผ่อนคลาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น หากบุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1986; Bandura, 1997) ดังนั้นการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวก สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยและผู้ช่วยแนะนำตนเอง สนทนาด้วยเรื่องทั่วไป มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลส่งผลให้ร่างกายเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ เกิดความสนใจเริ่มที่จะแสดงความคิดเห็น และปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการอาการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่ได้ประสบปัญหาเพียงลำพัง และเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะร่วมจัดการกับอาการทางลบที่ตนเป็นอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้มีความมั่นใจที่จะตัดสินใจในการจัดการอาการทางลบที่ตนเองเป็นอยู่ อันจะนำไปสู่พฤติกรรมจัดการอาการทางลบของตนเองและเกิดการจัดการอาการได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้อาการทางลบลดลง

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การให้ผู้ป่วยเห็นตัวแบบจริงซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์จัดการอาการทางลบของตนเองได้ มาเล่าประสบการณ์จัดการอาการทางลบ ที่มีเนื้อหา ดังนี้ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบตนเอง และพฤติกรรมที่ตัวแบบปฏิบัติ คือ การลงมือปฏิบัติตามแผนการ มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถติดต่อสื่อสารเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการใช้ยารักษาทางจิตเวชที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบวิธีและพฤติกรรมที่ตัวแบบใช้ในการจัดการอาการทางลบแล้วประสบผลสำเร็จ และการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวแบบจะทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านกระบวนการตั้งใจจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย คือมีพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบซึ่งผู้ป่วยก็มีลักษณะอาการทางลบที่ต้องจัดการ เช่นเดียวกับตัวแบบ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและได้รับผลประโยชน์ในการสังเกตพฤติกรรมในการจัดการอาการนั้น และเกิดกระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบในรูปสัญลักษณ์เพื่อให้จดจำง่ายขึ้น เมื่อมีการจัดการอาการทางลบของตนเองผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการการกระทำออกมาเป็นพฤติกรรมที่ได้จากตัวแบบ เกิดกระบวนการภูมิใจว่าตนเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน (Bandura, 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการเกิดความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้อาการทางลบลดลง สอดคล้องกับ Bellack (1984) ที่ใช้ตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทสังเกต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลง

3. ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่บุคคลได้มีประสบการณ์โดยตรง (Bandura, 1997; Bandura, 1986) โดยให้ฝึกการจัดการอาการจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ด้วยการยกตัวอย่างสถานการณ์จำลองแล้วให้ระบุนอาการทางลบที่เกิดขึ้น จากนั้นฝึกนำแนวทางการจัดการอาการทางลบที่ได้เรียนรู้ในการทำกิจกรรมที่ผ่านมานำมาใช้ในการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถจัดการอาการทางลบในสถานการณ์จริงได้ จากนั้นให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยนำการจัดการไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ความสำเร็จจากการฝึกการจัดการอาการที่ตนเองนำไปใช้โดยตรง ส่งผลให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการอาการทางลบที่ตนเองเป็นอยู่ได้เพิ่มมากขึ้น (Sehwarzer and Jerusalem, 1995; Bandura, 1986) และช่วยลดอาการทางลบได้ (Bellack, 1984) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cassar et al. (2013) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยใช้การฝึกประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางบวก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการอาการตนเองในชีวิตประจำวันและการแยกตัวทางสังคม ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง

4. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self-instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเอง และอาการทางลบ ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบของตนเอง ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลได้ (Chan, 2009) จากนั้นเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะจัดการอาการตนเองและมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางลบ และการจัดการอาการแล้ว (Lieberman, 1989; Shon KH. and Park SS., 2002; Schaub et al., 1998; Goldstein & Miklowitz, 1995; Rosenbaum et al., 2006) จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบจากอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่สิ่งนั้นเป็นปัญหาและมีความสำคัญที่จะต้องจัดการอาการทางลบของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการอาการทางลบได้ (Kurtz et al., 2013; Momtemagni et al., 2014) มีการให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการจัดการอาการที่นำไปใช้ที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้มีการแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์อย่างครอบคลุม (รัตนศิริ ทาโต, 2551) และการได้รับคำชักจูง ชักชวน จากผู้ป่วยในกลุ่มจะทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการอาการทางลบตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยให้คำชมเชย แนะนำ ชี้แนะให้เห็นความสำคัญในการจัดการอาการที่จะช่วยลดอาการทางลบได้หากนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Avery et al., 2009) ซึ่งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกับการทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสำเร็จ (Bandura, 1997) ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งที่ตนเองได้กระทำนั้นจะได้ผลสำเร็จยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดการตัดสินใจ

ที่จะกระทำพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบและนำพฤติกรรมนั้นนำไปใช้ต่อเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง

ดังนั้นการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ เป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในตนเองที่จะตัดสินกระทำพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบของตนเอง มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันอาการทางลบตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบคร้ว และสังคมมากขึ้น มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การจัดการอาการตนเองที่ผ่านมาร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม และทราบแนวทางการจัดการที่ได้จากการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมต่างๆ คือ การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจในทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการ อาการทางลบ การเห็นตัวแบบจริง การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับการชักจูง แนะนำ ชี้แนะ อธิบายและกำลังใจจากผู้ป่วยด้วยกันเองในกลุ่มและจากพยาบาล เกิดความรู้สึกรับประกันในความสามารถของตนเองที่จะจัดการอาการทางลบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้และสามารถฟื้นฟูศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ มีคะแนนอาการทางลบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมุติฐานข้อที่ 2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ มีอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่า การนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยมีเนื้อหาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะจัดการอาการทางลบของตนเองได้ คือ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันพร้อมทั้งการให้ความรู้ร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่ม การเห็นตัวแบบจริง ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกในใบงานสถานการณ์จำลอง และการ

นำไปฝึกปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูง แนะนำ และให้กำลังใจ ดังที่อธิบายในข้อที่ 1 ไว้แล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโรคจิตเภทที่พบในชุมชน จะมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เนื่องจากความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่ามีศักยภาพด้อยลง (Ying Wolf and Wang, 2013; Deserno et al., 2016) สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม (Moller and Morphy, 2001) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดการประเมินความสามารถของตนเองที่จะจัดการอาการของตนเองได้ (Kurtz et al., 2013) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Cassar et al. (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการตัดสินใจลดลง และเกิดประสบการณ์ทางบวก ซึ่งส่งผลให้อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bellack (1984) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางลบ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและมีอาการทางลบลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และพบว่าการนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการตนเองในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมในการจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง (Ray et al., 2005; Katakura, 2013; Kurtz et al., 2013; Cassar et al., 2013)

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนนครินทร์ ประกอบด้วย การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การนัดหมาย และการมาก่อนนัดเมื่ออาการทางจิตกำเริบ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน หากมีอาการกำเริบให้รีบมาพบแพทย์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการดูแลตนเองเพียงเบื้องต้นเท่านั้น แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองที่จะจัดการอาการทางลบ เพื่อฟื้นฟูศักยภาพตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ไม่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้แนวทางการจัดการอาการที่ได้จากการส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง จากการรับรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการและอาการทางลบ กับผู้ป่วยคนอื่นๆ ในกลุ่มที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน การได้เห็นตัวแบบจริงที่สามารถจัดการอาการทางลบตนเองได้อย่างถูกต้องและประสบความสำเร็จในการจัดการอาการทางลบ การได้ประสบการณ์ความสำเร็จโดยตรงด้วยตนเอง การได้รับคำพูดชักจูง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในความสามารถตนเองที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่จะจัดการอาการทางลบตนเอง จึงไม่จัดการอาการทางลบของตนเองที่เป็นอยู่ได้ให้ลดลง และไม่สามารถที่จะมีพฤติกรรมจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อใช้ในการจัดการอาการนั้นได้อย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน

จากคะแนนอาการทางลบที่ได้จากแบบประเมินอาการทางลบ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ มีคะแนนอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการนำแนวคิดดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ มีอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการอาการตนเองได้ (Erin, 2016) และจากการศึกษาวิจัยของ Rector, Beck & Stolar (2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความเชื่อในการแสดงบทบาทต่ำ มีความคาดหวังในพฤติกรรมของตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จต่ำ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมให้สำเร็จได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมในการจัดการอาการเกิดความคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายให้สำเร็จ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ (Hill & Startup, 2013; Rector et al., 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bellack (1984) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางลบ ที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการและช่วยพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ผลพบว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและอาการทางลบลดลง

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยมาใช้ในการประยุกต์สู่การปฏิบัติทางการพยาบาล ภายใต้ความรู้ความสามารถที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ โดยให้ความสำคัญสอดคล้องในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการนำมาบูรณาการรวมทั้งพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในกระบวนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2555)

ดังนั้นการให้การพยาบาลโดยการใช้กระบวนการกลุ่มจิตสังคมบำบัด โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ในการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการจัดการอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้อาการทางลบลดลง (Hill & Startup, 2013; Rector et al., 2005; Bellack, 1984) สามารถมีพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง พัฒนาสุขภาพตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ โดยใช้ความรู้ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเรื้อรังให้ได้รับการดูแลและพัฒนาสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งเป็นสมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2555)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับอาการทางลบที่แตกต่างกัน รวมทั้งการรู้คิดที่บกพร่อง ดังนั้นควรมีการประเมินการรู้คิดที่จะรับรู้ในระดับนามธรรมของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. พยาบาลทางจิตเวชที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มนั้นควรมีความรู้เรื่องการจัดการอาการทางลบและมีประสบการณ์ที่จะกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มอย่างทั่วถึง และสามารถนำประสบการณ์อาการทางลบของผู้ป่วยแต่ละคนมาใช้ในการวางแผนเป้าหมายในการจัดการอาการทางลบนั้น เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการทางลบที่มีความแตกต่างกัน เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามประเมินอาการทางลบเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ในระยะทุก 3 เดือน 6 เดือน จนครบ 1 ปี อีกทั้งควรประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้น หากนำไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน จะทำให้สามารถสังเกตและประเมินผู้ป่วยในการจัดการอาการทางลบในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งพยาบาลผู้นำโปรแกรมไปใช้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการได้อย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2551). **ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). **รายงานการประชุมประจำ ปีงบประมาณ 2554**. นนทบุรี: กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). **รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กชพร รัตนสมพร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 29(3): 99-112.
- กานดา ผาวิงค์. (2547). **ผลของกลุ่มศิลปบำบัดที่มีผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. สืบค้นวันที่ 28 ธันวาคม 2546 อ้างอิงจาก http://www.jvkk.go.th/research_new/details.asp?code=2349
- ขวัญสุดา บุญเทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. **Srinagarind Medical Journal**, 26: 186-189.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง. (2557). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตรอบบ้าน ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 9(1) มกราคม- เมษายน: 103-122.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ มปป. **Positive and Negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 25(3) กันยายน- ธันวาคม: 69-81.
- พชรพร ผู้ปฏิเวธ. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท: Textbook of Schizophrenia**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. (2541). **ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2544). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ (2559). **สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ระหว่าง พ.ศ. 2557-2559**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). **สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่าง พ.ศ. 2557-2559**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). **ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. 27(1) มกราคม- เมษายน: 136-148.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์. (2553). **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท**. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. 4(1). 1-9.
- เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 25(3) กันยายน ธันวาคม: 24-37.

- ศิรินันท์ ลิ้มทองคำ. (2559). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สเปญ อุณองค์. (2551). **โรคจิตเภท (Schizophrenia)**. อ้างอิงจาก <http://www.infomental.com/schizophrenia.htm>
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2555). **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บุรณาการสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- หงส์ บรรเทิงสุข. (2545). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ หาค่า. (2552). **การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทรและวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2551). **โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วย**

จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** กรุงเทพฯ: วิเจ ประินตั้ง.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เพ็องฟ้าพรินตั้ง.

เอมิกา กลยนี้ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. **วารสารพยาบาลตำรวจ.** 7(1) มกราคม-มิถุนายน: 130-139.

เอมทัย ศรีจันทร์หล้า (2556). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.** 4th ed Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV-TR (4 th ed.).** Washington D.C: Auther.

Andresen, N.C. (1989). The Scale for the assessment of negative symptoms (SANS) Conceptual and theoretical foundations. **British Journal of Psychiatry** 155: 49-52.

Avery, R., Startup, M., Calabria, K, (2009) Therole of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia. **Psychiatry Research** 167: 36-46.

Baker, A.F. (1989). How families cope. **Journal of Psychosocial Nursing,** 27: 31-36.

Bandura. (1977). Self-effcacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review** 84(2): 191-215.

- Bandura. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman.
- Beck, A. T., Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. **Annual Review Clinical Psychology**, 1: 577-606.
- Bellack, S. Alan, Samuel M. Turner, Michel Hersen, Raymond F. Luber. (1984). An Examination of the Efficacy of Social Skills Training for chronic Schizophrenia Patients. **Hospital and Community Psychiatry** 83(10): 1023-1027.
- Bellack, A. S., Muesser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). Social skill training for schizophrenia: A step-by-step guide (2nd ed.). **New York, NY: Guilford Press**.
- Bentall, R.P., Simpson, P.W., Lee, D.A., Williams, S., (2010). **Motivation and avolition in schizophrenia patients: the role of self- efficacy**. *Psychosis* 2: 12-22.
- Bobes, J., Arango, C., Garcia, M., Rejas, J., CLAMORS Study Collaborative Group. (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with Schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. **J. Clin. Psychiatry**. 71 (3):280-286.
- Buchanan, R. W., (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: An overview. **Schizophrenia Bulletin** 33: 1013-1022.
- Bunney, W. E., Jr., & Bunney, B. G. (1999). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. In: Charney Ds, Nestle E, Bunney Bs, editors. **Neurobiology of mental illness**. New York: oxford University Press, 225-35.
- Burns, N. and Grove, S. (2001). **The Practice of Nursing Research: Conduct Critique and Utilization**. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Burns, N. and Grove, S.K. (2005). **The practice of nursing: Conduct, critique, and utilization**. St. Loius: ELSEIVER Saunders.
- Carol, G. C. (2005). Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients With Mood Disorder. **J Am Psychiatry Nurses Assoc** 11(5): 283-289.
- Carpenter WT Jr, Strauss JS and Bartko JJ. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from WHO international Pilot Study of Schizophrenia. **Science** 182: 1275-1277.
- Cassar Raymond, Eve Applegate, Richard P. Bentall. (2013). Poor savouring and low

self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with schizophrenia spectrum disorders. **Psychiatry Research** 210: 830-834.

Chan Sally Wai-chi, Bill Yip, Steve Tso, Bing-shu Cheng, Wilson Tam. (2009).

Evaluation of psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling* 75: 67-76.

Chia et al., (2010). The Schizophrenia Cognition Rating Scale: Validation of an interview-based assessment of cognitive functioning in Asian patients with Schizophrenia. **Psychiatry Research** 178: 33-38.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). Self-determination theory an approach to human motivation and personality. Retrieved January 5, 2009, from <http://www.Urpress.com/htm>.

Dennis G, Robert A and Michael S, et al. (2000). Management of Negative Symptoms Among Patients With Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups. **Psychiatric service** 51: 4-4.

Deserno, L., Heinz, A., Schlagenhauf F. (2016). Computation approaches to schizophrenia: A perspective on negative symptoms. **Schizophrenia Research**.

Earnst, K.s., Kring, A.M., (1999). Emotional responding in deficit and non- deficit Schizophrenia. **Psychiatry Research** 88: 191-207.

Elis, O., Caponigro M. J., Kring M. A. (2013). Psychosocial treatment for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. **Clinical Psychology Review**, 33: 914-928.

Erin, Willis. (2016). Patients' self-efficacy within online health communities: facilitating chronic disease self-management behavior through peer education. **Health communication** 31(3): 299-307.

Galderisi et al., (2014). The influence of illness-related variables personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. **World Psychiatry** 13(3): 275-287.

Gouldstein, M. J., & Miklowitz, D. J. (1995). The effectiveness of psychodeucational

- family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. **Journal of Marital and Family Therapy** 21: 361-376.
- Grant, P., Beck, A.T., (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 35: 798-806.
- Hill Kimberley, and Mike Startup. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. **Psychiatry Research** 206: 151-157.
- Hyera Yoo, Chun Ja Kim, Yeonsoo Jang, Mi-Ae You. (2011). Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. **International Journal of Nursing Practice** 17: 599-606.
- Juckel, G., Schlagenhauf, F., Koslowski, M., Filonov, D., Wustenberg, T., Villringer, A., Knutson, B., Kienast, T., Gallinat, J., Heinz, A., (2006). **Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenic patients treated with typical, not atypical, neuroleptic.** *Psychopharmacology* 187(2): 222-228.
- Karidi, M.V., Stefanis, C.N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A.D., Stefanis, N.C., (2010). **Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia.** *Comprehensive Psychiatry* 51: 19-30.
- Katakura Naoko, Kazumasa Matsuzawa, Kazue Ishizawa, Chikako Takayanagi. (2013). Psychological and physical self – management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: A qualitative study. **International Journal of Nursing Practice** 19(2): 24-33.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.D. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 13: 261-276.
- Kern, R., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009). Psychosocial Treatment to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 35(2): 347-361.
- Kirkpatrick, B. et al. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. **Schizophrenia Bulletin** 32: 214-219.
- Kirkpatrick, B., Miller, B., Garcia-Rizo, C., Fernandez-Egea, E. (2014). Schizophrenia: A Systemic Disorder. **Clinical Schizophrenia & Related Psychosis Summer**.

73-79.

- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. **Journal of Mental Health** 17: 482-491.
- Kurtz, M. Matthew , Rachel H. Olfson ,Jennifer Rose. (2013). Self-efficacy and function status in schizophrenia: Relationship to insight, cognition and negative symptoms. **Schizophrenia Research** 145: 69-74.
- Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park. (2002). Medication and Symptom Management Education Program for the Rehabilitation of Psychiatric Patients in Korea: The Effect of Promoting Schedule on Self-efficacy Theory. **Yonsei Medical Journal** 43(5): 579-589.
- Liberman RP, Derisi WJ, Mueser KT. (1989). Social Skills Training for Psychiatric Patients. Boston: **Allyn & Bacon**.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W. (2004). Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: association with personality, symptoms and neurocognition. **Health Qual. Life Outcomes**. 2,15 Mar; 153(1-3): 177-83.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Maj, M., & The Family Intervention Working Group. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. **Psychiatric Services**, 47: 744-750.
- Melli, F. S., Hauff, E. Vaglum, (2000). Social Functioning of Patients With Schizophrenia in High-Income Welfare Societies **Psychiatr Serv** 51: 223-8.
- Mintz, A. R., Dodson, K.S., Romney, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta analysis. **Schizophrenia Research** 61: 75-88.
- Moller, M.D. and Murphy, M.F. (2001). Neuro biological responses and schizophrenia and psychotic disorder. In Stuart, G.W. and Lara, M.T.: **Principle and practice of psychiatric of Psychiatric nursing**. St. Louis: Missouri.
- Mccann V. Terence. (2008). The self-efficacy model of medication adherence in chronic mental illness. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness in association with Journal of Clinical Nursing** 17: 329-340.
- Mintz, A. R., Dodson, K.S., Romney, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-

- analysis. **Schizophrenia Research** 61: 75-88.
- Montemagni Cristiana, Castagna Filomena, Crivelli Barbara, Marzi De Giampiero, Frieri Tizina, Macri Antonio, Rocca Paola. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. **Psychiatry Research**. 102-111.
- Morimoto, T., Matsuyama, K., Ichihara-Takeda, S., Murakami, R., Ikeda, N., (2012). **Influence of self-efficacy on the inter personal behavior of schizophrenia patient undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services.** *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 66: 203-209.
- Norman, R.M., et al. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 102: 303-309.
- Overall, J. E. and Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports** 10: 799-812.
- Palmer BW, Heaton RK, Gladsjo JA et al. (2002). Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. **Schizophrenia Research** 55: 205-215.
- Pan, L., Mellor, D., and McCabe, M., Hill, B., Tan, W., and Xu, Y. (2011). An Evaluation of the Shanghai Mental Health Service Schizophrenia Rehabilitation Program. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation** 14: 287-306.
- Patel, R., Jayatilleke, N., Jackson, R., Stewart, R., & McGuire, P. (2014). Investigation of negative symptoms in schizophrenia with a machine learning text-mining approach. **Lancet** 383, S16.
- Perivoliotis, D. & Cather, C. (2009). Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms. **Journal of clinical psychology** 65(8): 815-830.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Bingham S, Collins J. (2008). Association of symptomatology and cognitive deficit to functional capacity in schizophrenia. **Schizophrenia Research** 99: 192-199.
- Phanthunane Pudtan, Vos Theo, Whiteford Harvey, Bertram Melanie, Udomratn Pichet. (2010). **Schizophrenia in Thailand : prevalence and burden of disease.** *Population Health Metrics* 8: 24.

- Polit, D. F., and Hungler, B.P. (1999). **Nursing Research Principle and Methods**. 6th ed. New York: Lippincott.
- Ray, M., John, P.A. and Kate, L. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). **Health Promotion Practice** 6(1): 37-43.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. **Can J Psychiatry** 50: 247-257.
- Rice, J. (2006). **Mathematical statistics and data analysis**. Nelson Education.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., et al. (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: Two-year outcome data from the Danish National schizophrenia project. **World Psychiatry** 5: 100-103.
- Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2000). **Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry VII**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock B. J., & Sadock, V. A. (2002). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry**. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral science, clinical psychiatry**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schaub Annette, Bernd Behrendt, Hans Dieter Brenner. (1998). A multi-hospital evaluation of the Medication and Symptom Management Modules in Germany and Switzerland. **International Review of Psychiatry** 10: 42-46.
- Schollosser A. Danielle et al., (2015). Modeling the role of negative symptoms in determining social functioning in individuals at clinical high risk of psychosis. **Schizophrenia Research** 169: 204-208.
- Sehwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale In: Weinman, J., Wright, S., Johnston, M. (Eds), **Measures in Health Psychology: A User's Portfolio**. Causal and Control Beliefs. NFER-Nelson, **Windsor, UK**, 35-37.
- Shepard, P.D., Holcomb, H.H., and Gold, J.M. (2006). Schizophrenia in translation: the

presence of absence: habenular regulation of dopamine neurons and the encoding of negative outcomes. **Schizophr Bull** 32(3): 417-421.

Shon K.S. and Park S.S. (2002). Medication and Symptom Management Education Program for the Rehabilitation of Psychiatric Patients in Korea: The Effect of Promoting Schedule on Self-efficacy Theory. **Yonsei Medical Journal** 43(5): 579-589.

Tandon, R., and Jibson, M. (2004). **Negative symptoms of schizophrenia: How to treat them most effectively** (online). Available From http://www.currentpsychiatry.com/2004_09/09_02_schizo.asp. [2008. September 22]

Taylor, M.C. (1994). **Culture diversity in health & illness**. Connecticut: Appleton & Lange. Mccann V. Terence. (2008). The self- efficacy model of medication adherence in chronic mental illness. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness in association with Journal of Clinical Nursing** 17: 329-340.

Ventura, Joseph. Keith, H. Nuechterlein., Kenneth, L. Subotnik., Michael, F. Green., Michael, J. Gitlin. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. **Schizophrenia Research** 69: 343– 352.

Walker, E., Lewine, R., Neuman, C. (1996). Childhood behavioral characteristics and adult brain morphology in schizophrenia. **Schizophr Res** 22: 93-101.

World Health Organization. (2006). The ICD-10 Classification of mental and Behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: **World Health Organization**.


World Health Organization. (2010). **Schizophrenia**. Retrieved June 26, 2010, from www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/en/

Ying L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and Self-Stigma in Chinese patients with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry**. 35: 83-88.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

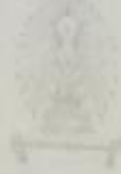
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์พงศธร ระพีพัฒน์ชัย	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. นางสาวอนงค์นุช ศาโศรก	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. ผศ.ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
5. อาจารย์อังสนา เบญจมินทร์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ที่ ศบ 0512.11/ 2๕๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/๒ กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

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

เนื่องด้วย นางสาวคองมล มีชัยดีร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภามา แดงค้อมสุทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. นายแพทย์พงศธร ระพีพัฒน์ชัย | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 2. นางสกาวิรัตน์ พวงสัดดา | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ |
| 3. นางสาวอนงค์นุช ศาโคตรก | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

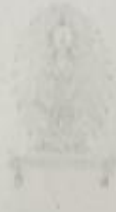
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์พงศธร ระพีพัฒน์ชัย, นางสกาวิรัตน์ พวงสัดดา และนางสาวอนงค์นุช ศาโคตรก
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญภามา แดงค้อมสุทธิ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวคองมล มีชัยดีร์ โทร. 09-0987-8764

ที่ ศบ 0512.11/๑๖๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพวช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวคณมล มัทย์ศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี อาจารย์ ดร. เทียนภา แดงต้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชนและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เมศพิชญ์วัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทียนภา แดงต้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวคณมล มัทย์ศรี โทร. 09-0987-8764

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...๐๒/๒๕๖๐.....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการจัดการค่อยาการทางลบ
ของผู้ป่วยจิตเภท

รหัสโครงการ : ๐๒/๒๕๖๐
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวศกลภล มัชฌิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

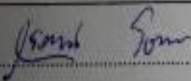
สถานที่ทำการวิจัย (แผนก / หน่วยงาน) : แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนินทร์

เอกสารรับรอง 1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับเดือน ที่เข้ามาขอรับรอง เดือนมกราคม ๒๕๖๐
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

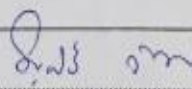
วันที่รับรอง : ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

วันหมดอายุ : ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ดำเนินการให้
การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki,
The Belmont Report, WHO Guideline for IRB ข้อบังคับของแพทยสภา (๒๕๔๕) หมวด ๘ ว่าด้วย
การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

ลงนาม 
(นางนพพรวัชรวัฒน์ ไชยชาญ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
(แพทย์หญิงบุญศิริ จันทร์สมภล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนินทร์

วันที่...๒๓.../...มกราคม/ ๒๕๖๐

ภาคผนวก ค

ข้อมูลและไปรษณียบัตรสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่อ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวดลกมล มัทย์ตร์ นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต นอกเวลาราชการ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	98/53 หมู่ 5 ตำบล บางคูรัด อำเภอบางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี 11110
โทรศัพท์ (มือถือ)	090-9878764
E-mail Address	toeyya2556@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
- โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการ
 - 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้
 - 4.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการดูแลระเบียบผู้ป่วย ที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตท่านในการทดสอบ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้
 1. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เพศหญิงและชาย
 2. อายุระหว่าง 20-59 ปี
 3. ได้ผ่านการทดสอบแบบประเมินอาการทางลบ
 4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และสามารถอ่านออกเขียนได้

4.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญในการศึกษาครั้งนี้ และอาจถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม 1 หรือกลุ่ม 2 ซึ่งมีกระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ได้แก่ การคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การนัดหมาย และการมาก่อนนัดเมื่ออาการทางจิตกำเริบ จะได้รับการประเมินอาการทางลบ จำนวน 13 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2 ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพิ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้วิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ก่อนเข้าร่วมวิจัย ประเมินอาการทางลบ โดยผู้วิจัยสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการอาการ ใช้เวลา 120 นาที ซึ่งแบ่งเป็นกิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1.1-1.2 ใช้เวลา 80 นาที และกิจกรรมที่ 1.3 ใช้เวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สัมภาษณ์ตัวแบบ ใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ทบทวนการจัดการอาการด้วยตนเอง ใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลการนำไปใช้ ใช้เวลา 90 นาที

หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ โดยตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที และประเมินอาการทางลบหลังจากสิ้นสุดเข้าร่วมโปรแกรมถัดไปอีก 1 สัปดาห์ มีจำนวน 13 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

5. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการด้วยตนเองโดยส่งเสริมสมรรถนะในตัวผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางลบ อีกทั้งเป็นแนวทางในการส่งเสริมความมั่นใจและศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
8. ข้อมูลเกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม
9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

บัตรประชาชนผู้ป่วย เลขที่

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการต่อ

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดลกมล มัทย์ตรี

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 98/53 หมู่ 5 ตำบล บางคูรัด อำเภอบางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี 11110

โทรศัพท์ (มือถือ) 090-9878764 E-mail Address: toeyya2556@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

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

ลงชื่อ.....

(นางสาวดลกมล มัทย์ตรี)

ผู้วิจัยหลัก

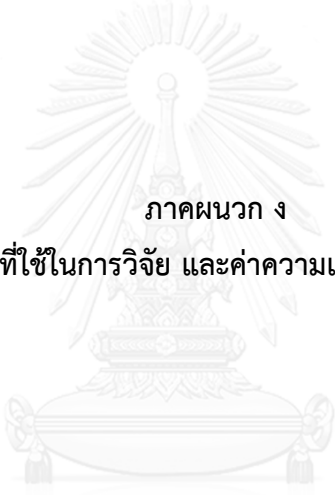
ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 20-30 ปี 31-39 ปี
 40-49 ปี 50-59 ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย
 หย่า แยกกันอยู่ อื่นๆ ระบุ.....
4. การศึกษา ไม่ได้เรียน อนุปริญญา/ ปวส.
 ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 มัธยมศึกษาตอนต้น สูงกว่าปริญญาตรี
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.



ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา		
2	ขณะพูดคุยนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3		
4		
5		
6	ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การทำบุญตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น		
8	มักอยู่คนเดียวเสมอ		
9		
10		
11		
12		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก ไม่ค่อยมีความหมาย เรื้อย เปื่อย		

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาความสามารถในการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ว่า ท่านมีความเชื่อมั่น

มากน้อยในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องที่ท่านเลือก โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบคำถาม ดังนี้

เชื่อมั่นมากที่สุด	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป
เชื่อมั่นมาก	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 61-80
เชื่อมั่นปานกลาง	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 41-60
เชื่อมั่นน้อย	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 21-40
เชื่อมั่นน้อยที่สุด	มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและการจัดการอาการตนเอง					
2. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความรู้และความเข้าใจอาการทางลบที่เกิดกับตนเอง					
3.....					
4.....					
.....					
.....					
.....					
13.....					
14. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถแสดงพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบได้					
15. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันได้รับการจูงใจและกำลังใจ เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบทำให้ฉันมั่นใจในการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ต่อที่บ้าน					
คะแนนรวมทั้งหมด.....คะแนน					

ตัวอย่าง การหาค่า Reliability

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) จากวิธี Inter-rater reliability โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
NS 1	5.800	.63246	10
NS 2	5.800	.63246	10

Correlation

	NS 1	NS 2
NS 1 Pearson Correlation	1	.722
Sig (2-tailed)		.018
N	10	10
NS 2 Pearson Correlation	.722	1
Sig (2-tailed)	.018	
N	10	10

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการ
 อាកาร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0.865	0.865	15

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Self 1	47.3667	67.689	.378	.864
Self 2	47.6000	63.972	.690	.847
Self 3	47.3333	64.782	.659	.849
Self 4	47.4000	68.317	.570	.855
Self 5	47.4667	61.982	.758	.842
Self 6	47.5000	66.741	.447	.860
Self 7	47.2333	65.840	.637	.851
Self 8	47.4667	65.844	.514	.856
Self 9	47.6333	66.447	.534	.855
Self 10	46.7667	67.013	.496	.857
Self 11	47.1333	67.499	.470	.858
Self 12	47.1667	69.799	.336	.864
Self 13	47.4000	70.731	.269	.868
Self 14	47.2667	67.306	.483	.858
Self 15	47.0667	67.926	.426	.861

ภาคผนวก จ

ตารางการเปรียบเทียบ (Matched pair)

ตารางแสดงการกำกับการทดลอง และตารางคะแนนอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ของคะแนนอาการทางลบและเพศ ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	คะแนนอาการ ทางลบ	เพศ	คะแนนอาการ ทางลบ
1	ชาย	6	ชาย	6
2	ชาย	11	ชาย	10
3	ชาย	10	ชาย	11
4	หญิง	8	หญิง	7
5	ชาย	8	ชาย	8
6	หญิง	7	หญิง	8
7	ชาย	8	ชาย	8
8	ชาย	7	ชาย	7
9	ชาย	8	ชาย	8
10	หญิง	6	หญิง	5
11	ชาย	5	ชาย	5
12	ชาย	8	ชาย	8
13	ชาย	7	ชาย	7
14	ชาย	6	ชาย	6
15	ชาย	6	ชาย	6
16	ชาย	5	ชาย	5
17	ชาย	5	ชาย	5
18	ชาย	6	ชาย	6
19	ชาย	5	ชาย	5
20	หญิง	6	หญิง	6
Max		11		11
Min		5		5
\bar{X}		6.9		6.85
S.D		1.65		1.69

ตารางที่ 9 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ (n=20)

กลุ่มทดลอง	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ	แปลผล
คนที่ 1	69	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 2	62	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 3	64	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 4	63	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 5	62	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 6	62	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 7	69	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 8	64	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 9	69	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 10	70	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 11	67	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 12	64	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 13	68	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 14	62	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 15	61	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 16	66	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 17	64	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 18	69	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 19	67	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 20	62	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 10 คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post -test)

คู่มือ	คะแนนอาการทางลบ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	6	4	6	5
2	11	6	10	10
3	10	6	11	11
4	8	5	7	8
5	8	3	8	8
6	7	4	8	9
7	8	4	8	8
8	7	4	7	6
9	8	5	8	8
10	6	4	6	5
11	5	2	5	4
12	8	4	8	8
13	7	4	7	7
14	6	4	6	6
15	6	3	6	6
16	5	4	5	5
17	5	4	5	4
18	6	4	6	6
19	5	4	5	5
20	7	4	6	6
Mean	6.95	4.1	6.90	6.75
S.D.	1.64	0.91	1.65	1.94



ภาคผนวก ฉ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบ
ของผู้ป่วยจิตเภท**

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ
กิจกรรมที่ 1.1-1.3

สัปดาห์ที่ 1 วันที่..... เวลา

ระยะเวลา 120 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคจิตเภท

สถานที่สอน ห้องกิจกรรมกลุ่ม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้ากลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการอาการทางลบของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. สมาชิกในกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย เกิดความคุ้นเคย และเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการกับอาการของตนเอง
4. เพื่อให้สมาชิกสามารถบอกลักษณะอาการทางลบและการจัดการอาการตนเอง
5. สมาชิกสามารถบอกถึงปัญหาและผลกระทบของอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเห็นความสำคัญที่จะจัดการอาการทางลบตนเอง เพื่อป้องกันอาการทางลบมากขึ้น

สาระสำคัญ

การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกจะช่วยสร้างความไว้วางใจ มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม เกิดการผ่อนคลายทางด้านร่างกายและจิตใจ และให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์

ความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการอาการของตนเอง ซึ่งการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงลำพัง พร้อมทั้งทำให้ผู้วิจัยทราบความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยพื้นฐานของแต่ละคน แล้วให้สมาชิกร่วมกันวางเป้าหมายกลุ่ม เกี่ยวกับตนเองต้องมีความสามารถในการจัดการอาการทางลบตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรม ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ทราบแนวทางการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อลดอาการทางลบ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการ เกิดความมั่นใจที่จะจัดการอาการด้วยตนเอง และผู้วิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหา ผลกระทบของอาการทางลบ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบของอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกในการที่จะป้องกันอาการทางลบมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการอาการด้วยตนเอง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่มโดยเริ่มจากผู้วิจัย กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ผู้วิจัยใช้การแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์ เพื่อแสดงถึงความจริงใจ และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเองกล่าวสวัสดิ แล้วแนะนำบอกชื่อ สกุล จนครบสมาชิกทุกคนในกลุ่ม เพื่อให้ผู้วิจัยและสมาชิกทำความรู้จักกัน ให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม เกิดการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ (10 นาที)

2. สร้างบรรยากาศความเป็นกันเองและความคุ้นเคยภายในกลุ่ม ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ต่อจากนั้นผู้วิจัยสนทนาในเรื่องทั่วไป และเก็บข้อมูลในการเข้าร่วมสนทนาพูดคุยของผู้ป่วยเป็นความลับ พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล รับประทานอาหารในกลุ่มอย่างทั่วถึง (3 นาที)

3. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งโปรแกรม (2 นาที)

กิจกรรมที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

1. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันวางแผนเป้าหมายกลุ่ม คือ ตนเองสามารถที่จะจัดการอาการทางลบ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และผู้วิจัยอธิบายถึงความจำเป็นของการมีระเบียบและข้อปฏิบัติกลุ่ม (3 นาที)
2. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุประเบียบและข้อปฏิบัติกลุ่ม (2 นาที)
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตเวช คือ โรคจิตเภท อาการทางลบ การจัดการของตนเอง แล้วผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการร่วมอภิปราย (15 นาที)
4. ผู้วิจัยชี้ให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงลำพัง ร่วมทั้งเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะร่วมกันจัดการอาการทางลบที่ตนเป็นอยู่ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม (3 นาที)
5. ผู้วิจัยแจ้งลักษณะกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มทราบและบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม (2 นาที)
6. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ โดยใช้แผ่นให้ความรู้รูปภาพร่วมกับการบรรยาย พร้อมใช้บัตรคำถามหรือบัตรรูปภาพ ให้สมาชิกนำบัตรคำตอบมาติดบนกระดาน ที่มีเนื้อหาในใบความรู้ที่ 1/1 เรื่องโรคจิตเภท และใบความรู้ที่ 1/2 การจัดการอาการตนเองและอาการทางลบ ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผน การตรวจสอบอาการทางลบ ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการใช้ยา
7. ผู้วิจัยบรรยายพร้อมตั้งคำถามโดยใช้กระดาษหัวข้อความหรือแผ่นรูปภาพ ติดบนกระดานและกระตุ้นในสมาชิกแต่ละกลุ่ม ร่วมกันอภิปรายนำคำตอบมาติดที่กระดาน พร้อมทั้งผู้วิจัยให้การบรรยายเพื่อสอดแทรกความรู้เพิ่มเติมในแต่ละหัวข้อ (20 นาที)
8. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุป ในบัตรคำตอบที่สมาชิกนำมาติด ในหัวข้อเรื่องโรคจิตเภท การจัดการอาการ และอาการทางลบ เพื่อให้สมาชิกทราบคำตอบที่ถูกต้องและเสริมความรู้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนหลังจากจบกิจกรรม (5 นาที)
9. ผู้วิจัยส่งเสริมสมาชิกให้เกิดความผ่อนคลายและช่วยลดความวิตกกังวลจากการได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการและอาการทางลบ โดยซักถามถึงความมั่นใจที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางลบของตนเองต่อไปได้ โดยให้สมาชิกทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (5 นาที)

10. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1.1 อาการทางลบตนเองเราจัดการได้ ให้สมาชิกในกลุ่มทำ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง (5 นาที)

11. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกมีความมั่นใจตนเองในการระบุอาการทางลบตนเองที่ถูกต้องเพื่อทราบพฤติกรรมในการจัดการอาการทางลบตนเองได้อย่างเหมาะสม (5 นาที)

กิจกรรมที่ 1.3 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความสำคัญของปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้น และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการป้องกันอาการทางลบที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น หากสมาชิกไม่สามารถจัดการอาการทางลบได้ และมีผลกระทบอย่างไร (15 นาที)

2. ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลความสำคัญของปัญหาและผลกระทบของอาการทางลบ ผ่านใบความรู้ที่ 1/3 โดยใช้รูปภาพที่เป็นผลกระทบจากอาการทางลบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน แล้วให้สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อให้สมาชิกเกิดการรับรู้ในความเจ็บป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะต้องได้รับการจัดการ และพร้อมที่จะรับการเรียนรู้ในการจัดการอาการตนเองต่อไป (15 นาที)

3. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1.2 เพื่อให้สมาชิกเห็นผลกระทบจากอาการทางลบของตนเอง และมีการรับรู้ถึงการจัดการอาการตนเองอย่างไรที่จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว สังคมได้ และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการอาการตนเอง (5 นาที)

4. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัย นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งหน้าต่อไป (5 นาที)

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 1/2 การจัดการอาการและอาการทางลบ
3. ใบความรู้ที่ 1/3 ความสำคัญของอาการทางลบ
4. ใบงานที่ 1.1 อาการทางลบตนเอง เราจัดการได้
5. ใบงานที่ 1.2 ปัญหาของอาการทางลบและการจัดการ
6. ใบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ปากกา
8. กระดาษรูปหัวใจ
9. บอร์ดให้ความรู้รูปภาพ

10. แผ่นบัตรคำถาม/รูปภาพ

11. แผ่นคำตอบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ การตอบแสดงความคิดเห็น
2. ประเมินการตอบคำถามในใบงานที่ 1.1, 1.2 และใบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท
3. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการอาการทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
4. ประเมินจากคำพูดของสมาชิกจากการมีความมั่นใจที่จะจัดการตนเองต่ออาการทางลบ



ใบงานที่ 1.1

อาการทางลบที่เราจัดการได้

อาการทางลบของตนเอง

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คุณมีอาการทางลบกี่ข้อค่ะข้อ

คุณคิดว่าคุณสามารถจัดการอาการทางลบตนเอง ได้หรือไม่

ได้

ไม่ได้



ใบงานที่ 1.2
ปัญหาของอาการทางลบและการจัดการ

ท่านพบปัญหาอะไรจากอาการทางลบ	ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร

เมื่อฉันได้คิดทบทวนเกี่ยวกับอาการทางลบที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว
สังคม ฉันมีความรู้สึกที่จะจัดการอาการทางลบของตนเอง

- ฉันเห็นด้วยกับความคิดนั้น ฉันรู้สึกที่จะจัดการกับอาการทางลบ ฉันมั่นใจที่จะจัดการกับอาการทางลบ
- ฉันไม่เห็นด้วยกับความคิดนั้น ฉันรู้สึกที่จะจัดการกับอาการทางลบ ฉันมั่นใจที่จะจัดการกับอาการทางลบ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดลกมล มัทย์ตร์ เกิดวันที่ 16 เมษายน 2527 ที่จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปี พ.ศ. 2549 เข้ารับ
การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2557
ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

