

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ



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 EDUCATIVE SUPPORTIVE PROGRAM ON SELF-CARE
BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH
NEGATIVE SYMPTOMS IN COMMUNITY

Miss Namthip Krithong



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	ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การ ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ
โดย	นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

น้ำทิพย์ ไกรทอง : ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ (THE EFFECT OF EDUCATIVE SUPPORTIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 119 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem, (2001) 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) แบบประเมินอาการทางลบ โดยเครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 .92 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777312636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-CARE BEHAVIORS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS / COMMUNITY / EDUCATIVE AND SUPPORTIVE PROGRAM

NAMTHIP KRITHONG: THE EFFECT OF EDUCATIVE SUPPORTIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 119 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare self-care behaviors of schizophrenic patients with negative symptoms in community before and after their participation in the educative and supportive program and to compare the self-care behaviors of schizophrenic patients with negative symptoms in community who participated in the educative and supportive program and those who participated in regular nursing care. Forty samples were schizophrenic patients, 20 patients were randomly assigned into experimental group and the others were control group, who met the inclusion criteria. The experimental group received the educative and supportive program while control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) The educative and supportive program, 2) Self-care behaviors questionnaire, 3) A test of knowledge about schizophrenia, and 4) The negative syndrome scale. These instruments were tested for content validity by five experts. The reliability of scales were .81, .92 and .75, respectively. Data was analyzed using descriptive, and t-test statistic.

Major findings were as follows:

1. The self-care behaviors of schizophrenic patients with negative symptoms in community who participated in the educative and supportive program was significantly higher than those before the experimental, at the .05 level.

2. The self-care behaviors of schizophrenic patients with negative symptoms in community who participated in the educative and supportive program was significantly higher than those of patients who participated in regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบฉบับนี้ สามารถสำเร็จผลได้นั้น เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งถึงความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และอาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบภายนอกวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนางานและวิทยานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์แบบมีคุณค่ายิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน หัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนร่วมงาน และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่อนุญาตให้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง และให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัวไกรทอง ที่ให้ความรักความอบอุ่นและคอยค้ำจุนให้ผู้วิจัยผ่านอุปสรรคต่างๆ ได้ด้วยดี สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดามารดา คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทและผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและประสพแต่ความสุขความเจริญตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	14
2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	21
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	29
4. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้.....	40
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม.....	56
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะทั่วไป.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	86
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	98
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	107
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
ภาคผนวก ฉ ตารางคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการแปรผลของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังการทดลอง	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	119

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การออกแบบโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้	43
ตารางที่ 2 ตารางแสดงขั้นตอนการ Matched paired กลุ่มตัวอย่าง	52
ตารางที่ 3 ตารางแสดงกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ของ กลุ่มทดลอง	68
ตารางที่ 4 ตารางสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	69
ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย	71
ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ มีอาคารทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	73
ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ มีอาคารทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	74
ตารางที่ 8 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มี อาคารทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านการรู้คิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999: online) และเป็นปัญหา 1 ใน 10 ของโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด พบความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sandock and Sadock, 2007) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของผู้มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2556 โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยคิดเป็นร้อยละ 36.05, 50.03 และ 48.14 ตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้แก่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นลำดับ 1 โดยคิดเป็นร้อยละ 52.27, 36.12 และ 35.01 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศกองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2556)

จากข้อมูลในการประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีมากที่สุดกว่า 1 ใน 3 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด คือ มีจำนวน 388,369 ราย สำหรับผู้ป่วยนอก และจำนวน 20,634 ราย สำหรับผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 35.01 และร้อยละ 23.52 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ โดยเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.2 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (งานสารสนเทศโรงพยาบาลกระทุ่มแบน, 2558) ซึ่งตามปกติผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือปัญหาสำคัญที่พบบ่อยและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ กลุ่มอาการทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Robert (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 30-50 โดยอาการทางลบจะมีการแสดงออกที่น้อยกว่าคนปกติทั่วไปควรจะมี ได้แก่ มีหน้าตาเฉยเมย พูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัวผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวัน ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง ซึ่งอาการทางลบนี้ ก่อให้เกิด

ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยในต่างประเทศของ Kirkpatrick et al. (2006) ที่พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวทำนายสำคัญของการพยากรณ์โรคที่แย่ง ผลลัพธ์ทางสังคมที่แย่ง และคุณภาพชีวิตที่แย่ง ดังนั้น อาการทางลบจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ควรได้รับการแก้ไขและไม่ควรมองข้ามไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่องไป ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก (Orem, 2001) ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดอาการทางจิตมาก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ปัจจุบันแนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงเปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง โดยพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลนั้นจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของ การกระทำ (Orem, 2001)

จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามวัตรส่วนตัว (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545; พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการปรับตัว มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น บทบาทความเป็นผู้นำครอบครัว บทบาทการเป็นสามีและภรรยา (Mueser and McGurk, 2004) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความยากลำบากในการสนทนา การแสดงความต้องการและความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยมักไม่เชื่อว่าตนเองป่วย จึงปฏิเสธการรับประทานยา (Kaplan and Sadock, 2000) ขาดการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถจัดการกับ

อาการต่างๆก่อนการกำเริบ เช่น การจัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ อาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยา (Kennedy al et., 2000) เหล่านี้ล้วนสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการทางลบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเมื่อมีการเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ธีราพร มณีนาถและคณะ, 2548) และปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการทางลบส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองบกพร่อง (Holmberg and kane, 1999) สอดคล้องกับ Robert (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 30 ที่มีอาการทางลบจะขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทักษะการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการสื่อสาร นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความสามารถในการรับรู้ การใช้เหตุผล การจัดการอารมณ์และการคำนึงถึงสุขภาพตนเอง ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (เสวิกุล จำสนอง, 2546) เมื่อผู้ป่วยขาดการสนับสนุนจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้ได้รับความใส่ใจจากสังคมทำให้ขาดพลังอำนาจไม่สามารถตัดสินใจลงมือกระทำการดูแลตนเองได้ ทั้งนี้การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมและปัจจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะการขาดความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอาการทางลบ จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ชุมชนมากที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจึงสั้นลง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2547) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมากเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง การให้บริการจะให้ในลักษณะผู้ป่วยนอก ได้แก่ การสัมภาษณ์ประวัติ พบแพทย์ วินิจฉัยปัญหา รับยากลับบ้าน การให้ความรู้ในขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นเป็นการให้คำแนะนำตามระยะเวลาที่มีจำกัด ในลักษณะรายบุคคลหลังได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยพยาบาลจิตเวชประจำแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ให้คำแนะนำในระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งเป็นคำแนะนำเรื่องทั่วไปในการดูแลตนเองไม่ได้เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มาใช้บริการทำให้ไม่มีเวลาในการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ทำให้มีการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงกับความต้องการ อีกทั้งอาการทางจิตก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี เนื่องจากส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ที่เสื่อมถอยและยิ่งหากไม่ได้รับ

การฟื้นฟูอย่างเหมาะสมก็จะก่อให้เกิดการเสื่อมถอยขึ้นอย่างถาวรได้ (Sadock and Sadock, 2002) จากปัญหาดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า แนวทางการรักษายังต้องการการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยความต้องการองค์ความรู้ใหม่นี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจพัฒนารูปแบบการรักษาในกรอบการปฏิบัติที่เหมาะสมและครอบคลุมถึงการแก้ไขความเสื่อมในหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายโปรแกรม เช่น โปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (เนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 6 เดือน และเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ แต่ยังไม่ได้มุ่งไปที่การสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเผชิญกับอาการทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่ได้รับการรักษาในระยะยาว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจและความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz and Angermeyer (2003) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้เข้ากับสภาพปัญหาระยะเวลาในการรักษาในปัจจุบันและให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ในชุมชนได้รวมถึงมีอาการทางลบลดลง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำแนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem, (2001) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่พอที่จะสนองความต้องการดูแลตนเอง ในการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem, (2001) มุ่งให้บุคคลเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกิจกรรมที่ต้องกระทำพยาบาลแบบนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล เพื่อการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง และวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 วิธีคือ 1)

การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคลเป็นการจัดหาสิ่งแวดล้อมหรือวิธีการในการที่จะปรับพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 2) การให้ความรู้ เป็นวิธีการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท 3) การชี้แนะ เป็นการแนะนำแนวทางในการดูแลและจัดการกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทและร่วมปรึกษาช่วยเหลือในการหาวิธีที่จะดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนทางด้านจิตใจและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ และ 5) การกระทำให้หรือการกระทำทดแทน วิธีนี้เป็นวิธีที่พยาบาลใช้กันมาก แต่วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดจากการกระทำภายในตัวบุคคล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เพียง 4 วิธี คือ การสร้างสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้ การชี้แนะ และการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบที่ใช้ความสามารถในทางการพยาบาลในการปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อไม่ให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ความสนใจกับปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบเป็นสำคัญ เนื่องจากพบว่าอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำหน้าที่ด้านต่างๆและทำให้อาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากสาเหตุนี้ผู้วิจัยจึงใช้พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองผ่านการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อีกทั้งเกิดปฏิสัมพันธ์กันจากการเข้ากลุ่ม อันจะนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีเพื่อการดำรงชีวิตที่มีประสิทธิภาพ สามารถพึ่งพาตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบการพัฒนาารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ โดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบนี้อาจเกิดขึ้นภายใต้ระบบสนับสนุนของพยาบาลในการให้ความรู้ ชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบคงความพยายามในการเพิ่มความสามารถและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรู้และอาการทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพ ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2001) เช่น ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีพฤติกรรมผิดปกติไม่ดูแลตนเอง ไม่นุ่งผ้า ไม่ทำงาน ไม่อาบน้ำ เนื้อตัวสกปรก (สเปญ อุ นอนงค์, 2551) ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว ซึมเฉยไม่ค่อยพูดเก็บตัวอยู่คนเดียวในห้องนอนมาก รับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลจากอาการทางลบที่เกิดขึ้น (Chien et al, 2004)

การปฏิบัติการในการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบต้องมีความสามารถจำเป็นพื้นฐาน คือ มีความพร้อมในการเรียนรู้กระบวนการดูแลตนเองสามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจที่จะดูแลตนเอง ประกอบด้วยพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem. (2001) โดยเลือกใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ มาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่สูงขึ้น เนื่องจากระบบนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบสามารถเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง สามารถกระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ ให้การสนับสนุน ให้การชี้แนะและสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งใช้พลังความสามารถ 10 ประการเป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบให้ดีขึ้น ทั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลอาการทางลบ ผ่านการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม ผสมผสานกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของแต่ละคนในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง โดยกิจกรรมนี้มีสาระสำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ และเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่มีสัมพันธภาพบกพร่อง ในการวางเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้นเกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002)

การดำเนินกิจกรรมเริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการทำกลุ่ม ต่อมากระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา เพื่อประเมินทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองในเบื้องต้นของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมอันจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาสนใจการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการทางลบของผู้ป่วยและแนวทางการจัดการอาการทางลบ ทั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลอาการทางลบ สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับทีมสุขภาพ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ มีความรู้ในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วยการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยการปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม เช่น แนวทางการจัดการกับอาการทางลบ การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคจิตเภท โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจากผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของบุคคล

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย การได้รับอาหารน้ำ

อากาศอย่างเพียงพอ ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ดำเนินกิจกรรมโดยการให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของความพร่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับปัญหาในการดูแลสุขภาพ และให้สุขศึกษากับผู้ป่วยแนะนำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากคู่มือที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และใช้ความสามารถในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจและแรงกระตุ้นที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น (Hansen et al., 2007)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการจัดระบบการดูแลตนเองด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพในภาวะที่มีการเจ็บป่วย

กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบรู้จักใช้ความสามารถของตนเองในการจัดระบบการดูแลตนเอง โดยอาศัยความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนในกิจกรรมที่ 1-2 มาใช้ในการจัดระบบการดูแลตนเอง โดยใช้ตารางกำหนดกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันมาใช้ในการจัดระบบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยวางแผนในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทำได้จริง ทำแล้วมีประสิทธิภาพ จากนั้นจะมีการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง (Orem, 2001)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาในการใช้เหตุและผลเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ **วิทยาลัย**

กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต โดยการใช้กรณีศึกษาบทบาทสมมุติสถานการณ์ ให้สมาชิกในกลุ่มวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษาจากพยาบาล โดยพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา ตลอดจนทางเลือกในการเผชิญปัญหาที่หลากหลาย ผ่านกระบวนการทบทวนประสบการณ์เดิมและเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ที่หลากหลายจากการแลกเปลี่ยนร่วมกัน (Zarea et al., 2014) นอกจากนี้จำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือกรณีต้องการความช่วยเหลือ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลอื่นเข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ (Norman et al.; 2000)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้วิธีการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยใช้ทักษะในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ

เลือกแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

การดำเนินกิจกรรมเริ่มจากการยกตัวอย่างสถานการณ์ และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายพิจารณาเหตุและผลในการจัดการกับอาการทางลบซึ่งมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ผ่านประสบการณ์วิธีการในการจัดการอาการทางลบที่เคยเลือกใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น พยายามใช้คำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ (Orem, 2001) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นถึงศักยภาพของตนเองในกิจกรรมที่ทำสำเร็จ

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองให้เหมาะสม

กิจกรรมนี้คือการสรุปผลการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด และให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน สิ่งที่ได้จากการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความมั่นใจ เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีแรงจูงใจที่จะใช้ความสามารถในการปฏิบัติและ ควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง (Gibson, 1995) ซึ่งจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรม สนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) รูปแบบการศึกษา สองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest with control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนที่มีอาการทางลบ โดยทำการทดลอง ณ แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) และไม่มีโรค จิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย ที่มารับบริการแผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วยที่มารับบริการแผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 40 คนซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งด้วยตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งพัฒนาโดยเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551)

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะและการจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จนครบ 7 กิจกรรมโดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งการให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ในการดูแลตนเองโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในประเด็นที่สงสัย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย หมายถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย การได้รับอาหารน้ำ อากาศอย่างเพียงพอ ความสมดุล

ของการพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดขึ้นด้วยการให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญในอดีตที่ผ่านมาและนำมาอภิปรายโดยพยาบาลเป็นผู้ให้การชี้แนะผู้ป่วยตัดสินใจพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย และความเป็นไปได้ในการจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบรู้จักวางแผนในการจัดระบบการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมการฝึกใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ ในการจัดกระทำ โดยการจำลองสถานการณ์และให้ช่วยกันอภิปรายเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ จะหาแนวทางการแก้ไขอย่างไร และสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กิจกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้และเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเป้าหมายในชีวิตที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจิตเวช ที่ประจำการ ณ. แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก จัดให้มีขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การสัมภาษณ์ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้สุขภาพจิตศึกษา บริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการประสานการดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่มีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ โดยใช้องค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.4 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค
- 1.5 การรักษา
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

- 3.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 3.3 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้
- 3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

- 4.1 การออกแบบโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1. ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเซาว์ปัญญา มักคืออยู่แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2000)

Mueser and McGurk (2004) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นอาการป่วยด้านจิตใจเป็นหลักที่มีลักษณะเฉยเมย แยกตัวจากสังคม มีความบกพร่องด้านความคิดส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

มาโนช หล่อตระกูล (2555) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและการปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

1.2. สาเหตุของโรคจิตเภท

จากการศึกษาในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าอาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยทาง

จิตใจ (psychological factors) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ได้แก่

สารชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้มากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ (พิเชษฐ์ อุดทรัพย์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

กายวิภาคของสมอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้าน cognition (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆในระบบประสาท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ประสาทสรีระวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose Metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบมีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (Expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่

ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงทนอยู่ได้ในสถานภาพเดิมหรือสภาพสังคมที่บีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

1.2.3 ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors)

เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และความเครียดก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ และจากแรงความกดดันในชีวิต เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการหรือสนองความต้องการของตนเองได้ นับเป็นสาเหตุที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.3 การวินิจฉัยแยกโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, Forth edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และ the 10th Edition of the International Classification of Diseases ซึ่งนิยมเรียก ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยทั้ง 2 ชุด ค่อนข้างใกล้เคียงกันแต่ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้าง โดยต่างก็พยายามปรับให้ใกล้เคียงกันขึ้น

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 เป็นการจำแนกกลุ่มอาการโดยมีเหตุผลของการจำแนกว่า เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติ และง่ายในการวินิจฉัย (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งกลุ่มอาการความแปรปรวนจิตเภทได้แก่

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

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

3. อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ผิดปกติ แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆ จากการสนองตอบการรับรู้ผิดๆนั้น

4. มีความหลงผิดอื่นๆอย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม หรือความเชื่อทางศาสนา เช่น หลงผิดคิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้มีความร้อนเย็นได้

5. มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

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

7. มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม (Catatonic Behaviour) เช่น พฤติกรรมตื่นแต่ตื่น พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม คือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ท่าใดก็จะคงอยู่ท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

8. อาการ (Negative Symptoms) คือ ภาวะไร้อารมณ์ ไม่สนใจสิ่งใดๆ อารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบ แยกตัวจากสังคม พฤติกรรมด้านสังคมเสื่อมลง

9. พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนโดยแสดงออกถึงการขาด ความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

ในการวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อหรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ถ้ามีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ก็ให้วินิจฉัยว่า Schizophrenie-like psychotic disorder

1.4 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค

อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ (เพียร์ตี เปียมมวงคล, 2553) ดังนี้คือ

1. อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) มี 3 กลุ่มอาการย่อย คือ ประสาทหลอน ความหลงผิด มีการพูด และพฤติกรรมผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ประสาทหลอน (hallucination) เป็นความผิดปกติของการรับรู้ หมายถึง การรับรู้ผิดๆทางประสาทการรับรู้ (perception) ทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง) โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

1.2 ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความผิดปกติของความคิด (thought) หมายถึงการมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เป็นความเชื่อที่ผิด (false believe) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้ เข้าใจถูกต้อง ได้ด้วยเหตุผล ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มบุคคลนั้นด้วย

1.3 มีการพูดและพฤติกรรมผิดปกติ (disorganization in speech and behavior) ได้แก่ มีการพูดสับสน (disorganized in speech) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดและการแสดงออกโดยผ่านการพูด เช่น อาจจะมีการพูดไม่มีความต่อเนื่องโดยอาจจะพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association) หรือพูดที่เน้นการมีคำพูดที่สัมผัสสอดคล้องกันมากกว่าการมีความหมายต่อเนื่องกัน (clanging) การมีพฤติกรรมผิดปกติ (grossly disorganized behavior) ผู้ป่วยอาจจะทำอะไรแปลกๆ ทำสิ่งต่างๆโดยไม่มีจุดหมาย เช่น ผู้ป่วยอาจจะเดินไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดหมายในขณะที่เดินไปอาจจะเอามือแตะสิ่งของต่างๆ ที่ผ่านไปโดยไม่มีจุดหมาย หรือมีการแต่งตัวแปลกๆ ดูรุงรัง สะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ หรืออาจจะยืนอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ เป็นต้น

2. อาการทางด้านลบ (Negative symptoms) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น การแสดงออกของอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย น้ำเสียงราบเรียบ (flat affect) ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (avolition) ผู้ป่วยไม่มีความสุข ความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia)

การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1. ระยะก่อนป่วย (premorbid) เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใดๆ ของโรคเกิดขึ้นใน ระยะนี้เกือบทั้งหมด มีลักษณะที่ประกอบด้วย การมีอาการบกพร่องเล็กน้อยๆ ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับปัญญา (IQ) ความเอาใจใส่ (attention) ความจำที่เกี่ยวกับการพูด (verbal memory) หน้าที่ด้านการบริหาร (executive function) และ motor skills ซึ่งส่งผลกระทบในด้านลบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน โดยเฉลี่ยแล้วความบกพร่องเหล่านี้มีเพียงเล็กน้อยเป็นมาตั้งแต่เกิดมีลักษณะคงที่ไม่มีอาการที่ชัดเจน จึงทำให้ระยะก่อนป่วยไม่สามารถชี้แยกผู้ที่จะเกิดการเป็นโรคจิตเภทในวันข้างหน้าออกจากผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันที่จะไม่ป่วยในวันข้างหน้าได้

2. ระยะอาการนำ (prodromal) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดโรคจิต (pre psychotic state) ในระยะนี้บุคคลนั้นๆ จะมีลักษณะทั้งทางพฤติกรรมและประสบการณ์ เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังจากเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (puberty) ระยะนี้อาจกินเวลาตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์ จนถึงหลายปี โดยเฉลี่ยกินเวลา 2 ปี ถึง 5 ปี การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การทำงานหรือการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นประเด็นที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อยเช่นกัน อาการในระยะนี้เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึง apathy แยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ง่ายกว่าเดิมและมี attention แ่ลงนอกจากนี้ ยังมี idea of reference หรือกระบวนการความคิด (thought process) และเนื้อหาความคิด (thought content) ที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด (subdelusional changes)

3. ระยะเกิดอาการโรคจิต (psychotic หรือ active phase) เป็นระยะที่เกิดอาการโรคจิต จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มเกิดอาการโรคจิตคือ 29 ปีในเพศหญิงและ 25 ปีในเพศชายเล็กน้อย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 75 มีการเกิดโรคระหว่างอายุ 15-30 ปี ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี ขณะที่ผู้ป่วยอีกครั้งอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์ โดยระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ของโรคทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย

4. ระยะหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลงแต่ยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการแต่ระยะนี้มีความเสื่อมด้านจิตใจและสังคมมากกว่า (WHO, 1992) เช่นพูดน้อย เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราวเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ

สรุปการดำเนินโรคของโรคจิตเภท มีหลายระยะตั้งแต่เริ่มมีอาการบกร่องเล็กน้อยที่ไม่ชัดเจนจนถึงมีอาการของโรคอยู่อย่างเรื้อรัง จนไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ การช่วยเหลือสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมาดีขึ้นและลดระดับความรุนแรงของอาการที่หลงเหลือต่างๆได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.5 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีการรักษาแบบบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูทางจิตเวช นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการแก้ไขความเสื่อมในหน้าที่การงานและการตัดสินใจ ตลอดจนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.5.1 การรักษาด้วยยา อาการของโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมอง ยารักษาโรคจิตจึงเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วย ซึ่งยาจะไปช่วยปรับสารเคมีเหล่านั้นทำให้อาการต่างๆลดลงหรือหายไปมากที่สุด ผู้ป่วยจิตเภททุกรายควรได้รับคำอธิบายถึงความสำคัญของยาที่ใช้รักษา เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วงได้แก่

1.5.1.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว โดยการรักษาทางยาจะเป็นการใช้ยาประเภทที่ออกฤทธิ์แบบที่ทำให้สงบ (sedating effect) ส่วนการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตจะต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.5.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากให้อาการของผู้ป่วยสงบลงแล้วยังต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ

1.5.1.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ กรณีที่ป่วยครั้งแรกอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาต่อเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี ถ้าหากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ส่วนใหญ่จะต้องใช้การรักษาด้วยยาติดต่อกันเป็นเวลานาน บางรายอาจนานถึง 5 ปีหรืออาจให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มานอช หล่อตระกูล และปรโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) เป็นการรักษาโรคทางจิตเวชด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (Electrode) ที่วางบริเวณศีรษะของผู้ป่วยเพื่อ

เหนี่ยวนำให้เกิดการชัก แม้จะให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีข้อบ่งชี้เฉพาะ คือการรักษาด้วย ECT มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันมากกว่าในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเคลื่อนไหวแบบคางแข็ง คาทาโทเนีย กลุ่มอาการบวกหรือผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย ทั้งนี้ประสิทธิภาพอาจไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยาโรคจิต แต่การรักษาด้วย ECT อาจให้ผลการตอบสนองได้เร็วกว่า (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคมถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข รวมทั้งอาการบางด้าน เช่น อาการทางลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆด้าน การรักษาด้านจิตสังคมบำบัด ประกอบด้วย จิตบำบัด (psychotherapy) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family) กลุ่มบำบัด (group therapy) นิเวศบำบัด (milieu therapy)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป จะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงโดยมีกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญ-รัชชัย, 2549)

1.6.1 การประเมินสภาพ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ด้านการคิด การรับรู้ พฤติกรรม และ ด้านสัมพันธภาพ ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนการ พยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีปัญหาการใช้สารเสพติด

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนระยะสั้นเน้นการช่วยระยะแรก โดยเฉพาะระยะที่มีอาการ การวางแผนระยะยาวเน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และการวางแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ

1.6.5 การประเมินผล ในการประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์ การประเมินผล เพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ให้การพยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาล

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบเป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายลักษณะอาการทางลบ ดังนี้

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบว่าเป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกจากผลทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ความคิดและการพูดที่ช้าลงหรือไม่พูดเลย (alogia) และมีลักษณะทางพฤติกรรมที่ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มาโนช หล่อตระกูล (2551) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการที่มักพบหลังจากผู้ป่วยจิตเภทป่วยมานานเป็นปีหลังจากที่ระยะโรคทุเลาลงแล้ว โดยมีอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition) โดยผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งกับใคร นิยผู้ป่วยเปลี่ยนไป เก็บตัว เฉยๆ แยกตัวเอง ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality) หรือเป็นคนขี้เกียจ

Carpenter et al. (1989) กล่าวว่า อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในลักษณะอาการพูดน้อยกว่าปกติ หรือตอบคำถามเพียงสองสามคำ เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า และไม่มีอารมณ์สนุกสนาน (Anhedonia)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ และมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทาง การสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) คือ การขาดความสนใจ และความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

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

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/ apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

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

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

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดที่ขาดความสิ้นไหล ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือลักษณะอาการที่ขาดไปจากสภาพปกติหรือลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ เช่น ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรมไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบมีหลากหลายแนวคิด ทั้งทางด้านแนวคิด ทฤษฎีโครงสร้างของสมอง และทฤษฎีทางด้านจิตสังคม สรุปได้ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีโครงสร้างของสมองมีดังนี้

Bunney (1999) กล่าวว่า อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ในระหว่างตั้งครรภ์และการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติในช่วงวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดความพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง จนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ นำมาซึ่งการประมวลผลและการรู้คิดที่ผิดปกติ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) เสนอว่า อาการทางลบมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางโครงสร้างของสมองในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ รวมถึงการมี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีทางจิตสังคม มีดังนี้

Tandon & Jibson (2004) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนทางด้านการตอบสนองทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

Beck (2012) กล่าวว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับชุดของความเชื่อด้านลบหรือความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ

Perivoliotis & Cather (2009) กล่าวว่า การรู้คิดที่ผิดปกติเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหลุดพ้นจากความคิดที่วนเวียนอยู่กับความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตที่ซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งนำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

Rector, Beck & Stolar (2005) กล่าวว่า การรู้คิดที่ผิดปกติ/ความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัดและความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเองรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากผู้อื่น ซึ่งถือเป็นลักษณะเด่นของการเกิดอาการทางลบ

สรุปได้ว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุทั้งจากความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองและการรู้คิดที่ผิดปกติจากการที่ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง ย่อมสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ตามนโยบายซึ่งเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตามปกติผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) จากการศึกษาในต่างประเทศของ Robert (2006) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 30-50 สอดคล้องกับสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตปี 2554 ที่พบว่าปัญหาสำคัญที่พบบ่อย

และเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยร้อยละ 30 มีอาการทางลบในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย (Alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่ นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่นการรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริง ความรู้สึกกระบวนการคิด พฤติกรรมและการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วย โดยความบกพร่องนี้อาจเกิดขึ้นในระดับ ต่างๆ กัน ซึ่งบางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในหลายๆ เรื่อง เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และนำมาซึ่งผลกระทบมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านตัวผู้ป่วย มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่ ไม่นุ่งผ้าไม่ทำงานไม่อาบน้ำ เนื้อตัวสกปรก ร้อนเทียวเดิน เกือบขยะ เกิดภาวะซึมเศร้า และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สเปญ อุณนงค์, 2551) มีความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้น รู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดด้านลบกับตนเองขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ไร้ความสามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมักมีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเอง มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น บทบาทความเป็นผู้นำครอบครัว บทบาทการเป็นสามีและภรรยา (Mueser and McGurk, 2004)

2. ด้านสังคม มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ทำให้มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทั้งจากผู้ป่วยเอง กล่าวคือจากอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม ส่วนในด้านทางสังคมจากอาการทางจิตและ สุขวิทยาที่บกพร่องเป็นผลให้คนในชุมชน มักจะเลี่ยงที่จะพบปะหรือพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้นในด้านสังคมจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้ง หรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง ยิ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะ เวลานานทักษะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง

2.4 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินอาการทางลบนั้น ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆต่อกันมา ดังนี้

Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือ การแสดงออกทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) ความรู้สึกขาดความสุขหรือความยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่าง ๆ ของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ในขั้นต้น PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสมมีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวีดิทัศน์ตามวิธีและหลักเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay, Opler & Lindenmayer, 1988) โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนนถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด inter-rater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า 0.70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำการเปรียบเทียบ inter-rater reliability ของผู้วิจัย 4 ราย (2 คู่) เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทยทำการหา Criterion validity คือ การเปรียบเทียบคุณสมบัติเชิงการวัดของ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่าเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Passive/apathetic social withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหา ของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย

การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ โดยปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว ให้ 1 คะแนน ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าวให้ 0 คะแนน และนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ ซึ่งคะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง คะแนน 0-4 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบเล็กน้อย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดเดิมของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) มาใช้เพื่อประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ เนื่องจากแบบประเมินนี้มีข้อคำถามที่ครอบคลุมอาการทางลบทั้ง 7 อาการตามลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทและเป็นที่ยอมรับใช้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรคแต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว โดยอาการทางลบที่มีระดับปานกลางถึงมากมีค่าคะแนนอาการทางลบ 5-13 คะแนน ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ไร้อารมณ์ มักมีสีหน้าเฉยเมย ไม่มีอาการยินดียินร้าย (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่ดูแลตนเอง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อความไม่ปะติดปะต่อกัน ซึ่งการจัดกิจกรรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบระดับปานกลางถึงมากนี้ มีรูปแบบการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังนี้ (กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล, 2556)

2.5.1 การพยาบาลในระยะก่อนตรวจรักษา

1.1 การคัดกรองและประเมินปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต

รวบรวมข้อมูลและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ใช้บริการทันทีเมื่อมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยประเมินอาการเบื้องต้นจากอาการสำคัญ (chief complaint) และอาการแสดงแรกเริ่มที่ได้จากเวชระเบียน/ การส่งต่อ การซักประวัติ/ การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ/ ครอบครัว/ ผู้ดูแล โดยศึกษาจากข้อมูลภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- 1) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- 2) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- 3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- 4) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

- 5) ประวัติการใช้ยา สารเสพติด สุรา การแพ้ยา
- 6) การตรวจวัดสัญญาณชีพ
- 7) การตรวจร่างกายและประเมินสภาพจิตเบื้องต้น
- 8) ตรวจความพร้อมของเอกสารการตรวจต่างๆ เช่น ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตจากแบบประเมินต่างๆ ฯลฯ
- 9) ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/ ถูกทำร้าย / อุบัติเหตุ

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง

- 1) ประเมินอาการและอาการแสดง เพื่อค้นหาอาการผิดปกติของผู้ใช้บริการตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมทางกาย
- 2) ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง/ ดูแลจากการประเมินอาการ แก่ผู้ใช้บริการรับทราบอย่างต่อเนื่อง
- 3) วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา
- 4) บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงสำคัญ การวินิจฉัยการพยาบาล ตามแบบฟอร์มที่กำหนด
- 5) รายงาน หรือให้ข้อมูลอาการผิดปกติ ภาวะเสี่ยงทางคลินิกให้กับแพทย์หรือ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาล
- 2) ให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้ซักถามประเด็นสงสัย
- 3) ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องตามปัญหาและตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เช่น ลดความวิตกกังวลโดยให้คำแนะนำให้คำปรึกษาเบื้องต้นเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ใช้บริการ เฝ้าระวังภาวะความเสี่ยงต่างๆระหว่างรอตรวจ อาการข้างเคียงจากยาทางจิต ฯลฯ
- 4) สื่อสารข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการแก่ทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานการดูแลต่อเนื่อง
- 5) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบฟอร์มการบันทึก

2.5.2 การพยาบาลในระยะตรวจรักษา

1. ดูแลให้ผู้ใช้บริการเข้ารับการรักษาตามลำดับ ยกเว้นกรณีผู้ให้บริการที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองบุคคลอื่นและทรัพย์สิน ให้ส่งไปรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที
2. ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (patient identification) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ใช้บริการตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการตรวจรักษา
4. เตรียมความพร้อมของผู้ใช้บริการในการเข้ารับการรักษา
5. เผื่อระวังและช่วยเหลือผู้ให้บริการในขณะที่ตรวจรักษา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ให้บริการบุคคลอื่นและทรัพย์สินปลอดภัยในขณะที่ตรวจรักษา
6. กรณีมีการเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimen) ให้เก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง หรือประสานความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยระบุความถูกต้องของตัวบุคคลให้ตรงกับผู้ให้บริการก่อนส่งตรวจ
7. จัดเตรียมและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากตรวจเพื่อให้บริการในขั้นตอนของการตรวจรักษาหรือหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป
8. เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการ ได้ซักถามประเด็นสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.5.3 การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ให้บริการให้ตรงกับเอกสาร ได้แก่ คำสั่งการรักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่างๆ เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน/ การส่งต่อ เป็นต้น
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการในกรณีต่างๆ เช่น การเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาและวินิจฉัยเพิ่ม การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัด
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการบำบัดพิเศษในกรณีต่าง ๆ
4. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนดของหน่วยงานในกรณีต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น หรือการส่งต่อไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล
5. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

2.5.4 การดูแลต่อเนื่อง

1. ประเมินความต้องการการบำบัดทางการพยาบาลของผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุม

2. ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยด้านจิตเวชและสุขภาพจิต แผนการรักษา การบำบัดทางการพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยรับประทายทางจิตเวช การสังเกตอาการนำ การฟื้นฟูตั้งแต่ในระยะแรก เพื่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ใช้บริการ ฯลฯ
3. ประสานกับหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ใช้บริการต่อเนื่อง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรักษา การบำบัดทางการพยาบาล การจัดหาแหล่งทรัพยากรสนับสนุนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ฯลฯ
4. ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา ความต้องการ และการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพผู้ใช้บริการก่อนการส่งต่อ หรือเคลื่อนย้าย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ
5. บันทึกข้อมูลการส่งต่อ หรือเคลื่อนย้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุมตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน ในกรณีต่างๆ

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

3.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

Orem (2001) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้อ

สรุปได้ว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (self-care) คำว่าการดูแลตนเองมีความหมาย 2 นัย คือ เป็นการกระทำโดยตนเองและเพื่อตนเอง โอเรียม (Orem, 2001) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเป็นผู้ริเริ่ม และกระทำเพื่อประโยชน์ของตนในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความผาสุก โดยผู้ที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองนี้เป็นผู้ที่เติบโตเต็มที่แล้ว หรือกำลังก้าวเข้าสู่ภาวะเติบโตเต็มที่และเป็นผู้ที่มีพลังอำนาจและความสามารถในการที่จะใช้วิธีการที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ในการควบคุมการทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

สำหรับบุคคลที่ยังเติบโตไม่เต็มที่ หรือไม่มีพลังอำนาจและความสามารถที่จะดูแลตนเอง ต้องมีผู้อื่นทำกิจกรรมดังกล่าวแทน โอเร็มเรียกการกระทำกิจกรรมดังกล่าวว่า การดูแลผู้ที่พึ่งพา(dependent care)

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) นั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate and goal-orientation action) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอเร็ม เรียกว่า บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care-deficit) หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent-care-deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care-deficit) คือการที่บุคคลหรือผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลของบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพามีความสามารถไม่เพียงพอในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคตพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการที่จะเข้าใจแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองได้จึงจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) มี 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิต เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ประกอบด้วย

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ

ความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นและการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละระยะของพัฒนาการตามวัย

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย ซึ่งแต่ละคนจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค จากการรักษาของแพทย์ จนต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด บุคคลจะเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลตนเองเป็นผู้รับการดูแล ความต้องการนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งบุคคลต้องรู้จักผสมผสานความต้องการดูแลตนเองเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components: enabling capabilities for self - care) เป็นเหมือนตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำเป็น ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่

จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้นอกโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

3.3 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นระบบที่ใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อไม่ให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลงมือกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลที่พยาบาลกระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การปฏิบัติต้องผ่านสัมพันธ์ภาพและการตกลงร่วมกันกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของระบบการพยาบาลเป็น 3 ระบบคือ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) ระบบนี้พยาบาลจะช่วยตามความต้องการและความจำเป็น ผู้ป่วยกับพยาบาลตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยเหลือในเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำตัวเอง

3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำและสนับสนุนจากพยาบาลเพื่อการคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เนื่องจากระบบนี้เหมาะสมสำหรับบุคคลที่ที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมีหลายวิธี ซึ่งโอเร็ม (2001) กล่าวว่ามียังน้อย 5 วิธี คือ

1) การให้ความรู้ (teaching) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะ ที่มีความสำคัญมากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่มีผลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำที่ควรปฏิบัติและคำแนะนำในการเผชิญปัญหา มีผลช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การสอนนั้นจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง แต่บางครั้งทัศนคติและความเชื่ออาจจะไม่ตรงกับพยาบาล พยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่า บุคคลจะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2) การชี้แนะ (guiding and directing) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ผู้ต้องการความช่วยเหลือต้องตัดสินใจเลือก หรือต้องกระทำกิจกรรมบางอย่างภายใต้การชี้แนะแนวทางหรือการนิเทศของผู้อื่น วิธีการช่วยเหลือนี้เหมาะที่จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่า เมื่อบุคคลได้รับการจูงใจแล้วจะสามารถกระทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลจะต้องติดต่อกับผู้รับความช่วยเหลือ มักใช้วิธีการชี้แนะนี้ร่วมกับการสนับสนุน

3) การสนับสนุน (supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บป่วย สามารถเรียนรู้ที่จะมีวิธีการที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เป็นการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ มีความหวังและมีการพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ แม้ว่าจะตกอยู่ในภาวะเครียดและวิตกกังวล โดยการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดให้กำลังใจหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัส พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบุคคลแต่ละคน

4) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (providing & maintaining an environment that supports personal development) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ต้องจัดให้บุคคลมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะให้คำแนะนำสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จะช่วยในการปรับความรู้สึกนึกคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การทำแทนหรือการทำให้ (acting for/doing for another) วิธีนี้เป็นวิธีที่พยาบาลใช้กันมาก แต่โอเร็มได้เตือนไว้ว่า วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพหากผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดจากการกระทำภายในของบุคคล เช่น การควบคุมพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ภาวะของโรคและการรักษา มีผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนให้นานขึ้น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนมีอาการสงบ ก็จะได้รับ การรักษาแบบที่บ้าน ต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน จึงยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยลักษณะอาการจะแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจิตเภทบางกลุ่มไม่คิดว่าตนเองป่วย อาจเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง โดยพบว่าในระยะแรกหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีความอิสระมากขึ้นก็ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป (ปัทมา ศิริเวช, 2552) ไม่นานผู้ป่วยจิตเภทก็กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นและสาเหตุที่ทำให้ป่วยซ้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ มารับยาตามแพทย์นัดไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาเกินกว่าที่แพทย์สั่งเนื่องจากคิดว่า จะทำให้หายจากการเป็นโรคจิตเร็วขึ้น ไม่ยอมรับประทานยาเพราะคิดว่าตนหายแล้ว หรือไม่เชื่อว่าตนเองป่วย จึงปฏิเสธการรับประทานยา (Kaplan and Sadock, 2000) ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ในตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จึงเป็นปัญหาที่ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อนในการดูแล และชุนก็เดือดร้อนจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ไม่สะอาด (พรดุสิต คำมีสินนท์, 2550) ขาดการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆก่อนการกำเริบ เช่น การจัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ (Kennedy al et., 2000) มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น บทบาทความเป็นผู้นำครอบครัว บทบาทการเป็นสามีและภรรยา (Mueser and McGurk, 2004)

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ดังนี้

3.5.1 ปัจจัยพื้นฐานด้านตัวผู้ป่วย (Basic condition factor) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำหรือพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล คือ อายุ เพศ ระยะเวลา

พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ความรู้ โดยความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่สามารถแก้ไขเองได้ เป็นต้น จากการศึกษาของ Kennedy et al. (2000) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี รับรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น จะมีผลลดการป่วยซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีราพร มณีนาถและคณะ (2548) พบว่า ระดับการศึกษาและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่ำ

3.5.2 ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ โดยเฉพาะอาการทางลบ ซึ่งจากลักษณะเด่นของอาการทางลบผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่นุ่งผ้า ไม่ทำงาน ไม่อาบน้ำ เนื้อตัวสกปรก เรื้อรัง เทียบเดินเก็บขยะเกิดภาวะซึมเศร้า และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สเปญ อุณอนงค์, 2551) เกิดความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา ความสัมพันธ์ทางสังคม โดยความบกพร่องนี้อาจเกิดขึ้นในระดับต่างๆกัน บางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก และนำมาซึ่งผลกระทบมิติต่างๆ

3.5.3 ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บันเทิงสุข, 2545) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหา และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (เสวิกุล จำสนอง, 2546)

จะเห็นได้ว่าจากปัจจัยข้างต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ทั้งปัจจัยพื้นฐานด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ถูกต้องจาก

บุคคลากรทางการแพทย์ ย่อมเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและไม่ป่วยซ้ำ

3.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง และการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีการพัฒนาเครื่องมือมาเป็นระยะดังนี้

3.6.1 เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลโดยทั่วไป เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดย โอเรียมและผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีนี้ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าความสอดคล้องภายใน จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แต่เครื่องมือจะเหมาะใช้กับผู้มีสุขภาพดีมากกว่า

3.6.2 เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1988) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่มีสุขภาพแข็งแรงและเจ็บป่วย ลักษณะแบบประเมินมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงที่แสดงความต่อเนื่องของสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ปลายสุดด้านซ้ายมือมีค่าคะแนนเป็น 0 หมายถึง สุขภาพไม่ดี และปลายสุดด้านขวามือมีค่าคะแนนเป็น 100 หมายถึง สุขภาพดีมาก มีคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .83-.88

3.6.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยในที่เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่สร้างโดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem's self-care Model) เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีจำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร น้ำ 2) การดูแลตนเองด้านการขับถ่าย 3) การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย 4) การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ 5) การดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 6) การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการอาการต่างๆ ลักษณะแบบสอบถามมีคำตอบเป็นมาตราส่วน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .90

3.6.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สร้างโดย จันทรฉาย เนตรสุวรรณและสุมณฑา บุญชัย (2545) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในที่เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 44 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 35 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ ลักษณะแบบประเมินมีคำตอบเป็นมาตราส่วน มีค่าคะแนนระหว่าง 44-220 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .85

3.6.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดยเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ซึ่งปรับมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สร้างโดยจันทรฉาย เนตรสุวรรณและสุมณฑา บุญชัย (2545) สร้างเนื้อหาข้อคำถามสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ปรับข้อคำถามแยกเป็นรายด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 28 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 22 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอากาศ อาหารและน้ำ 7 ข้อ ด้านการขับถ่าย 7 ข้อ ด้านการพักผ่อนและออกกำลังกาย 4 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 4 ข้อ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 4 ข้อ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ 14 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผลคะแนน ทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถาม นำมาแบ่งระดับคะแนนโดยค่าพิสัยในการแบ่ง 3 ระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีข้อคำถาม 40 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 40-200 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

40-93 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

94-147 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

148-200 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .95

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยจึงเลือกนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ เนตดา วงศ์ทองมานะ มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดและการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

4. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธีคือ 1) การให้ความรู้ 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม 5) การกระทำแทนหรือการทำให้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ มีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) อันจะนำไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ร่วมกันคิดหาแนวทางในการปรับพฤติกรรม โดยพยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้นและเชื่อมโยงความคิด ชี้แนะทางเลือกที่เหมาะสม รวมทั้งเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา ตลอดจนการดัดศักยภาพของคนที่มียูมาใช้ในการจัดระบบการดูแลตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบตนเอง ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าการกระทำแทนหรือการทำให้ไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาในด้านการจัดกระทำ และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบเองสามารถที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกำหนดกิจกรรมที่จะต้องกระทำได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและให้ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อจัดกระทำกับอาการทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้นำพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้

เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้ง 60 นาที จนครบ 7 ครั้งเป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ช่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม โดยพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ในการเรียนรู้ที่จะวางแผนเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะกระทำการดูแลตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางการจัดการอาการทางลบ ทั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้พื้นฐานในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากพยาบาล แลกเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากพยาบาลสามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย การได้รับอาหารน้ำ อากาศอย่างเพียงพอ ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบใช้ความสามารถในการริเริ่มหรือปฏิบัติการวางแผนในการดูแลตนเองและส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่

ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขั้นตอนนี้พยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ให้รู้จักวางแผนในการจัดระบบการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญในอดีตที่ผ่านมาและนำมาอภิปรายว่าจะจัดระบบการดูแลตนเองอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตนเอง (Orem, 2001) และความเป็นไปได้ในการจัดระบบการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ ในการจัดกระทำ ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา ตลอดจนการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลอื่นเข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al.; 2002)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายพิจารณาเหตุและผลในการจัดการกับอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น พยาบาลใช้คำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้คือการสรุปผลการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ วางแผนเป้าหมายในชีวิตที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ตารางที่ 1 การออกแบบโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001)	พลังความสามารถ 10 ประการ	การออกแบบโปรแกรม
<p>1.การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง โดยจัดให้บุคคลมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะนำคำแนะนำมาใช้</p> <p>2.การให้ความรู้ เป็นการให้ข้อมูลที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการคำแนะนำที่ควรปฏิบัติและคำแนะนำในการเผชิญปัญหา มีผลช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การสอนนั้นจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง</p>	<p>-ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง</p> <p>-มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง</p> <p>-มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ความรู้อย่างถูกต้องจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้</p> <p>-ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเอง</p> <p>-ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้</p>	<p>-กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง</p> <p>-กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา</p> <p>-กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ทฤษฎีการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001)	พลังความสามารถ 10 ประการ	การออกแบบโปรแกรม
<p>3.การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ผู้ต้องการความช่วยเหลือต้องตัดสินใจเลือก หรือต้องกระทำกิจกรรมบางอย่างภายใต้การชี้แนะแนวทาง วิธีการช่วยเหลือนี้เหมาะที่จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่า เมื่อบุคคลได้รับการจูงใจแล้วจะสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา</p> <p>4.การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บป่วย สามารถเรียนรู้ที่จะมีวิธีการที่จะมีชีวิตอยู่ โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เป็นการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ มีความหวังและมีการพัฒนาความสามารถที่มีอยู่</p>	<p>เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง</p> <p>-มีความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง</p> <p>-ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง</p> <p>-มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง</p> <p>-มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ</p> <p>-มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต</p>	<p>-กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง</p> <p>-กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>-กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ</p> <p>-กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสวิกุล จำสนอง (2546) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง 95 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินอาการทางจิตและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.1 และพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงและการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอื่น ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธีรพร มณีนาถและคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการพักผ่อน การมีนันทนาการ การรับประทานยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อดิญา โพธิ์ศรี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและได้รับการจับคู่ (Matched-pairs) ด้วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต และระดับคะแนนอาการทางจิต แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวของ McFarlane (1995) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองคือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า 1) อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ 2) อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิระพร ไชยชนะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยเพศ ระดับการศึกษา รายได้ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 ผลการศึกษาพบว่า 1) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ 2) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต กับระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จำนวน 128 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ ด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม และด้านพื้นฐานภายในจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า อาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และพบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และ

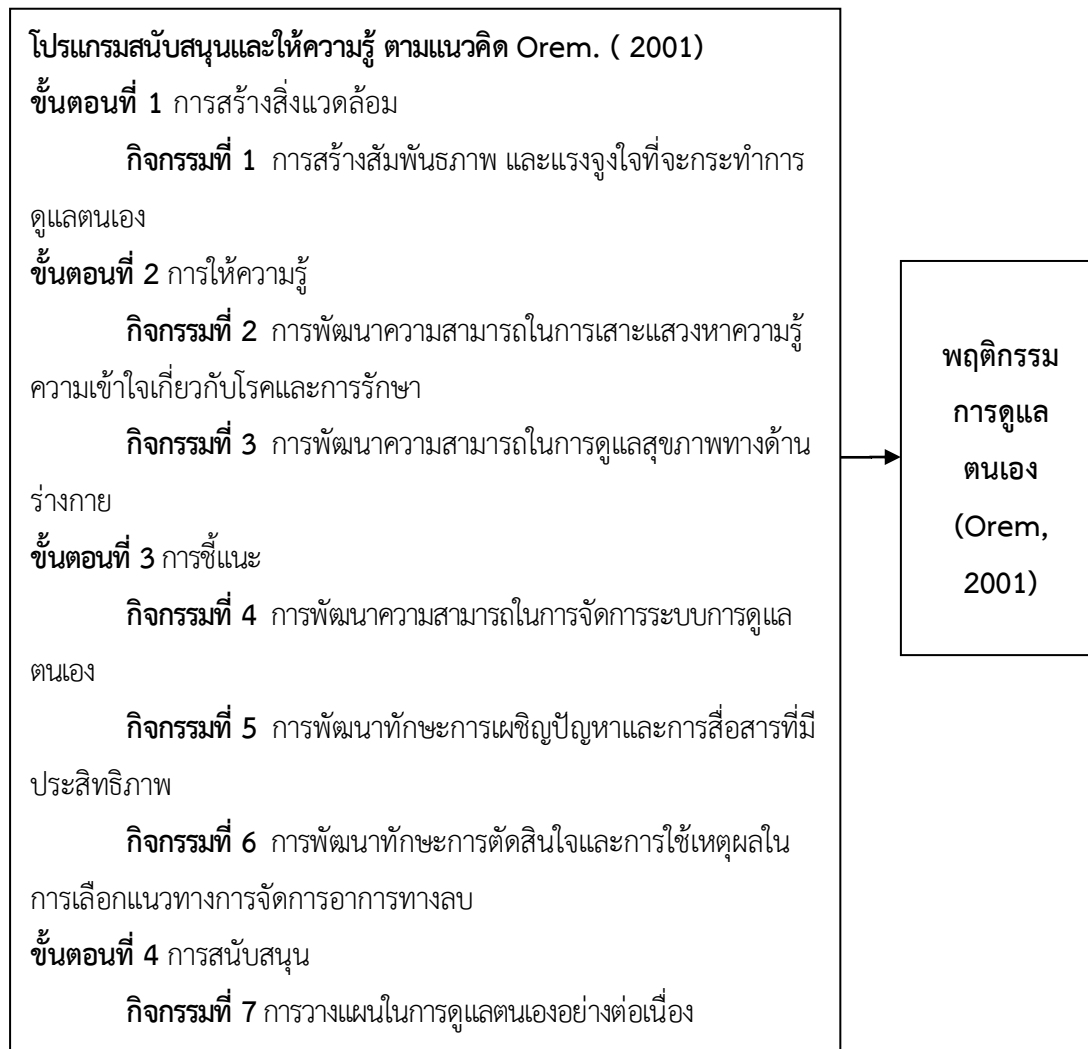
พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี คือ เพศ สถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 26

Shahrbabaki, Farokhzadian, and Hasanabadi. (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย สุ่มกลุ่มตัวอย่างมา 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้ 1 เดือน พบว่าระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและหากผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมย่อมส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นได้ ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไปนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

X	หมายถึง	การทดลองโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
O1	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
O2	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
O3	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O4	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0-F20.9) ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีค่าคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่งธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม
4. สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) สามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2001) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขณะผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

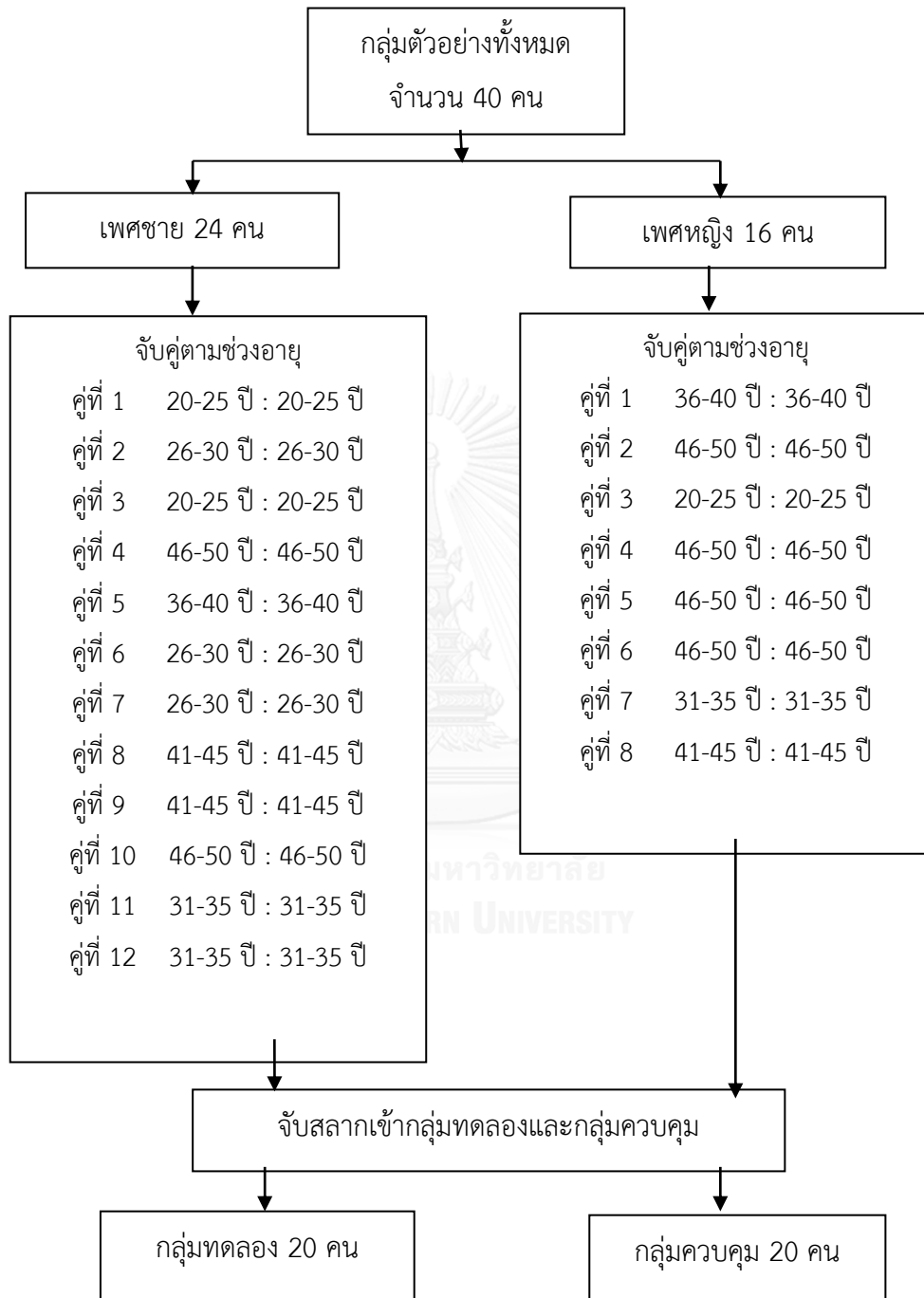
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยคำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ จึงทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) คือ เพศ และอายุในช่วงระดับเดียวกัน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจำนวน 40 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 2 ตารางแสดงขั้นตอนการ Matched paired กลุ่มตัวอย่าง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล กระทุ่มแบน ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2560 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและเน้นย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง อันจะนำไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ร่วมกัน คิดหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม

1.2 พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ที่ได้จากการศึกษาทบทวน ผลการศึกษาที่ผ่านมา และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างวัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการ ดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะใช้วิธีการที่ หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ โดยใช้พลังความสามารถ 10 ประการ เป็น ตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ผ่านการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จนครบ 7 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เป็นการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ กลุ่ม โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมนี้มุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพและเพิ่มแรงจูงใจของ ผู้ป่วยในการวางเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนที่มีอาการทางลบมีความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้นเกิดทัศนคติที่ดี และความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ การรักษา กิจกรรมนี้จะเป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางการจัดการอาการทางลบ ทั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลอาการทางลบ โดยให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากพยาบาล แลกเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ จุดมุ่งหมายของกิจกรรมนี้เพื่อทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการ ทางลบมีความรู้พื้นฐานในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย กิจกรรมนี้เป็นการ ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย การได้รับอาหารน้ำ อากาศอย่างเพียงพอ ความสมดุล ของการพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม โดยการให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับ ปัญหาในการดูแลสุขภาพ และให้สุซศึกษากับผู้ป่วยแนะนำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากคู่มือที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบใช้ความสามารถในการริเริ่มหรือ ปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการทางลบลดลง เมื่ออาการทางลบดีขึ้นจะทำให้ การทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม (Lieberman, 2006)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จุดมุ่งหมายของกิจกรรมนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบรู้จักวางแผนในการจัดการระบบการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพด้วยการให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญในอดีตที่ผ่านมาและนำมาอภิปรายว่าจะจัดระบบการดูแลตนเองอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตนเอง (Orem, 2001) และความเป็นไปได้ในการจัดการระบบการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาในการใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง โดยการใช้กรณีศึกษาบทบาทสมมุติสถานการณ์ ให้สมาชิกในกลุ่มวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษาจากพยาบาล โดยพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย และความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา นอกจากนี้จำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหรือต้องการความช่วยเหลือ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลอื่นเข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al.; 2002)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายพิจารณาเหตุและผลในการจัดการกับอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น พยาบาลใช้คำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้คือการสรุปผลการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด มีการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีกำลังใจและความมั่นใจ เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ที่พัฒนาขึ้นใน ลักษณะของแผนกิจกรรมใน โปรแกรมฯ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรม ด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภท จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความ ถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม และความเหมาะสมของ ระยะเวลาที่ใช้

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาใน กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จำนวนสมาชิกในการทำกิจกรรมควรมีจำนวนครั้งละไม่เกิน 15 คน กลุ่ม ตัวอย่างมี 40 คน ควรแบ่งกลุ่มย่อย ผู้วิจัยต้องมีความรู้และความเข้าใจในโรค สาเหตุ อาการ การ รักษา การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้ชัดเจน และถ่ายทอดให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างง่ายๆ ควรปรับ คู่มือ ให้มีรูปเล่มกะทัดรัด ตัวหนังสืออ่านง่าย มีรูปภาพประกอบที่สัมพันธ์กับเนื้อหา เพื่อให้น่าสนใจ ยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 จากใบงานที่ 4.2 ควรปรับตรงประเด็น ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะที่แตกต่างจาก คนปกติอย่างไร มาใช้คำที่เหมาะสม เช่น มีอาการอย่างไร เพราะการเปรียบเทียบกับคนปกติ ผู้ป่วย อาจรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าคนปกติ ในส่วนใบงานที่ 4.3 อาจให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในเรื่อง อาการข้างเคียงของยาและนำมาสรุปต่อในเรื่องการจัดการเบื้องต้น ส่วนผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่ต้องมี เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ และใบงานที่ 4.4 และ 4.5 ควรเพิ่มช่องอาการอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยบาง รายอาจมีอาการผิดปกติเพิ่มเติมจากที่ผู้วิจัยระบุไว้

กิจกรรมที่ 5 ในส่วนของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เมื่อได้แสดงบทบาทสมมติแล้วมา อภิปรายกันถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หรือการสื่อสารที่ดีนั้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยได้ปรับคำพูดหรือ วิธีการสื่อสารจากที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมด้วย ซึ่งหากทำเช่นนี้แล้ว วัตถุประสงค์ข้อ 2 จึงไม่ใช่แค่

ให้มีความรู้ความเข้าใจหรือบอกถึงการสื่อสารที่ดีได้ หากแต่จะเป็นการเลือกใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้เช่นเดียวกับทักษะการเผชิญปัญหา

หลังจากแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปทดลองใช้ (try -out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนดและบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม แต่ผู้วิจัยต้องปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไข ให้โปรแกรมมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามวัตถุประสงค์ ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการในการเจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 1991) ของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุเมธนา บุญชัย (2545) วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน มีจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 28 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ ดังนี้ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอากาศ อาหารและน้ำ จำนวน 7 ข้อ ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และด้านการรักษาสมดุระหว่าง การมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อและ3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย แปรผลคะแนนโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 40-200 คะแนน แล้วนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

40-93	คะแนน	หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
94-147	คะแนน	หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
148-200	คะแนน	หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการ วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำ นิยามมาก =4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม =3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย =2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม =1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงใน ช่องว่างที่เว้นไว้ให้ในแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิคำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิต นรากร, 2547)

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

โดยจากการคำนวณพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ผู้วิจัยนำเครื่องมือมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 8 ปรับข้อความจาก “ท่านขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง” เป็น “ท่านขับถ่ายอุจจาระ ปกติวันละ 1 ครั้ง”

ข้อที่ 14 ปรับข้อความจาก “ท่านสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด” เป็น “ท่านสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด และเหมาะสม”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ภายใต้การนิเทศงานโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนำเสนอโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

1.3 เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2560 (ภาคผนวก ข) และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอเข้าพบ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และประสานหัวหน้าพยาบาลแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อขออนุญาตใช้ห้องให้คำปรึกษาในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

1.4 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมา เป็นผู้ช่วยสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล จัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการเก็บบันทึกข้อมูลของข้อมูล โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินกลุ่ม วิธีการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ชัดเจน

2. ขั้นตอนการวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปพร้อมกัน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย และจากการประเมินอาการทางลบขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาและรับยาที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก เพื่อประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังทำแบบสอบถามที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลจิตเวชประจำการณ. แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก จัดให้มีขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การสัมภาษณ์ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้สุขภาพจิตศึกษา บริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการประสานการดูแลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

2.1.4 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2.2.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

2.2.3 เริ่มกิจกรรมการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน รวม 2 กลุ่ม ประกอบด้วยภาคเช้า 10 คน และภาคบ่าย 10 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 1 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมที่ห้องให้คำปรึกษา แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (60 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจผู้ป่วย
2. ผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนลุกจากที่นั่ง แล้วจับคู่พูดคุยทำความรู้จักกับสมาชิกภายในกลุ่มแล้วบอกรายละเอียดของเพื่อนใหม่ที่ตนไปทำความรู้จักว่าเป็นอย่างไรบ้าง
4. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเองที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ในประเด็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผ่านมาและให้ตัวแทนออกมานำเสนอผลการพูดคุย
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความจำเป็นในการดูแลตนเอง
6. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมที่ได้ทำครั้งนี้
7. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมและเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

การประเมินผลหลังกิจกรรม

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้น โดยประเมินจากการสนทนาท่าทางและความร่วมมือใน การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะเมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิก แสดงความคิดเห็นในหัวข้อประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษาและการดูแลตนเองที่ผ่านมา สมาชิก แต่ละคนยกมือเสนอความคิดเห็นโดยไม่ต้องกระตุ้น ยกตัวอย่างคำพูด เช่น

“ เมื่อเราป่วยการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าไม่ดูแลตนเองร่างกายและสุขภาพเราก็จะย่ำแย่ ”

“ ที่ผ่านมามีคนเคยไม่ดูแลตนเอง กินยาบ้างไม่กินยาบ้าง สุดท้ายอาการแย่งกว่าเดิมทำอะไรทำอะไรไม่ได้เลย ต้องกลับมาหาหมอ แล้วก็กินยาสม่ำเสมอ ทุกวันนี้ทำงานได้ ดูแลตนเองได้ ”

“ ถึงเราเจ็บไข้ได้ป่วย ถ้าเราดูแลตัวเองดีก็จะทำให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้นได้ ”

“ กินยามานานหลายปี มันเลยซีเกียจกิน ซีเกียจมาหาหมอด้วย ก็เลยหยุดยาเอง พอหยุดยาอาการก็กำเริบ ญาติต้องพามาโรงพยาบาล แต่พอกินยาแล้วอาการก็ดีขึ้น ”

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (pre-test)
3. ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษาของผู้ป่วยที่ผ่านมา แล้วให้สมาชิกอภิปรายร่วมกัน
4. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ในหัวข้อเรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร อาการของโรคจิตเภทเป็นอย่างไร สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากอะไร และผู้ป่วยจิตเภทรักษาได้อย่างไร
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย
6. ให้สมาชิกสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละข้อ และผู้วิจัยช่วยสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้ง
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผลข้างเคียงของการใช้ยา และให้สมาชิกร่วมกันหารือในหัวข้อการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
8. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มออกมานำเสนอผลการพูดคุย ผู้วิจัยช่วยสรุปความรู้เรื่องการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามประเด็นที่สงสัย
9. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ อาการเตือนและการจัดการอาการทางลบ และให้สมาชิกร่วมกันหารือในหัวข้อการจัดการเมื่อเกิดอาการทางลบ
10. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มออกมานำเสนอผลการพูดคุย ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องอาการเตือนและอาการทางลบ และให้สมาชิกทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท (Post-test)
11. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผลหลังกิจกรรม

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้ ช่วงที่ 1 จากการทำให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภทพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ทราบว่าโรคจิตเภทเป็นอย่างไร และไม่ทราบว่าตนเองป่วย เป็นโรคจิตเภท จากการอภิปรายร่วมกันตัวอย่างคำพูด เช่น

“ ไม่รู้หรือกว่าเป็นโรคจิตเภท รู้แต่ว่าเป็นโรคจิตตามที่หมอบอก ไม่รู้เลยว่าโรคจิตมันมีหลายอย่าง ”

“ เคยได้ยินแต่โรคจิต ไม่รู้ว่าเขาเรียกว่าโรคจิตเภท หมอไม่เคยบอก เพิ่งจะรู้วันนี้แหละ ”

“ คิดว่าโรคจิตมันเกิดขึ้นเองจากความเครียด ไม่คิดว่าการใช้สารเสพติดกับกรรมพันธุ์ก็ทำให้เป็นได้ เพราะที่บ้านไม่มีใครเป็นเลยนอกจากเรา ”

ช่วงที่ 2 เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแล้วพบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหาต่างๆ สามารถบอกความหมายของโรคจิตเภท อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ตอบคำถามตามใบงานเรื่องการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการเมื่อเกิดอาการทางลบได้อย่างน้อยร้อยละ 80 และบอกวิธีการดูแลตนเองได้ ตัวอย่างคำพูด เช่น

“ โรคจิตเภท คือโรคทางจิตที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ”

“ โรคจิตเภทเกิดจาก ความเครียด พันธุกรรม การใช้สารเสพติด สารเคมีในสมอง ”

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนความรู้ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้สมาชิกกลุ่มถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย และนันทนาการ
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของความพร่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล คือ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย และนันทนาการ และร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับปัญหาในการดูแลสุขภาพที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกาย
4. ผู้วิจัยให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มออกมานำเสนอผลการพูดคุย
5. ผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลคือ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน และนันทนาการ โดยเน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้เรื่องการดูแลตนเองอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

การประเมินผลหลังกิจกรรม

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การทำใบงาน และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหา ผู้ป่วยสามารถจัดระบบการดูแลตนเองตามใบงานได้ร้อยละ 80 เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า บรรยากาศของกลุ่มกิจกรรม เป็นกันเอง สมาชิกกลุ่มยิ้มแย้มแจ่มใส มีความกระตือรือร้นยกมือเสนอตัวออกมานำเสนอกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเพื่อการดูแลตนเองใน 1 วันให้สมาชิกคนอื่นได้ฟัง ยกตัวอย่างคำพูด เช่น

“ ภูมิใจที่ดูแลตนเองได้ เพราะคนป่วยบางคนดูแลตนเองไม่ได้ ”

“ ผมชอบออกกำลังกาย เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น กินข้าวตรงเวลาก็ทำให้ไม่ปวดท้อง ไม่เป็นโรคกระเพาะ ”

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก และทบทวนความรู้ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันคิดกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการดูแลตนเองใน 1 วัน และให้ตัวแทนสมาชิกออกมานำเสนอ
3. ผู้วิจัยพูดสะท้อนให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการใช้เวลาในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้เกิดการอภิปรายอย่างต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้
5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกการดูแลตนเองใน 1 สัปดาห์ เป็นการบ้าน พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผลหลังกิจกรรม

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสพการณ์ปัญหา โดยสมาชิกแต่ละคนวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเองที่คิดว่าเป็นปัญหาให้สมาชิกกลุ่มเสนอแนะทางการแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วออกมานำเสนอผลการพูดคุยตัวอย่างคำพูด เช่น

“ ผมท้องผูก 3-4 วันถ่ายครั้ง ไม่ชอบกินผัก และไม่ชอบออกกำลังกาย เพื่อนๆแนะนำให้กินน้ำเยอะๆ ออกกำลังกายบ่อยๆ ไม่ชอบกินผักก็ให้กินผลไม้แทน ”

“ ผมกินข้าวไม่ตรงเวลา ตอนเช้าไม่หิวเพราะผมกินกาแฟ เพื่อนๆแนะนำให้ กินข้าวให้ตรงเวลาทำ ตารางเวลาแบบที่เคยทำกิจจนมครั้งก่อน แล้วก็กินกาแฟให้น้อยลง ”

“ ผมไม่ชอบบอกกำลังกายชอบอยู่เฉยๆ ผมต้องหันมาออกกำลังกายบ้าง จะได้แข็งแรง ”

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา
3. ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยช่วยกันระบุปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวสมาชิก
4. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองและออกมานำเสนอ โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเลือก
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารและร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสถานการณ์สมมติ
7. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยสรุปประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

9. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 6

การประเมินผลหลังกิจกรรม

จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นและการจัดการกับปัญหา พบว่าผู้ปวยมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกบอกว่ามีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน ตัวอย่างคำพูดเช่น

“ คนในชุมชนไม่ค่อยอยากให้ไปเข้าร่วมกับกิจกรรมในชุมชน เราก็หากิจกรรมทำกับคนในครอบครัวแทน ”

“ เวลามีอาการข้างเคียงจากการกินยาให้มาปรึกษาหมอ ถ้าคนอื่นไม่เข้าใจก็ค่อยๆพยายามอธิบายให้เข้าใจ ”

สำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากการสังเกต ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการฝึกปฏิบัติร่วมกันแสดงบทบาทสมมติเรื่องการสื่อสารพบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ปวยบอกว่าสามารถนำไปปรับใช้ได้ใน การดำเนินชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“ ถ้าเราพูดใช้คำที่สุภาพ คนอื่นก็จะใช้คำที่สุภาพกับเรา แต่ถ้าเราใช้คำไม่สุภาพ คนอื่นก็จะพูดไม่ดีกับเราด้วยเช่นกัน ”

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง และทบทวนในกิจกรรมที่ได้ทำไปครั้งที่แล้ว พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ และการตัดสินใจ
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกอ่านสถานการณ์ตัวอย่างและให้เวลาผู้ป่วยพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
4. ผู้วิจัยให้ตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอผลการพูดคุย และสรุปประเด็นในการจัดการกับอาการทางลบในสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้
5. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมใน คู่มือ ความรู้เรื่องอาการทางลบ สำหรับกิจกรรมในวันนี้ และให้กลับไปฝึกเป็นการบ้านในเรื่องของการสังเกตอาการทางลบ เมื่อมีอาการเกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น

การประเมินผลหลังกิจกรรม

จากการให้ความรู้เรื่องอาการทางลบผู้ป่วยมีความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็นตอบข้อซักถาม และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่เกิดจากอาการทางลบ สามารถบอกถึงการจัดการเมื่อเกิดอาการทางลบได้ ตัวอย่างคำพูดเช่น

“ บางครั้งผมรู้สึกง่วงมาก นั่งเฉยๆผมก็หลับ ไม่อยากทำอะไร มันคิดไม่ออก แม่ต้องคอยบอกให้ผมทำ ผมก็สงสารแม่ ต่อไปนี้ผมจะพยายามทำกิจกรรมให้มากขึ้นแม่จะได้ไม่เหนื่อย ผมจะได้ไม่เป็นภาระแม่ ”

“ ผมไม่ค่อยอยากออกไปไหน เพราะไม่มีใครเข้าใจ บางครั้งคนอื่นมองผมแปลกๆ ผมเลยไม่ค่อยอยากออกไปไหน แต่ผมจะพูดคุยกับคนที่บ้าน เพราะคนที่บ้านรู้ว่าผมเป็นยังไง ”

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 4)

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (60 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่วไปและทบทวนสิ่งที่สมาชิกได้รับไปในครั้งที่แล้ว และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานเรื่อง สิ่งที่คุณตั้งใจจะทำเพื่อชีวิตที่ดี และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่อง การวางแผนอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าความรู้สึกที่ได้รับหลังเข้าร่วมการทำกิจกรรม

7. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นเพิ่มเติม
8. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test)

การประเมินผลหลังกิจกรรม

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น ตัวอย่างคำพูดเช่น

“ ผมภูมิใจที่ดูแลตัวเองได้ ไม่เป็นภาระใคร เพราะบางคนดูแลตัวเองไม่ได้ต้องเป็นภาระคนอื่น ”

“ ถ้าเราอยากมีสุขภาพดี เราต้องรู้จักการดูแลตนเอง ”

“ ต่อไปนี้ผมจะดูแลตัวเองมากขึ้น จะได้ช่วยงานแม่ได้หายดีแล้วจะได้ออกไปทำงานหาเงิน ”

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

สัปดาห์ที่ 5 หลังการทำวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน ไม่มีการถอนตัวออกจากการทดลองในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ตารางแสดงกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่ม

ทดลอง

ครั้งที่/ สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	กลุ่มที่	วันที่	เวลา
1/1	กิจกรรมที่ 1 การสร้าง สัมพันธ์ภาพ และ แรงจูงใจที่จะกระทำการ ดูแลตนเอง	กลุ่มที่ 1	6 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	6 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
2/1	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนา ความสามารถในการ เสาะแสวงหาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และการรักษา	กลุ่มที่ 1	8 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	8 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
3/2	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนา ความสามารถในการ ดูแลสุขภาพทางด้าน ร่างกาย	กลุ่มที่ 1	13 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	13 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
4/2	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนา ความสามารถในการ จัดระบบการดูแลตนเอง	กลุ่มที่ 1	15 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	15 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
5/3	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนา ทักษะการเผชิญปัญหา และการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1	20 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	20 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
6/3	กิจกรรมที่ 6 การพัฒนา ทักษะการตัดสินใจและ การใช้เหตุผล ในการ เลือกแนวทางการ จัดการอาการทางลบ	กลุ่มที่ 1	22 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	22 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.
7/4	กิจกรรมที่ 7 การวาง แผนในการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง	กลุ่มที่ 1	27 มีนาคม 60	9.00 – 10.00 น.
		กลุ่มที่ 2	27 มีนาคม 60	13.00 – 14.00 น.

ตารางที่ 4 ตารางสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ และช่วงอายุ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง (The pre-test – post-test control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60.0	12	60.0	24	60.0
หญิง	8	40.0	8	40.0	16	40.0
อายุ (ปี)						
20-25 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
26-30 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
31-35 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
36-40 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
41-45 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
46-50 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
สถานภาพสมรส						
โสด	12	60.0	14	70.0	26	65.0
สมรส	4	20.0	3	15.0	7	17.5
ม่าย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
หย่า/แยก	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	45.0	8	40.0	17	42.5
มัธยมศึกษา ต้น	6	30.0	5	25.0	11	27.5
มัธยมศึกษา ปลาย	1	5.0	6	30.0	7	17.5
ปวช./ปวส.	4	20.0	1	5.0	5	12.5

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ค้าขาย	4	20.0	0	0	4	10.0
เกษตรกร	2	10.0	4	20.0	6	15.0
รับจ้าง	8	40.0	7	35.0	15	37.5
ว่างงาน	6	30.0	9	45.0	15	37.5
รายได้ต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	10	50.0	14	70.0	24	60.0
5,000-10,000 บาท	10	50.0	6	30.0	16	40.0
ระยะเวลา						
เจ็บป่วย						
ระยะเวลา 1-2 ปี	7	35.0	2	10.0	9	22.5
ระยะเวลา 3-4 ปี	1	5.0	5	25.0	6	15.0
ระยะเวลา 5-6 ปี	3	15.0	4	20.0	7	17.5
มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป	9	45.0	9	45.0	18	45.0

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.0 เท่ากัน และมีอายุอยู่ระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 เท่ากัน มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 70.0 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 40.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 70.0 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)						
ก่อนการทดลอง	130.25	9.17	ปานกลาง	19	-11.43	0.00
หลังการทดลอง	152.25	10.75	สูง			
กลุ่มควบคุม (n=20)						
ก่อนการทดลอง	129.20	10.34	ปานกลาง	19	-5.28	0.00
หลังการทดลอง	141.35	5.65	ปานกลาง			

*p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -11.43$, $df = 19$) โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p- value
ก่อนการทดลอง						
(n=40)						
กลุ่มทดลอง	130.25	9.17	ปานกลาง	19	0.34	0.73
กลุ่มควบคุม	129.25	10.34	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
(n=40)						
กลุ่มทดลอง	152.25	10.75	สูง	19	4.22	0.00
กลุ่มควบคุม	141.35	5.65	ปานกลาง			

*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.22$, $df = 19.0$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 8 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง รายด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การดูแลตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไป	77.85	5.77	85.55	6.35	-5.16	0.00
2. การดูแลตนเองที่ จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ	11.30	1.89	16.00	2.36	-7.33	0.00
3. การดูแลตนเองที่ จำเป็นตามการ เปลี่ยนแปลงทางด้าน สุขภาพ	41.10	3.88	50.70	4.58	-10.97	0.00
รวม	130.2	9.17	152.2	10.75	-11.43	0.00
	5		5			

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการได้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนใหญ่พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0-F20.9) และไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางสมอง ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกจากทะเบียน

ประวัติของผู้ป่วยจิตเภท และคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากการสุ่มแบบง่ายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) สามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2001) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ในโปรแกรมประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง 2) การพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) การพัฒนาความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง 4) การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย 5) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 6) การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ 7) การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้าง ในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ข้อเสนอแนะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 3 คน โดยทดลองจนครบ ทั้ง 7 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภท

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 28 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1. ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2. ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3. ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขั้นประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน สรุปได้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศงานโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บข้อมูล

1.4 ติดต่อประสานงานกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อทำการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คนโดยผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมา เป็นผู้ช่วยสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการเก็บบันทึกข้อมูลของข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศและอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลจิตเวชประจำการ ณ. แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก จัดให้มีชั้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การสัมผัสประวัติดและการวินิจฉัยปัญหา การให้สุขภาพจิตศึกษา บริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการประสานการดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ณ. หอผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3. ขั้นตอนผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนทำการวิจัย 1 สัปดาห์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.2 ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทก่อนการเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ในกิจกรรมที่ 2 (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทำการ (Post-test) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 ในกลุ่มทดลอง

1.3 หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) หลังทำการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -11.43$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองจะสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 130.25$ และ 152.25 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นอาจจะเกิดขึ้นได้จากการได้รับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับจากการมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.22$) โดยคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 152.25$ และ 141.35 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผลของการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลตนเองมากขึ้น อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Kaplan & Sadock, 1995) นอกจากความรู้ที่ได้รับแล้วการพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพในภาวะที่มีการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งผลให้อาการทางลบลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ คิวะพร ไชยชนะ (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุม

ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองในการลดการบริโภค แอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์

เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบในกลุ่มควบคุมก็มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบการให้บริการในปัจจุบัน โรงพยาบาลมีการนำกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา มาใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น อาทิ การให้สุขภาพจิตศึกษาในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน การรับประทานยา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา จึงมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินี้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นภายหลังการศึกษาได้ แต่ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่ได้การพยาบาลตามปกติยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบนั้นอยู่ในระดับสูง

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและมีประสิทธิภาพมากกว่า การได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ดังจะเห็นได้จากการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกด้าน

จากผลการวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ทั้ง 7 กิจกรรมนี้สามารถใช้เป็นทางเลือกในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551) ด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการแนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem, (2001) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกที่จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกัน จากการทำกิจกรรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยบางท่านจะมีพฤติกรรมแยกตัวไม่ค่อยสนใจใคร ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น แต่เมื่อมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zarea et al (2014) ที่พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้บุคคลนั้น เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่การพัฒนาสัมพันธภาพที่บกพร่อง สามารถแสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Lysake & Bell, 1995) สมาชิกเปิดใจมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนในกลุ่มก็เผชิญกับปัญหาเหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ตลอดจนเกิดแรงจูงใจในการจะกระทำการดูแลตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ก่อนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางการจัดการอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ซึ่งเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่จะตัดสินใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น (Kaplan & Sadock, 1995) สังเกตได้จากการทำกลุ่ม ผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และซักถามปัญหาต่างๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Li and Arthur (2005) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่พวกเขาเป็น จะช่วยให้ยอมรับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและพบว่าอัตรา กลับเป็นซ้ำลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย การดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองให้สมาชิกกลุ่มทราบ สมาชิกจะร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ช่วยกันวิเคราะห์

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สมาชิกเริ่มเกิดความตระหนักของปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยบางท่านเล่าให้สมาชิกฟังว่า ไม่รู้มาก่อนว่าการดื่มน้ำมากๆ จะเกิดผลเสียกับร่างกาย รู้เพียงว่าการดื่มน้ำมากๆ จะทำให้ดีต่อสุขภาพ จากนั้นต้องปรับให้พอดีไม่มากเกินไปและไม่น้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม (Lieberman, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิต เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการจัดการระบบการดูแลตนเอง การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สัมพันธ์กับอาการทางลบที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง และร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้สมาชิกกลุ่มยอมรับปัญหาและเข้าใจสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการจัดระบบการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในความสำคัญของการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Anderson et al., 1980) เกิดแรงเสริมทางบวก รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group Cohesiveness) ทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ถือเป็นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกเกิดความร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดทักษะในการจัดการหรือเผชิญกับสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหา นำไปสู่การเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหานั้น เกิดความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้นอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธดา บัวจัน (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีความสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น เช่น การจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหา (Norman et al., 2002) เพื่อให้อาการนั้นลดลงหรือหมดไป

การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ถึงความต้องการของบุคคลอื่น (ชัญญา คมขำ, 2556) เนื่องจากการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลอื่นเข้าใจถึงความรู้สึกและความ

ต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al.; 2002)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการอาการทางลบ เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่จะไม่ค่อยทราบความสำคัญของการจัดการอาการทางลบ สมาชิกส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นอาการปกติที่พบในผู้ป่วยจิตเภทอยู่แล้ว และส่วนใหญ่จะรอจนมีอาการกำเริบรุนแรงแล้วจึงมาพบแพทย์ สมาชิกบางรายจะรอมาตรวจตามนัดทีเดียว เมื่อได้พูดคุยกันทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบ ร่วมกันตัดสินใจหาแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นภายใต้การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะผู้ป่วยในการค้นหาอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การค้นพบอาการเตือนและการจัดการกับอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงหรือหมดไปได้ (McFarlane, 1995)

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Norman et al., 2002) ถือเป็นส่วนสำคัญที่คอยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีแบบแผนถูกต้อง และเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการทางลบและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน นอกจากนี้หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีอาการทางลบลดลงตามมาเช่นกัน

นอกจากกิจกรรมที่ได้รับ การทำกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือกันในการช่วยเหลือกัน ถือเป็นสัมพันธภาพที่ดีเกิดขึ้น อันนำไปสู่ประสิทธิภาพการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาค่าการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ สามารถสรุป ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้ด้านการพยาบาลด้วยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มแล้วสามารถนำไปใช้ได้ แต่อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องพลังความสามารถ 10 ประการเพื่อเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ป่วย แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจังในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การนำไปปรับใช้ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติการดูแลในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระยะเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบถึงความคงอยู่ในระยะยาว
2. ควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. ควรมีการศึกษาผลของประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเปรียบเทียบกับทำให้การพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2549). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: กองแผนงาน.
กรมสุขภาพจิต
- กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานประจำปี 2553. from www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=237
- กรมสุขภาพจิต. (2554). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: กอง
แผนงาน. กรมสุขภาพจิต
- กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล. (2556). มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
เชียงใหม่ : กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตาม
เกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวช บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง. (2557). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทาง
ลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ขวัญสุดา บุญทศ. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่ง
ประเทศไทย 58(1) : 89-100
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ นพคุณขจรและจิระพรรณ สุริยงค์. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
ต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ
ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. จังหวัดเชียงใหม่: กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสวนปรุง
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่3) นนทบุรี: ยุทธินทร์
การพิมพ์
- ชัชชฎา คมขำ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทาง
สังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 27(3) :
101-112

- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพฯ: แจนแซน-ซีแลก
- ธีราพร มณีนาถ และคณะ. (2548). *การศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ชุมชน*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 164
- เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปิยมาลัย อาษาสันติสุข. (2551). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2(1) : 66-77
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา : ชมเมืองการพิมพ์
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มนัสมีน เจาะโนะ. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลกระพุ่มแบน. (2558). ข้อมูลและสถิติ ปีงบประมาณ 2558.โรงพยาบาลกระพุ่มแบน.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556.กรุงเทพมหานคร:บางกอกบล็อก
- ศิวัชร ไชยชนะ. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สเปญ อุณองค์. (2551). โรคจิตเภท (Schizophrenia). Available at:<http://www.infomental.com/schizophrenia.htm>
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 18(2): 85-97
- สุนีย์ แสงดาว. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 26(3) : 97-111
- สุนงษา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสวิกุล จำสนอง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงส์ บันเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2551). โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร 1(1) : 68-85
- อุมาพร ตรีศมบัติ. (2550). ช่วยลูกออกทีลติก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว

- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี. (1991) จำกัด

ภาษาอังกฤษ

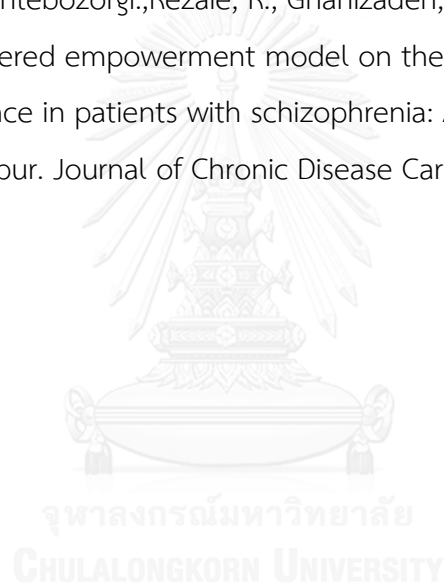
- Adams C. Wilson P and Bagnall A.M. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Effectiveness Bulletins*. 9: 251-256.
- Allen HA (1983) Do positive symptom and negative symptom subtypes of schizophrenia Show qualitative differences in language production? *Psychol Med*. 13:787-797.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV-TR (4 th ed.)*. Washington D.C: Author
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E and Reiss, D. S. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-education. *Schizophrenia Bulletin*, 6: 490-505.
- Andresen, N.C. (1989). The scale for the assessment of negative symptoms (SANS). Conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry*. 155: 49-52.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 9(5): 261-268
- Baruah A., Bhaduri A., Deuri SK. (2012). Effect of psycho-educative intervention on knowledge about illness and self-care in patient with schizophrenia. *Nurs J India*, 103(4): 188-190.
- Beck, A. (2012). Aaron Beck: *Reducing schizophrenia's negative symptoms*. Retrieved on February 1, 2012 from <https://bbrf.civactions.net/sites/bbrf.civactions.net/.../Beck.pdf>

- Bunney, W. E., Jr., & Bunney, B. G. (1999). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. In: Charney DS, Nestler E, Bunney BS, editors. Neurobiology of mental illness. New York: *Oxford University Press*; p 225– 35.
- Carpenter, W.T. 1989. Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia : The concept.*American Journal Psychiatry*. 145 (5): 578-583.
- Chan, S. W., and Leung, K.J. (2002). Cognitive behavioral therapy for client with Schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal of clinical nursing*. 11: 214-224
- Chien, W. T. Chan S.W .C. & Thompson D. R. (2004). Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia : 18-month follow-up. *British of Psychiatry*. 189, 41-49
- Cynthia Baker. (1995). The Development of the Self-care Ability to Detect Early Signs of Relapse Among Individuals Who Have Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 10(4): 261-268.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33(5): 668-676
- Edna K. Hamera, Kathryn A. Peterson, Leslie M. Young, and MardeeMcnay Schaumloffel. (1992).SymptomMonitoring in Schizophrenia:Potential for Enhancing Self-Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(4): 324-330.
- Gibson, C.H. (1995). The process of Empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advances Nursing*, 32(8): 1201-1210.
- Hill, L. and Smith N. (1990). Self-Care Nursing. New Jersey. *Meridith Publishing*.
- HolmbergS K. and Kane C. (1999). Health and self-Care Practices of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric services*, 50(6): 827-829.
- House. J. S. et al. (1981). Social support occupational stress and health. *Journal of Health and SocialBehavior*, 21: 202-221.
- Kaplan, H.L.& Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive textbook of Psychaiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.L.& Sadock, B.J. (2000). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavior sciences and Clinical psychiatry 8th ed*.Baltimore
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. 1987. The Positive and Negative Syndrome

- Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 13 (2): 261-276.
- Kennedy, G. M., Schepp, G. K. and O'Connor W.F. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 14(6): 226-275.
- Kyung-Heeshon., and Si-Sung Park. (2002). Medication and Symptom Management Education Program for the Rehabilitation of Psychiatric Patient in Korea: The Effect of Promoting Schedule on Self-efficacy Theory. *Yousei Medication Journal*, 43: 579-589.
- Lieberman, R. (2006). *Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence –based treatment for the mentally disabled*. Los Angeles, CA: Geffen UCLA School of Medicine.
- Lysaker, H.P., Lancaster, R.S., Nees, M.A., and Davis, L.W. (2004). Attributional style and Symptoms as predictors of Social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(2): 225-232.
- McBride, A.B. and Austin, J. K. (1996). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Pennsylvania: W.B.Saunders.
- McFarlanc WR, Lukens E, Dushay R, et al. 1995. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Processes*. 34: 127-144
- McFarlanc WR, Lukens E, Dushay R, et al. 1995. Multiple family groups and psychoeducation in treatment schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 52: 679-687
- Mueser K.T., McGurk S.R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet* 363: 2063-2072.
- 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 Scandinavi*. 102: 303-309.
- Orem. D.E. (1991). *Nursing Concepts of practice(4thed.)*. St.Louis: Mosby
- Orem. D.E. (2001). *Nursing Concepts of practice(6thed.)*. St.Louis: Mosby
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). Brief psychiatric rating scale. *Psychological Report*. 10: 799 - 812.

- Patterson T. and Leeuwenkamp O. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 100: 108-119.
- Shahrbabaki, P., Farokhzadian, J., and Hasanabadi Z. (2011). Effect of Self-care Education on Patient's Knowledge and Performance with Heart Failure. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 31: 918-922
- Perivoliotis, D. & Cather, C. (2009). Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms. *Journal of clinical psychology*, 65(8): 815-830.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry*; 50:247–257.
- Robert W. Buchanam. (2006). *Negative symptoms in schizophrenia: An Overview*. [online]. Available from <http://www.Persistent Negative symptoms in schizophrenia An Overview>. [2009, May 22]
- Sandock and Sadock. (2007). Psychiatric Nursing Certification Review Guide for the Generalist and Advanced Practice Psychiatric and Mental Health Nurse. 210-217.
- Schulze, B., and Angermeyer, M.c. (2003). Subjective experiences of stigma : A focus group study of Schizophrenia Patients, their relative and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2): 299-312
- Susan J Simmons. (1990). The Health-Promoting Self-Care System Model: directions for nursing research and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1162-1166.
- 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). *Essentials of Psychiatric Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Videbeck, Sheila L. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Williams, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 25: 14-21.

- World Health Organization. (2011). Schizophrenia.[online].Available from <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en>[2001,June 26].
- World Health Organization. (2006). The ICD-10 Classification of mental and Behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization
- Xu, Z. D., weng, Y. Z., Hou, Y. Z., He, J. L., Han, X. H ., and Wang, Y. Y. (1999). Efficacy and flow-up research of medication-management module training for schizophrenic patients. *Chinese Journal of Psychiatry*, 32: 96- 99.
- Zarea, K., BahmanDashtebozorgi.,Rezaie, R., Ghanizadeh, A. and Latifi, M. (2014). Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Jundishapur. *Journal of Chronic Disease Care*, 3(1): 61-67.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงนิธินันท์ สร้อยอากาศ	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. อาจารย์ ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการ สอน ภาควิชาจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีนครศรีธรรมราช
3. อาจารย์ ดร.สุตาพร สถิตยยุทธการ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิต เวชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางเบญจวรรณ สามสาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์
5. นางสาวรางคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูง)โรงพยาบาลสามชุก

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรม
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองการตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัย

เอกสารฉบับนี้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

ผู้วิจัย นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน่วยงาน งานสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบนแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๑๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงชื่อ.....

(พญ.สุกัญญา วิริยโกศล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาว น้ำทิพย์ ไกรทอง นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	450/4 ต.ตลาด อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร
โทรศัพท์ (มือถือ)	087-4031398
E-mail Address	tiffany_ckr@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจง คัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภท และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีค่าคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่งธนา นิลชัย โภทิตย และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม
4. สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด
7. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และจากตัวผู้ป่วยเอง
8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ เป็นแนวทางปฏิบัติให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบที่มีประสิทธิภาพ
9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว น้ำทิพย์ ไกรทอง ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 087-4031398 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว
10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
11. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย
12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

ชื่อผู้วิจัย นางสาว นันทิพย์ ไกรทอง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 450/4 ต.ตลาด อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร

โทรศัพท์ (มือถือ) 087-4031398 E-mail Address: tiffany_ckr@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานางหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: content Validity Index) คำนวณได้ จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{38}{40} = 0.92$$

2. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

$$CVI = \frac{17}{20} = 0.85$$

3. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินอาการทางลบ

$$CVI = \frac{11}{13} = 0.84$$

การหาความเที่ยงของเครื่อง

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20)

ค่าความเที่ยงของ แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right]$$

$$r_{tt} = \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{4.68}{36.0} \right]$$

$$r_{tt} = 1.05 [1-0.13]$$

$$r_{tt} = 1.05 [.87]$$

$$r_{tt} = .92$$

ค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

RELIABILITY

```

/VARIABLES=e1 e2 e3 e4 e5 e6 e7 e8 e9 e10 e11 e12 e13 e14 e15 e16 e17 e18 e
19 e20 e21 e22 e23 e24 e25 e26 e27 e28 e29 e30 e31 e32
e33 e34 e35 e36 e37 e38 e39 e40
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/SUMMARY=TOTAL.

```

Reliability

[DataSet1] C:\Users\USER\Desktop\ค่าreli.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

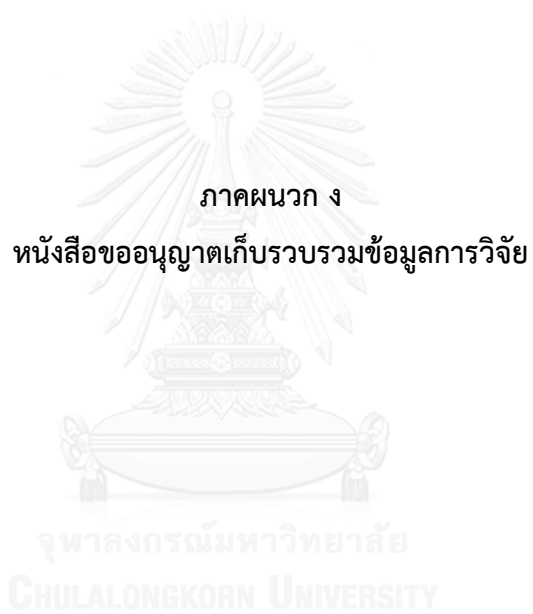
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	40

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่หรือคนที่เป่าควันไอจาม เป็นต้น	3.43	.774	30
2. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผักและผลไม้ เป็นต้น	3.43	.679	30
3. ท่านรับประทานอาหารถูกหลักอนามัย เช่น อาหารปรุงสุก สะอาด	4.47	.629	30
4. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	4.13	1.137	30
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่นสุรา ยาโดง เบียร์	4.23	1.006	30
6. ท่านดื่มชาหรือกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้ว	3.87	.730	30



งานวิชาการและห้องสมุด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
 ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๐
 ๖๐๐/๒๕๗

ที่ ศธ 0512.11/ 01๐9



กลุ่มงานการพยาบาล
 วันที่ ๖๐๐/4๓๗
 วันที่ ๐๖ มี.ค. ๒๕๖๐

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
 วันที่ ๖๐๐
 วันที่ ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๐
 เวลา ๑๓.๐๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๒๓ มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

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

เนื่องด้วย นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีอาการทางลบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
 เพื่อโปรดทราบและพิจารณาเห็นควรแจ้ง
- งานวิชาการ
 - กลุ่มการพยาบาล
 - ฝ่ายบริหาร
 - ฝ่ายทันตกรรม
 - งานยุทธศาสตร์
 - องค์กรแพทย์
 - งานเวชกรรม
 - ฝ่ายเภสัชกรรม
 - กลุ่มงานเทคนิคบริรักษ์
 - อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แจ้งงาน.....

นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง

เรียนกลุ่มฯ ศธ

สำเนาเรียน

งานธุรการโรงพยาบาลกระทุ่มแบนนางสาวกัลลณี สมิตชากร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง โทร. 08-7403-1398

น.พ.พรชัย พงศ์ประภากร

หัวหน้างานวิชาการ

๐๖ มี.ค. ๒๕๖๐

๒๗ ๖๓๖๖
๖๖๖๖
๖๖๖๖

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อ เพื่อให้ท่านพิจารณาว่าท่านมีพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับใด โดยผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องตามที่ท่านเลือก เมื่อท่านไม่เข้าใจ ผู้ประเมินจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ ท่านตอบตรงความจริงมากที่สุดโดย

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-6 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1-2 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านอากาศ อาหารและน้ำ 1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือคนที่ เป็นหวัด ไอ จาม เป็นต้น					
2. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผักและผลไม้ เป็นต้น					
.....					
.....					
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 23. ท่านมีปัญหาท่านจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ปรึกษาใคร					
.....					
.....					

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบน ทางด้าน สุขภาพ 27. ท่านปรึกษาทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหรือการรักษา เมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ					
.....					
.....					
40. ท่านมาตรวจตามที่แพทย์นัด					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภทหมายถึงโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็น ลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ จากคนปกติทั่วไป		
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก		
3. โรคจิตเภท เกิดจากไสยศาสตร์ เช่น โดนผีเข้า โดนของ		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
20.การรับประทานยาทางจิตเวช เป็นวิธีการรักษาเพียงวิธีเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วย หาย		

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบ (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และ ตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์		
2	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3	การโต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพักๆ		
4	การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ		
5	นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา		
6	ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นการทำบุญตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น		
8	มักอยู่คนเดียว		
9	บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้		
10	หลีกเลี่ยงการพูดคุยกับบุคคลอื่น		
11	บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆ ไม่ได้เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือ น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า		
12	ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		

แผนการดำเนินโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความตระหนัก และแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความจำเป็นในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สมาชิกสามารถบอกถึงความคิด และมุมมองเกี่ยวกับตัวเองต่อการเจ็บป่วยได้
3. บอกเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันด้วยกันเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นการสร้างการยอมรับรวมถึงความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในการทำกิจกรรมกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อให้สมาชิกเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองจะทำให้สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเอง ประโยชน์จากการดูแลตนเองจนถึงวางเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะกระทำการดูแลตนเองร่วมกัน เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษ A4 ดินสอ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
2. ใบงานที่ 1.1 เพื่อนใหม่ของฉัน
3. ใบงานที่ 1.2 ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา
4. ใบความรู้ที่ 1.2 การดูแลตนเองและความจำเป็นในการดูแลตนเอง
5. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
6. สื่อการนำเสนอเกี่ยวกับที่มาและความสำคัญของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ

7. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม

กิจกรรม

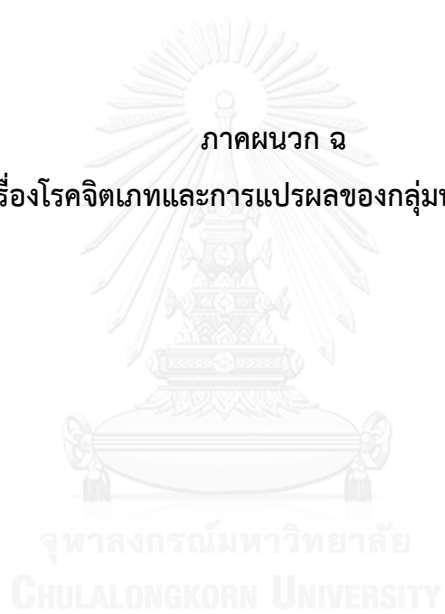
1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “วันนี้เป็นวันอะไรคะ” “รับประทานอาหารเข้ากับอะไรคะ” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
4. สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มทำข้อตกลงทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับสิทธิ และบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนลุกจากที่นั่ง แล้วจับคู่พูดคุยทำความรู้จักกับสมาชิกคนใดก็ได้ โดยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมตามใบงานที่ 1.1 ให้เวลา 15 นาที
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกรายละเอียดของเพื่อนใหม่ที่ตนไปทำความรู้จักว่าเป็นอย่างไรบ้าง
7. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเองที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ในประเด็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 1.2 และให้ตัวแทนออกมานำเสนอผลการพูดคุย
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความจำเป็นในการดูแลตนเอง ตามใบความรู้ที่ 1.2
9. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมที่ได้ทำครั้งนี้
10. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมและเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
11. นัดหมายในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม ความกระตือรือร้น ขณะร่วมกิจกรรม
2. จากบรรยากาศ ความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม
3. จากการทำใบงาน การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง
4. ผู้ป่วยบอกเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองได้
5. ผู้ป่วยเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม สามารถบอกประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมได้

ภาคผนวก ฉ

ตารางคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการแปรผลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง



ตารางแสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการแปรผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

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

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง เกิดเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2530 ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี ปีการศึกษา 2552 และเข้ารับการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกระทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

