

ผลของโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท



นางเนตดา วงศ์ทองมานะ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

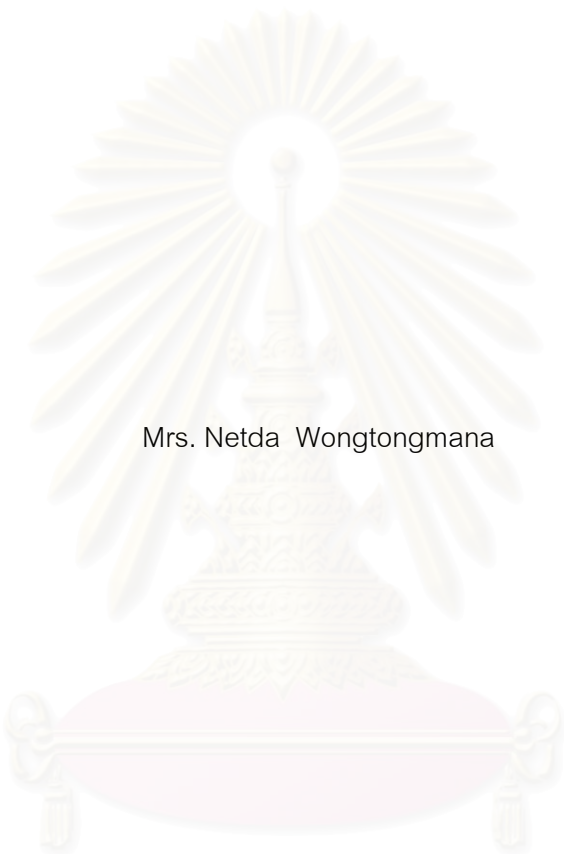
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION ON SELF-CARE BEHAVIORS OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Mrs. Netda Wongtongmana

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมจิตสังคมนาบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางเนตดา วงศ์ทองมานะ

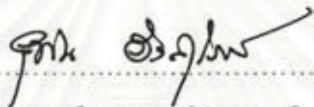
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

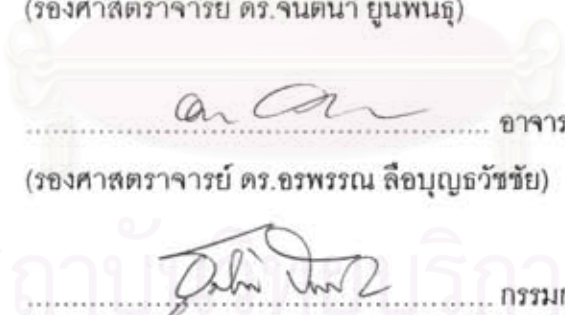
  
..... คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ดร.สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สถาบัน  วิชาการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนตดา วงศ์ทองมานะ : ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 152 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบที (t-test)

#### ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต ..... /หนกท กวณทองมานะ

ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 4977578136: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: PSYCHOSOCIAL INTERVENTION/ SELF-CARE BEHAVIORS/SCHIZOPHRENIC PATIENTS

NETDA WONGTONGMANA: THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS  
ADVISOR: ASSOC.PROF.ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 152 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare self-care behaviors of schizophrenic patients before and after their participation in the psychosocial intervention and to compare the self-care behaviors of schizophrenic patients who participation in the psychosocial intervention and those who participated in traditional care. Forty samples were schizophrenic patients, 20 patients were randomly assigned into experimental group and the others were control group by matching with the self-care behaviors score. The experimental group received the psychosocial intervention while control group received traditional care. Research instruments composed of the psychosocial intervention and self-care behaviors questionnaire which were examined by professional experts. The reliability of the questionnaire using Cronbach's coefficient of Alpha was .93. T-test was used for data analysis.

Major findings were as follows:

1. The self-care behaviors of schizophrenic patients after participated in the psychosocial intervention, was significantly higher than those before the experiment, at the .05 level.
2. The self-care behaviors of schizophrenic patients who participated in the psychosocial intervention was significantly higher than those of schizophrenic patients who participated in the traditional care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing

Student's Signature: *Netda Wongtongmana*

Academic Year: 2008

Principal Advisor's Signature: *Assoc. Prof. Oraphun Lueboonthavatchai*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยและให้ข้อคิดอันมีคุณค่า ตลอดจนให้ความสนใจและความเมตตา เอาใจใส่ ให้กำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาและความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและ อ.ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำรวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ. อติศร ภัทราดุลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คุณสุมล เกษรอนิษฐ์วัฒนา หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มงานประสาทวิทยาและจิตเวช รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการทดลองจนสำเร็จสิ้นกระบวนการ

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณ สำหรับการสนับสนุนและกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว รุ่นพี่ รุ่นน้องและเพื่อนๆ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา กระทั่งทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงได้ด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
ขั้นตอนการทดลอง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	100
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	123
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง แบบฟอร์มพื้ทักษ์.....	125
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา.....	134
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	152

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	67
2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	94
3	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ย (บาทต่อ เดือน) จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ระยะเวลาการ เจ็บป่วย.....	95
4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	96
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	97
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและ การพยาบาลตามปกติ.....	98
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและ การพยาบาลตามปกติ.....	99
8	การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม แยกเป็นรายบุคคล.....	137
9	การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายบุคคล.....	138



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลตนเองถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะเมื่อเลือกกระทำแล้วย่อมก่อเกิดประโยชน์กับตัวเองโดยตรงและถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับทุกคน ในแนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลง และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตของแต่ละชนแต่ละกลุ่ม วิธีการตัดสินใจ และปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลนั้นไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการทั้งการเรียนรู้ ได้รับความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และความพยายาม

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง ส่วนใด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องของพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามกรอบแนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) ที่แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นไว้ 3 ด้าน พบว่า 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites: USCR) ของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 81.82 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงคิดเป็นร้อยละ 50 มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 22.73 และมีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 68.18 ของผู้ป่วยจิตเภท (Holmberg and Kane, 1999) นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทยังมีความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว และกิจกรรมในชุมชน (Videbeck, 2004) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองและเอาใจใส่กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Holmberg and Kane, 1999) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาด้านการปรับตัว ขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองเช่น ความเป็นผู้นำครอบครัว การเป็นสามีและภรรยา (Mueser

and McGurk, 2004) 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ(health deviation self-care requisites: HDSCR) ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่เชื่อว่าตนเองป่วย และจากประสบการณ์ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับร่วมกับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลายาวนาน จะพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลง (Kaplan and Sadock, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาที่พรรณน น่วมทอง (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร้อมด้านการรับประทานยาเช่นกัน สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับอาการกำเริบของตนเองจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆก่อนการกำเริบเช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ (Kennedy al et., 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเองซึ่งความพร้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆตามมาทั้งทางตรงและทางอ้อม

ผลกระทบต่อที่เกิดจากความบกพร่องของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาโรคทางกายตามมา เช่นโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Holmberg and Kane, 1999) ขาดโอกาสพัฒนาทักษะและหน้าที่เหมือนคนทั่วไป (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) เกิดความเครียด จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นเกิดความรู้สึกล้มเหลวในการดำรงชีวิตประจำวัน (Videbeck, 2004; Knapp et al., 2004) และก่อให้เกิดอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำได้ (Ayuso-Gutierrez and Vega, 1997) ถ้าอาการกำเริบยังเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพารวมมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ (Ziedonis et al., 2007) 2) ด้านครอบครัว จากภาวะที่เกิดจากโรคส่งผลให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว (Knapp et al., 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Chou, Lin and Chu, (2002) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง นอนไม่ค่อยหลับ น้ำหนักลดลง และ 55 เปอร์เซ็นต์ของผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป 3) ด้านเศรษฐกิจ ประเทศต้องสูญเสียเงินทองค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลเพื่อบำบัดรักษา ประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณการว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทางตรงและทางอ้อมเป็นเงิน 62.7 พันล้านยูเอสดอลลาร์ต่อปี (Ziedonis et al.,2007) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในระยะยาว

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Holmberg and Kane, (1999) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยเนื่องจากระดับอาการทางคลินิก และความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว นอกจากการลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังพบว่าปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ

ธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาของเสวกุล จำสนอง (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการทางคลินิกของโรค ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาด้วยยายังเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพทำให้อาการทางจิตดีขึ้น แต่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวก็มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท (Patterson and Leeuwenkamp, 2008; ยุทธนา อองอาจมันัสกุล, 2548) จากการศึกษาพบว่า 10-60 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชจะเกิดการติดต่อการรักษาด้วยยา (Lindenmayer, 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับป่วยซ้ำและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30 หลังจากรับการรักษาด้วยยา 1 ปี และคิดเป็นร้อยละ 80 หลังจากรับการรักษาด้วยยา 5 ปี (Gumley et al., 2006) จากการศึกษาแนวทางการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม กลับพบว่าสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึง 40 เปอร์เซ็นต์ (Patterson and Leeuwenkamp, 2008) ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จึงต้องมีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด ซึ่งจิตสังคมบำบัดเป็นการแสวงหาวิธีจัดการ(management)กับโรคจิตเภทและช่วยยกระดับการดูแลตนเองให้ดีขึ้นและจิตสังคมบำบัดจะมีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้โรคจิตเภทดีขึ้น (Mueser and McGurk, 2004) และจิตสังคมบำบัดยังเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยยกระดับสภาพจิตใจและสภาพสังคมของผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งเสริมทักษะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสารของผู้ป่วย (Videbeck, 2004) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำจิตสังคมบำบัดมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามี การจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายโปรแกรมเช่น โปรแกรมการให้ความรู้และการปรับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดอ่างทอง (วรลักษณ์ ปิ่นทอง, 2548)

โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549) โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองต่อพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (พรสวรรค์ พลุกระจำง, 2550) การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ปรารภนา คำมีสินนท์, 2550) เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองเพียงบางด้านเท่านั้น เช่น พฤติกรรม การใช้ยาและบางโปรแกรมจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน แต่เนื่องจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย กลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนขณะที่ยังมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547; สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2547) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลที่สั้นลง

การนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทของ Adams, Wilson and Bagnall, (2000) ได้กล่าวว่ายุทธศาสตร์ (strategies) ที่สำคัญของการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับโรคจิตเภทมี 3 ประการ คือ 1) การสนับสนุนหรือการให้ความรู้เบื้องต้น (Primarily to support or educate) 2) ฝึกทักษะที่จำเพาะเจาะจง (Specific skills training) 3) ให้ความสนใจอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ (Problem or Symptom focused) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีการนำแนวคิดจิตสังคมบำบัด (psychosocial intervention) มาส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนี้ คือ การสนับสนุนหรือการให้ความรู้เบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Psychoeducation group) มาใช้เป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง (supportive group) เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความเชื่อว่า การเรียนรู้จะไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่หากผู้เรียนมีความตึงเครียด ไม่สบายใจทางอารมณ์และการเรียนรู้จะได้ผลดีหากผู้เรียนได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจร่วมด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้พัฒนาพฤติกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความ

สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความพร้อมของพฤติกรรมการดูแลตนเองจะส่งให้อาการกำเริบกลับและมีโอกาสกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการจัดจะสอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันคือ ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล่าวที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนเอง ร่วมมือในการค้นหาสาเหตุความพร้อมของพฤติกรรมดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน 2) กลุ่มบำบัดระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริงในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลตนเอง 4) ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 5) ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้ 6) ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้ ซึ่งโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเป็นการดูแลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลประโยชน์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถพึ่งพาตนเองและอยู่ในสังคมได้นานที่สุดและป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทของ Adams, Wilson and Bagnall, (2000) ที่กล่าวว่ายุทธศาสตร์ (strategies) ที่สำคัญของการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้มี 3 ประการ คือ

1. การสนับสนุนหรือการให้ความรู้เบื้องต้น (Primarily to support or educate) ผู้ป่วยจิตเภทคาดหวังว่าจะมีแหล่งสนับสนุนและได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ความรู้จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. การฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจง (Specific skills training) สำหรับผู้ป่วยจะมีการฝึกทักษะการดำรงชีวิต(Life skill) จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นในการใช้ชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และการฝึกทักษะยังช่วยยกระดับพฤติกรรมในการอยู่ร่วมสังคมกับคนอื่น ลดความทุกข์ทรมานใจที่เกิดจากการประสบการณ์ที่แตกต่างของคนที่เป็นผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการสื่อสารในสังคม

3. ให้ความสนใจอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ (Problem or Symptom focused) จะใช้การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วยและรูปแบบความคิดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ ส่วนหนึ่งของกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นโดยให้เห็นจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อต่อต้านความเชื่อที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ โดยคิดอย่างมีเหตุผล พัฒนาประสบการณ์และยอมรับ

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีการนำแนวคิดจิตสังคมบำบัด (psychosocial intervention) มาส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเน้นการสนับสนุนหรือการให้ความรู้เบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (psychoeducation group) มาใช้เป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง (supportive group) เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้จะไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่หากผู้เรียนมีความตึงเครียด ไม่สบายใจทางอารมณ์และการเรียนรู้จะได้ดีหากผู้เรียนได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจร่วมด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้พัฒนาพฤติกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสม โดยผู้วิจัยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความพร้อมของพฤติกรรมดูแลตนเองจะส่งให้อาการกำเริบกลับและมีโอกาสกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการจัดจะสอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันคือ ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ

**กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา** โดยเป้าหมายของสัมพันธภาพเพื่อส่งเสริมให้ 1) ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ยอมรับตนเอง และเพิ่มการนับถือตนเองให้มากขึ้น 2) ผู้ป่วยรู้จักตนเองดีขึ้น และปรับปรุงตนเองด้านความคิดและการแสดงออก 3) ผู้ป่วยมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 4) ผู้ป่วยปรับปรุงการทำหน้าที่ในการดำรงชีวิต และเพิ่มความสามารถที่จะทำให้ความต้องการจำเป็นต่างๆ ได้รับความพึงพอใจและบรรลุเป้าหมาย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) จะส่งผลให้ผู้พว้นำศักยภาพของตนเองออกมาใช้ในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002) และการประเมินสภาพปัญหา โดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมค้นหาปัญหาของตนเองตามจริง วิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ของตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

**กิจกรรมที่ 2 กลุ่มบำบัดระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา** เพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความเชื่อว่า การเรียนรู้จะไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ หากผู้เรียนมีความตึงเครียด ไม่สบายใจทางอารมณ์ และการเรียนรู้จะได้ผลดีหากผู้เรียนได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจร่วมด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และจากการศึกษาของ Buckley, Pettit and Adams (2008) ในเรื่อง Supportive therapy for schizophrenia พบว่าการทำกลุ่มระดับประคองจะมีผลต่อเจตคติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรักษา

**กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย** การให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริงในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลตนเอง และเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) จากการศึกษาของ Pitschel et al (2006) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการป่วยซ้ำ ซึ่งการให้ความรู้จะเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิตเภท การรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป** การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากสุขภาพจิตที่ดีมาจากพื้นฐานการมีกำเนิดที่ดี คือมีสุขภาพที่แข็งแรง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจิตวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยา

และแสดงออกด้านอารมณ์ โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และพัฒนาทักษะด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งกลุ่มกิจกรรมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยกับผู้อื่น

**กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้** จากการศึกษาของ Ayuso-Gutierrez et al (1997) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทสาเหตุมาจาก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้ตั้งแต่เริ่มแรก และจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา จะเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

**กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้** จากการศึกษาของ Kennedy และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาความทักษะผู้ป่วยในการค้นหาอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การค้นพบอาการเตือน การดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการล่วงหน้า และจัดการกับอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองหรือจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ และสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดควรรีบมาพบแพทย์

ซึ่งโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเป็นการดูแลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประโยชน์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านและป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำจิตสังคมบำบัด (Psychosocial intervention) มาสร้างเป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในครอบครัวของวิชาชีพพยาบาล เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยระยะเวลาการจัดโปรแกรมเหมาะสมกับระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล คือ ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม โดยกิจกรรมสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้



## สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับจิตสังคมบำบัด
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) การศึกษาแบบสองกลุ่มมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล แผนกจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมจิตสังคมบำบัด

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมจิตสังคมบำบัดหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลเน้นการบำบัดด้านจิตสังคมในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล โดยนำแนวคิดจิตสังคมบำบัดที่ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (psychoeducation group) มาใช้เป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง (Supportive group) เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้พัฒนาพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ครั้งละ 50-60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

1. **สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 60 นาที ลักษณะของกิจกรรมเป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่เป็นผลกระทบจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง กำหนด

เป้าหมายร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง  
สัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานก่อให้เกิดการสนับสนุนและความ  
ร่วมมือในการรักษา

**2. กลุ่มระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการ  
รักษา** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยระดับประคองด้านจิตใจใช้เวลา 50 นาที  
โดยให้สมาชิกเสนอปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษา และให้สมาชิกเลือก  
ปัญหาที่น่าสนใจที่สมาชิกส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์คล้ายๆ กัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ  
ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

**3. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล  
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เป็นกิจกรรมที่ใช้  
เวลา 50 นาที ลักษณะกิจกรรมจะให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท  
อาการ การรักษา และการดูแลตนเองที่เหมาะสม และพยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อเตรียม  
ผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

**4. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น  
โดยทั่วไป** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น  
เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลา 50 นาที ลักษณะกิจกรรมจะให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การ  
รับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยา พัฒนทักษาะด้าน  
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และพยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในการดูแล  
ตนเองที่ถูกต้อง

**5. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและ  
สามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสังเกต  
อาการข้างเคียงของยาและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลา 50 นาที  
ลักษณะกิจกรรมจะให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการ  
รับประทานยาจิตเวช และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และพยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้  
ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

**6. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถ  
จัดการกับอาการเบื้องต้นได้** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ  
ข้างเคียงของยาและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลา 50 นาที  
ลักษณะกิจกรรมจะให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการ

รับประทานยาจิตเวช และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และพยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นเป็นประจำให้แก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารเช้า การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรับประทานยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น

2. กิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษาและกลุ่มนันทนาการบำบัดเช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มทำอาหาร เป็นต้น

**พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุมนทนา บุญชัย (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชของพวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิและคณะ (2542) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) พฤติกรรมดูแลตนเองประกอบด้วย 3 ด้านคือ

1. **การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites: USCR)** ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1. **ด้านอากาศ อาหารและน้ำ** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องปฏิบัติในการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ หลีกเลี่ยงควันพิษบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ตรงตามเวลาในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารสุกๆ ดิบๆ เครื่องดองของเมา ดื่มน้ำสะอาดในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษแก่ร่างกาย เช่น น้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นต่างๆ

1.2. **ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการระบายของเสียออกจากร่างกายถ่ายอุจจาระปกติ ให้เป็นเวลาทุกวัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่มีอาการท้องผูกท้องเสีย ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเสียรุนแรงอาจจะ

ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อใช้ยาที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำ สระผม แปรงฟันให้สะอาดอยู่เสมอและแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสะอาด

**1.3. ด้านการพักผ่อนนั้นนอนและการออกกำลังกาย** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และผ่อนคลายความเครียด มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอในเวลากลางคืนหลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง การพักผ่อนหย่อนใจ โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

**1.4. รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติโดยพูดคุยกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือชุมชนของตน ไม่ควรอยู่บ้านเฉยๆ หรือเก็บตัวแยกตัวอยู่ตามลำพัง พยายามที่จะให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ และรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อมีเรื่องทะเลาะกับคนอื่น

**2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR)** มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลเสียที่เกิดจากพัฒนาการ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความล้มเหลวด้านสุขภาพส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดที่เกิดขึ้นได้

**3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites: HDSCR)** ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ มีพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้นได้ สังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

**1. ด้านบริการพยาบาล** เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ไม่ป่วยซ้ำ

**2. ด้านการวิจัย** เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.1. ความหมาย
  - 1.2. อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
  - 1.3. ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท
  - 1.4. การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
  - 2.2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.4. การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
  - 2.5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดจิตสังคมบำบัด
  - 3.1. แนวคิดจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2. จิตสังคมบำบัดที่ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.3. โปรแกรมจิตสังคมบำบัด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวช มีข้อสันนิษฐานว่าเป็นความผิดปกติที่มีมานานแล้ว จะเห็นได้จากคำว่า "Schizophrenia" เป็นคำที่มาจากภาษากรีก ที่มีความหมายว่าจิตใจแตกแยก (split mind) (Womble, 2005) โรคจิตเภทถือว่เป็นโรคที่พบมากที่สุด 1 ใน 10 ของ

โรคที่เกิดการสูญเสียความสามารถในระยะยาว (Mueser and McGurk, 2004) และสามารถพบได้ในประชากรทั่วโลก อุบัติการณ์การที่พบ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบได้ร้อยละ 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000 ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) อาการของโรคจิตเภทมักมาแสดงอาการเด่นชัดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Shean, 2004) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้หลากหลายดังนี้

### 1.1 ความหมาย

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์บางคนมีประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่บุคคลอื่นไม่ได้เห็น

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

Womble (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกด้านสีหน้าที่ไม่สมเหตุสมผล และการตอบสนองด้านอารมณ์ลดน้อยลง เช่น เมื่อเกิดการสูญเสียการแสดงออกด้านอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ โรคที่เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

## 1.2 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

1.2.1 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (มานอนซ์ หล่อตระภูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนี้คือ

1.2.1.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และการแสดงพฤติกรรม ได้แก่

1) **ความคิดหลงผิด (Delusion)** ความคิดหลงผิดที่พบบ่อย เช่น ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าคนปองร้าย คิดว่าตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่าง คิดว่าคนอื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง เป็นต้น

2) **อาการประสาทหลอน (Hallucination)** เป็นการรับรู้ที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination) อาการประสาทหลอนทางการเห็น (Visual Hallucination) อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucination) อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory Hallucination) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่นๆ ที่ปรากฏได้แก่ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า Illusion

3) **การติดต่อสื่อสาร** ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิดที่มีการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลาผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจะพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง (loose associations) หรือพูดคุยฟังไม่รู้เรื่องเลย

4) **ความผิดปกติของพฤติกรรม** ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมวุ่นวายควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก ไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ Masturbation ในที่สาธารณะ

1.2.1.2 **กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms)** เป็นอาการแสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ได้แก่ สีหน้าเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด เวลาซักถามตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ (alogia) ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด (avolition) โดยจะอยู่เฉยๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการทำงาน ขาดความสนใจตนเอง เรียนหนังสือไม่ได้

## 1.2.2 การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1.2.2.1 **ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase)** ผู้ป่วยจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจเริ่มมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา เริ่มมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเรียน การทำงาน หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ไม่ค่อยสนใจสุขภาพอนามัยของตนเอง คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนที่อาการจะกำเริบ

**1.2.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase)** ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ญาติไม่สามารถดูแลได้ จึงต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

**1.2.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)** อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงหรือเสื่อมลงมากกว่าปกติ อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการของโรคอาจทรงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะนี้ลักษณะอาการที่หลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการทางลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเองเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้

**1.2.3 การวินิจฉัย (Diagnosis)** ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> edition 1994) (American Psychiatric Association, 1995) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะดังนี้

**1.2.3.1** ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา)

- อาการหลงผิด (Delusion)
- อาการประสาทหลอน (hallucination)
- มีอาการผิดปกติของคำพูด (Disorganized speech) เช่น มี derailment หรือ incoherence
- มีพฤติกรรมแบบ Disorganized หรือ catatonic ously เห็นได้ชัด
- มีอาการทางลบ (Negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดเป็นแบบ Bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงคนพูด วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน



1.2.3.2 มีปัญหาด้านสังคมหรือการงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงานสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

1.2.3.3 ระยะเวลามีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

### 1.3 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

#### 1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ แบ่งออกเป็น

1.3.1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factor) จากการศึกษากการเกิดโรคจิตเภทพบว่า การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม ยิ่งมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดมากเพียงใดก็มีความเสี่ยงสูงเช่น บิดา มารดาป่วยทั้งคู่ความเสี่ยงของบุคคลที่จะป่วยร้อยละ 46 คู่แฝดไข่ใบเดียวกัน(อยู่ด้วยกัน)ป่วยความเสี่ยงของบุคคลที่จะป่วยร้อยละ48 พี่น้องท้องเดียวกันป่วยความเสี่ยงของบุคคลที่จะป่วยร้อยละ 9 เป็นต้น (สันชัย วสุนธรา, 2547)

1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (biochemical factor) สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกัน คือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin -2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และจากการศึกษาระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

1.3.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง (neuroanatomy factor) จากการตรวจโครงสร้างของสมอง CT Scan ทำให้เก็บภาพสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่ม Negative schizophrenia พบว่ามีสมองส่วน cerebral ฝ่อหรือเล็กลง ทำให้มีช่องว่างในสมองกว้างมากขึ้น (Ventricular enlargement) แต่อย่างไรก็ตามความเชื่อในส่วนนี้ยังไม่เป็นที่ตกลง ยังต้องมีการศึกษาและวิจัยกันต่อไป

1.3.1.4 ด้านประสาทสรีระวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการทางลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับprefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า

การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดเป็นหนึ่งของสมอง หากเป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

### 1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

1.3.2.1 **ความขัดแย้งภายในจิตใจ** (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายในหลายอย่าง เช่น แรงขับทางเพศ (Sexual drive) หรือแรงขับของความก้าวร้าว (aggressive drive) ซึ่งส่วนมาเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้ขัดเกลา (Unacceptable drive) และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ในจิตใจได้สำนึกของมนุษย์ทุกคน ถ้าพลังความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุม บุคคลทำตามความอยากความต้องการ แล้วเกิดความรู้สึกผิดเกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความโกรธชุนเคืองหรือถ้าพลังควบคุมความอยากความต้องการมาก บุคคลมีแรงหักห้ามใจตนเองมากจนไม่สามารถตอบสนองความอยากความต้องการอย่างพอเพียง ก็ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข

#### 1.3.2.2 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการระหว่างบุคคล

1) **ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก** สภาพการเลี้ยงดูในวัยเด็กมีผลต่อกระบวนการพัฒนาด้านจิตใจอารมณ์เด็ก โดยเฉพาะในระยะสามขวบปีแรกของชีวิต ถ้าเด็กได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเพียงพอ เด็กจะเรียนรู้ที่จะรักตนเองและรักผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่แวดล้อม แต่ถ้าสร้างบรรยากาศการเลี้ยงดูที่สร้างความสับสน มีปัญหาด้านการสื่อสารเช่น การสื่อสารที่มีการขัดแย้งกันเอง (double bind communication) ซึ่งบุคคลในชีวิตเด็กสื่อกับเด็กตลอดระยะเวลาพัฒนาการมีผลทำให้เด็กป่วยเป็นจิตเภทได้เมื่อโตขึ้น

2) **สัมพันธภาพระหว่างบุคคล** ค่านิยม ทัศนคติ และแบบแผนการสื่อ ความหมายนั้นเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากบุคคลที่แวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลสำคัญสำหรับเด็กได้แก่ พ่อและแม่ซึ่งจะปลูกฝังแบบแผนความคิดและความเชื่อให้กับเด็ก และซึมซับรับความเชื่อโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ทัศนคติความเชื่อและค่านิยมที่ผิดๆ เกี่ยวกับมนุษย์

3) **สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ** สังคมแวดล้อมและวัฒนธรรมบางวัฒนธรรมส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมเก็บกดพฤติกรรมแสรัง ทำให้เกิดการสื่อสารด้านการพูดและด้านพฤติกรรมไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้บุคคลต้องเก็บกดความอยากความต้องการไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างพอเพียง บางคนสร้างความฝันในสิ่งที่มีความอยาก ความต้องการ และนำตนเข้าอยู่ในความฝันนั้น ทำให้เกิดภาวะหลงผิดและประสาทหลอน

### 1.3.2.3 ปัจจัยเหตุทางครอบครัว

1) **การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว** ลักษณะการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ครอบครัวมีการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมาไม่กระจ่างแจ้ง และไม่สอดคล้องกันในด้านคำพูดและพฤติกรรม การสื่อสารลักษณะนี้เน้นการสื่อสารที่ยับยั้งและขัดขวาง เด็กไม่ให้มีพัฒนาการ การสื่อสารอีกลักษณะคือ การสื่อสารที่เรียกว่า double-bind communication ซึ่ง Gregory Bateson อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันทั้งในด้านพฤติกรรม ทศนคติ และความรู้สึก อาการของโรคจึงเกิดเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสับสนและพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยการถอยหลังไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิต เช่น การมีแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเป็นโลกที่ผู้ป่วยสร้างเองและสามารถเข้าใจ (Harold and Benjamin, 1995)

2) **ครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ** ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมักมีพยาธิสภาพบางลักษณะ โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร บรรยากาศด้านความสัมพันธ์และด้านอารมณ์ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการจิตเภท โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลักษณะไม่อบอุ่น วิวาทษวิจารย์ไม่เป็นมิตรและเข้ายุ่งเกี่ยวในเรื่องคนอื่น ซึ่งครอบครัวลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความป่วยเจ็บด้านจิตเภทได้

## 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

### 1.4.1 การรักษาด้วยยา

1.4.1.1 **ชนิดของยา** ปัจจุบันยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับยากลุ่ม Antipsychotic Drug ซึ่งจะแบ่งได้ 2 กลุ่ม

1) **Typical Antipsychotic drug** ยากลุ่มเก่า ยาที่ใช้ค่อนข้างบ่อย เช่น chlorpromazine, Mellaril, Haloperidol, Perphenazine เป็นต้น

2) **Atypical Antipsychotic Drug** ยากลุ่มใหม่ มี Side Effect น้อยกว่ายากลุ่มเก่า ยาที่ใช้ค่อนข้างบ่อย เช่น clozapine, Risperidone Olanzapine เป็นต้น

1.4.1.2 **กลไกการออกฤทธิ์** ยารักษาโรคจิตทั่วไป จะออกฤทธิ์ในการรักษาโดยไปจับกับ D2 receptor (D2 receptor antagonism) ผลการออกฤทธิ์ของยาตาม dopamine pathway ในสมองได้แก่

1) **Mesolimbic pathway** เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านบวก (positive Symptoms) Mesocortical pathway เกี่ยวข้องกับอาการด้านลบ (negative symptoms) และอาการด้าน Cognitive

2) **Nigrostriatal pathway** เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการข้างเคียง (Extrapyramidal side effects : EPS)

3) **Tuberoinfundibular pathway** ยารักษาโรคจิตทำให้ prolactin หลังมากเกิด galactorrhea และ gynecomastia ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic drug) จะออกฤทธิ์บริเวณ mesolimbic และ mesocortical ของสมองมากกว่า บริเวณ nigrostriatal หรือ tuberoinfundibular อาการข้างเคียงทาง extrapyramidal จึงพบไม่มากนัก นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ยังจับกับ 5 HT receptor ซึ่งเชื่อว่าจะไปมีผลยับยั้งการหลั่ง dopamine บริเวณ nigrostriatal ทำให้เกิด EPS ลดลงล่าสุดนี้พบว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะจับกับ D2 receptor ไม่แน่นมากเท่ากับยากลุ่มเดิม การที่จับกับ receptor แล้วหลุดออกไปเร็ว ทำให้มี dopamine ต่ำกว่าปกติน้อยกว่ายากลุ่มเดิม ยารักษาโรคจิตยังจับกับ receptor อื่น เช่น histamine receptor (H1) และ alpha-1 adrenergic receptor ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ

1.4.1.3 **ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** Extrapyramidal symptoms (EPS) เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อยในยาที่มี high potency อาการ EPS นี้จะมีขึ้นๆ ลงๆ เมื่อลดอาการมักดีขึ้น และอาการเพิ่มขึ้นเมื่อมีความเครียด

1) **Acute dystonia** ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็งอย่างทันที บางคนจะมีลิ้นแข็งพูดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด รักษาโดยให้ Cogentin 2 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

2) **Akathisia** เป็นความรู้สึกกระวนกระวายในใจ จนผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอดเวลา รักษาโดยให้ propranolol 30-120 มิลลิกรัม/วัน

3) **Parkinsonism** กล้ามเนื้อเกร็งแข็ง มี Cogwheel rigidity อาการสั่นเคลื่อนไหวเพื่อช้า เดินไม่แกว่งแขน การรักษาในยากลุ่ม anticholinergic รับประทาน

4) **Neuroleptic malignant syndrome (NMS)** มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างมากรุนแรง และ autonomic instability อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การรักษาโดยให้หยุดยารักษาโรคจิตทันทีให้ bromocriptine ซึ่งเป็น dopamine antagonist

5) **Tardive dyskinesia** มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ อาการดูดหรือขมูบขมิบปาก lateral jaw movement และมีลิ้นม้วนไปมาในปาก และอาจมีอาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง การรักษาหากเห็นเริ่มมีอาการให้ค่อยๆ ลดขนาดยารักษาโรคจิตลง

1.4.2 **การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT)** การรักษาด้วยไฟฟ้า แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาใช้การรักษานี้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า

1) ผู้ป่วยเป็นชนิด Catatonia แบบ stupor หรือ excitement 2) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง 3) ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

**1.4.3 การบำบัดด้านจิตสังคม** การบำบัดด้านจิตสังคมถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาด้านสังคมก็ยังคงอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการทางลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จิตสังคมบำบัดเป็นการแสวงหาวิธีจัดการกับโรคจิตเภทให้ดีขึ้นและช่วยยกระดับการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและการทำงาน การดูแลด้านจิตสังคมจึงเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้โรคจิตเภทดีขึ้น (Mueser and McGurk, 2004) ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดในหัวข้อแนวคิดจิตสังคมบำบัด

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Mcbride and Austin, 1996) แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามวิธีการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีการสังเคราะห์ความรู้และทฤษฎี โดยกรอบความรู้ทางทฤษฎีเน้นที่จิตสังคม (Psycho-Social) และชีววิทยา (Biophysical sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวคิดกระบวนการพยาบาลบูรณาการ (Integrated) ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) ซึ่งกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

**1.5.1 การประเมิน (Assessment)** เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยประเมินจากความรู้สึก รูปแบบและเนื้อหาของความคิด พฤติกรรมและการทำหน้าที่ทางสังคม ในแต่ละระยะของการ

เจ็บป่วยทั้งขณะที่มีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) และ ระยะเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้รู้ความต้องการการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย (Videbeck, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคเดียวกันแต่การ Approach และการให้การพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งการประเมินสามารถประเมินได้จาก

**1.5.1.1 การประเมินสภาพร่างกาย** ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลจะใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพะทางด้านร่างกาย

**1.5.1.2 การประเมินด้านความคิด** ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับไหน มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ พยาบาลจะต้องซักประวัติเกี่ยวกับประวัติของ Suicidal attempt ด้วยเนื่องจากเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการทำร้ายตนเองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Videbeck, 2003) ซึ่งพยาบาลอาจใช้คำถาม “คุณเคยทำร้ายตนเองไหม” “คุณเคยได้ยินเสียงมาบอกให้คุณทำร้ายตนเองไหม” นอกจากประวัติการทำร้ายตนเองพยาบาลต้องซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เพราะพฤติกรรมที่เป็นอันตรายเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตเช่นกัน ซึ่งพยาบาลอาจใช้คำถาม “คุณทำอะไรเมื่อคุณรู้สึกโกรธ” พยาบาลจะต้องประเมินระดับความรุนแรง ว่ารุนแรงเพียงใด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและระมัดระวังอะไรเป็นพิเศษเพียงใด

**1.5.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย** ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนไหน มีการตอบสนองอย่างไร และประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองในปัจจุบันเพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย

**1.5.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย** ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร มีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ระบายผู้อื่นหรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือ

**1.5.1.5 ด้านสัมพันธภาพ** ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) พยาบาลจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและต้องลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority) เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัวและสังคมของแต่ละคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีอยู่ 2 ส่วนที่สำคัญคือ

1.5.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางบวก (Positive signs) ซึ่งประเมินปัญหาได้ดังนี้คือ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าว ความเสี่ยงจากพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลกระทบจากรูปแบบความคิดที่ผิดปกติ ผลกระทบที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดปกติ ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องของการใช้ภาษาในการสื่อสาร

1.5.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบ (Negative signs) ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม การดูแลด้านสุขภาพของตนเอง

1.5.3 การกำหนดผลลัพธ์ (Outcome Identification) ทางพยาบาลที่พึงประสงค์ การกำหนดผลลัพธ์ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยคือช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) จะเป็นการกำหนดผลลัพธ์ระยะสั้น และช่วงมีอาการเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) จะเป็นการกำหนดผลลัพธ์ระยะยาว

1.5.3.1 การกำหนดผลลัพธ์ระยะสั้นอยู่ในช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การดูแลระยะนี้จะเน้นและให้ความสนใจไปที่อาการของผู้ป่วย กระบวนการคิด การรับรู้ที่เป็นจริงว่าอยู่ในระดับคงที่และมีความปลอดภัย การประเมินจากแหล่งข้อมูลที่ได้เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะส่งต่อผู้ป่วยและเริ่มวางแผนสำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อส่งกลับชุมชน

ตัวอย่างการประเมินผลลัพธ์ในช่วงมีอาการทางจิต (Acute or Psychotic phase) คือ

- ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
- ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่จริง
- ผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
- ผู้ป่วยมีการแสดงออกด้านความคิดและความรู้สึกอย่างปลอดภัยและสังคมยอมรับได้
- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการบำบัดรักษา

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

ตัวอย่างการประเมินผลลัพธ์ช่วงอาการเรื้อรัง (Chronic or Long-term phase) คือ

- ผู้ป่วยต้องคงไว้ซึ่งการรักษาที่ต่อเนื่อง (ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการมาตรวจตามนัด)
- ผู้ป่วยจะต้องคงไว้ซึ่งอาการในระดับปกติ เช่น การนอนหลับ การได้รับสารน้ำและสารอาหาร
- ผู้ป่วยจะต้องสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพกับคนอื่นในชุมชน

การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเหล่านี้ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวของพวกเขาได้ในระยะยาวและปลอดภัย

**1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่มีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งประกอบด้วย (Videbeck, 2003)

**1.5.4.1 การส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้อื่น** การดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดหวาดระแวง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลแต่ความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยก็ทำให้เขาและเธอเหล่านั้นรู้สึกระแวงในตัวยุบายและสภาพแวดล้อมที่เขารับรู้ได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไม่เกิดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

**1.5.4.2 การส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด** ความรู้สึกไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายุบายเป็นมิตรกับผู้ป่วยทำให้ลดความรู้สึกกลัว การเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครั้งละ 5-10 นาทีสามารถช่วยได้ เมื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้ภาษาที่กระชับเข้าใจง่าย การสื่อสารด้วยภาษากายก็เป็นสิ่งสำคัญประกอบด้วย การสบตาผู้ป่วยเวลาพูดคุย ทำหน้าที่ดูผ่อนคลาย และแสดงสีหน้าความรู้สึกที่ให้ความสนใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจก็จะให้ความร่วมมือในการรักษา

**1.5.4.3 การสื่อสารเพื่อการบำบัด** การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชจะค่อนข้างยาก บางครั้งอาจไม่ได้ผล พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยมีเหตุและมีเหตุผล



ไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง ถึงแม้การสื่อสารทางคำพูดอาจไม่ได้ผลแต่พยาบาลจะต้องคงไว้ของการสื่อสารแบบไม่ใช่คำพูด เป็นลักษณะเฉพาะเมื่อการใช้ภาษาพูดแล้วไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อพยาบาลเข้าไปดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องแสดงให้เห็นว่าเข้าใจ และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เวลาเรียกผู้ป่วยจะต้องเรียกชื่อของผู้ป่วย และบอกวันเวลาสถานที่ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัวอยู่คนเดียว ใช้เวลาอยู่กับอาการทางจิตของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีปัญหาเรื่องการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

**1.5.4.4 การบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด** ผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะเชื่อในสิ่งที่ตนเองรับรู้ ถึงแม้บางครั้งไม่แน่ใจว่าเป็นความจริงหรือไม่ ความคิดหลงผิดจะมีอิทธิพลอย่างมากกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดว่าถูกวางยา มีความคิดระแวงสงสัย รู้สึกไม่ปลอดภัย พฤติกรรมที่แสดงออกมาคือเขาจะเริ่มมีพฤติกรรมต่อต้านการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด พยาบาลจะต้องหลีกเลี่ยงการโต้แย้งหรือการเสริมความเชื่อของความคิดหลงผิดของผู้ป่วย พยาบาลจะต้อง Present reality เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นจริง แต่เมื่อผู้ป่วยรับยา Antipsychotic จนอาการดีขึ้น มันก็เป็นไปได้เมื่อพยาบาลจะเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับความคิดหลงผิดของผู้ป่วยว่ามีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไร

ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความคิดหลงผิดพยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยได้ โดยใช้เทคนิคการหันเหความสนใจจากความคิดหลงผิดของผู้ป่วยไปยังสิ่งอื่น เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เขียนหนังสือ หรือออกมานั่งพูดคุยกับเพื่อน ๆ คนอื่นก็สามารถช่วยได้เช่นกัน หรือการช่วยเหลือโดยตรง เช่น การพูดคุยถึงความคิดในแง่บวกและพยายามไม่สนใจกับความคิดหลงผิดซึ่งสามารถทำได้เช่นกัน (Murphy and Moller, 1993)

**1.5.4.5 การบำบัดผู้ป่วยที่มีประสาทหลอน** การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสาทหลอน พยาบาลจะต้องให้ความสนใจว่าความจริงคืออะไร และช่วยตอบสนองในสิ่งที่ป็นจริงได้อย่างไร ชั้นแรกพยาบาลจะต้องทราบก่อนว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินพูดอะไร หรือผู้ป่วยเห็นอะไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำอะไรบางอย่างหรือไม่ เช่น สั่งให้ทำร้ายตนเอง พยาบาลจึงต้องทราบรายละเอียดเนื้อหาของหูแว่วที่ได้ยิน การดูแลจะได้ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพความเป็นจริง พยาบาลสามารถใช้คำถามช่วยได้ ตัวอย่างเช่น “ฉันไม่ได้ยินเสียงอะไรเลย คุณได้ยินเสียงอะไร” หรือเมื่อผู้ป่วยเห็นผีหรือวิญญาณ “ฉันไม่เห็นอะไรเลย แต่คุณไม่ต้องตกใจ เมื่อคุณอยู่โรงพยาบาลคุณจะปลอดภัย” ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง และเบี่ยงเบนความรู้สึกหวาดกลัวได้ ซึ่งการให้การดูแลเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้

**1.5.4.6 การสอนผู้ป่วยและครอบครัว** การจัดการ (management) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำการพยากรณ์ (prognosis) โรคดีขึ้น

การสอนเป็นสิ่งสำคัญที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถป้องกันและจัดการการกลับมาป่วยซ้ำได้ การสอนเป็นการให้ความรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือน (early sign) ก่อนการกำเริบ และสอนวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

Videbeck (2003) กล่าวว่าพยาบาลควรสอนเทคนิคที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

- การจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำทำอย่างไร
- การคงไว้ซึ่งการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ควรทำอย่างไร

- การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาชนิดอื่น
- การดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม
- การสอนทักษะทางสังคมทั้งการให้ความรู้และการปฏิบัติ
- แหล่งสนับสนุนให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ดังนั้นบทบาทการให้ความรู้ของพยาบาลจิตเวชถือว่าจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**1.5.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** เป้าหมายเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาลเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้ (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวได้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- ผู้ป่วยมีความรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

## 2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะเมื่อเลือกกระทำแล้วย่อมก่อเกิดประโยชน์กับตัวเองโดยตรงและถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับทุกคน การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบในตนเอง ความอิสระ การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Hill and Smith อ้างในเสวีกุล จำสนอง, 2546) และรูปแบบการดูแลตนเอง (self care concept) มีติดตัวมนุษย์มาอยู่ก่อนแล้ว การกระทำ และการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้ปล่อยทุกคนให้ทำอะไรด้วยตนเองเสมอไป แต่ยังคงอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลด้วย (Kinlien อ้างใน โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) สำหรับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลง และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตของแต่ละชนแต่ละกลุ่ม วิธีการตัดสินใจ และปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลนั้นไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการทั้งการเรียนรู้ ใช้อย่างรู้แรงจูงใจ ทักษะ และความพยายาม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล ทฤษฎีความพร้อมของการดูแลตนเองและทฤษฎีการดูแลตนเองมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถของพยาบาลที่เรียกว่า ความสามารถทางการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ให้สามารถปรับสมดุลระหว่างความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดกับความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบนี้จะเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระบบคือ

2.1.1.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติหรือผู้ป่วยที่มีการรับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวใดๆ ได้ หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่าง

มีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าร่างกายจะสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

### 2.1.1.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

ระบบนี้จะเป็นการร่วมรับผิดชอบระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโดยพยาบาลจะช่วยเหลือในเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้

### 2.1.1.3 ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (Supportive education nursing system)

ระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดกระทำการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและให้คำแนะนำ พร้อมทั้งกระตุ้นให้กำลังใจจากพยาบาลเพื่อการคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้การช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้การช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ

- 1) การกระทำให้หรือการกระทำแทน (acting for or doing for)
- 2) การชี้แนะ (Guiding another)
- 3) การสนับสนุน (Supporting another)
- 4) การสอน (Teaching)
- 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะ

ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

### 2.1.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) คือ

ระบบที่เกิดจากความสามารถในการดูแลตนเองมีน้อยกว่าจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้ เนื่องจากถูกรบกวนจากภาวะด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก จนให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถใช้ได้เลย ดังนั้นบุคคลจึงต้องการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือดูแล

### 2.1.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care ) (Orem, 2001) โอเร็ม

กล่าวว่าวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการดูแลตนเองนั้นเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ

#### 2.1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites:

USCR) เป้าหมายเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคลที่ตอบสนอง

ความต้องการของมนุษย์ทุกคนทุกช่วงชีวิต และเป็นความต้องการการดูแลทั่วไปของผู้ชาย ผู้หญิง และเด็กซึ่งประกอบไปด้วย

### 1) การคงไว้ซึ่งการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอ

- บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลให้เกิดความพร่อง ให้กลับคืนสู่สภาพที่ปกติ

- รักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการหน้าที่ของอวัยวะ
- มีความสุข เพลิดเพลินจากประสบการณ์ที่เกิดจากการหายใจ การ

ดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

### 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ

- ก่อให้เกิดความคงไว้ซึ่งสภาพภายในและภายนอกที่จำเป็นสำหรับการขับถ่ายตามปกติ

- จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย(ประกอบด้วยการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ)และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

### 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

- ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

### 4) รักษาความสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

- ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อพึ่งพาซึ่งกันและกัน

- ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและเป็นสมาชิกในกลุ่ม

#### 5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

- สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
- จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- หลีกเลียงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ
- ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตสวัสดิภาพ

#### 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนากายใต้ระบบสังคมและ

ความสามารถของตนเอง(Promotion of normalcy)

- พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัจฉมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนากายของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของ

บุคคล(Health promotion & prevention)

- ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่แตกต่าง

ไปจากปกติของตนเอง(Early detection)

#### 2.1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์

และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่นการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการประกอบด้วย

1) พัฒนาการ และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด ทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ เป็นการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม มีความล้มเหลวด้านสุขภาพส่วนบุคคล การสูญเสียญาติพี่น้อง เพื่อน และการคบค้าสมาคมกับคนอื่น การเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต การเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

2.1.3.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites: HDSCR) เป็นความต้องการการดูแลเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายซึ่งมีพยาธิสภาพหรือทุพพลภาพหรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษาอันเป็นเหตุให้ไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การพยาบาลได้ เช่น การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่น อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเบื่อหน่ายต่อแพทย์จากการรักษา การดูแลตนเองของผู้ที่มีการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

- 1) แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ
- 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากตัวโรคที่เป็นอยู่
- 5) ปรับและเปลี่ยนทัศนคติ และภาพลักษณ์ เพื่อให้สามารถยอมรับตนเองในภาวะสุขภาพขณะนั้นและในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง
- 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม สรุปได้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับทุกคนและเป็นกิจกรรมต่างๆที่กระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย เพราะการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองและเป็นตัวกำหนดกิจกรรมที่จะเลือกกระทำ โดยบุคคลนั้นจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจในการกระทำหรือไม่ทำกิจกรรมนั้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และ

ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

## 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับทุกคน และเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่กระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต โดยบุคคลนั้นจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจในการกระทำหรือไม่ทำกิจกรรมนั้น แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมจะส่งผลให้มีความบกพร่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ และอยู่ในสังคมได้นานที่สุด ผู้วิจัยได้การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) สรุปว่าผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ลักษณะดังนี้

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites: USCR) ซึ่งประกอบไปด้วย

2.2.1.1 ด้านอากาศ อาหารและน้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้สึกหิวหรือกระหายน้ำทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด (Videbeck, 2004; จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมปริมาณการรับประทานน้ำ จนกลายเป็น Polydipsia ซึ่งทำให้เกิดอันตรายจากการรับประทานน้ำในปริมาณที่มากมีผลให้สารโซเดียมในร่างกายอยู่ในระดับต่ำจนก่อให้เกิดอันตราย (Videbeck, 2004) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถเลือกอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หลีกเลี่ยงและงดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ สารเสพติดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ สารระเหยทุกชนิด จากการศึกษาของ Mallakh (1998) พบว่ายาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและก่อให้เกิดการกำเริบและป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การดื่มน้ำผู้ป่วยจิตเภทควรดูแลตนเองให้ได้รับน้ำเพียงพอความต้องการของร่างกาย คือ วันประมาณ 1,500 - 2,500 ซี.ซี และควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษแก่ร่างกาย เช่น น้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นต่างๆ



**2.2.1.2 ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล** อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (Videbeck, 2004) และผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการทางลบคือ เฉย ไม่กระตือรือร้น ขาดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกาย ลำไส้จึงไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรดูแลเรื่องการเลือกรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้เพียงพอ รวมทั้งการออกกำลังกาย ถ้ามีอาการท้องผูกรุนแรงอาจจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อใช้ยาระบาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ความพร่องเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทสนใจในการดูแลตนเองน้อยทำให้ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเองไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือแต่งกายไม่เหมาะสม (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรดูแลตนเองเรื่องความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมด้วยแชมพูหรือยาสระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแต่งกายควรเลือกใช้เสื้อผ้าให้เหมาะสม

**2.2.1.3 ด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกาย** ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับซึ่งจะพบได้บ่อยเนื่องจากบางรายมีหูแว่วมากกระตุ้นจนนอนไม่หลับ (Videbeck, 2004) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการเฉย ไม่กระตือรือร้น ขาดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาทีเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และผ่อนคลายความเครียด มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ กลางคืนนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ควรหลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) การพักผ่อนหย่อนใจโดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความกดดันหรือตีเครียด (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547)

**2.2.1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น** ผู้ป่วยจิตเภทมักสูญเสียความมั่นใจในตนเอง โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ครอบครัวจึงต้องประคับประคองจิตใจและอารมณ์ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและคุณค่าโดยการสนทนา พูดคุยปกติ รับฟังเรื่องราวจากผู้ป่วย การได้รับการยอมรับจากครอบครัวจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พัฒนาความมั่นใจตนเอง สามารถพัฒนาไปสู่การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นต้องพูดคุยกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว และสังคมหรือชุมชนของตน (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่ควรแยกตัวอยู่ตามลำพัง พยายามช่วยเหลือ

คนอื่น จะทำให้เกิดคุณค่าในตนเองและรู้จักติดต่อบอกความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งกับคนอื่น

### 2.2.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทขาดความสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอาการของโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษา จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตรายหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ

### 2.2.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเองเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการเฉย ไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเองเช่นการทานอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อาหารไขมันสูงและผลจากยาทางจิตเวชที่มีผลทำให้ความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดโรคทางกายตามมาเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and prevention) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเช่นทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ พักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียดและค้นหา สังเกตความผิดปกติของตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกตามศักยภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นกัน

## 2.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR)

การศึกษาของ Ayuso-Gutierrez and Vega (1997) พบว่าผู้ป่วยจะปฏิเสธไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รวมมือในการรักษา ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงเพื่อให้เกิดการยอมรับ และได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองเรื่องการปรับตัว ยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคและร่วมมือในการรักษา ยอมรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกำเริบ(Kaplan and Sadock, 2000) แต่ถ้าอาการกำเริบยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย (Ziedonis et al., 2007)

## 2.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites: HDSCR)

### 2.2.3.1 การรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่เชื่อว่าตนเองป่วย จึง

ปฏิเสธการรับประทานยา และประสบการณ์ที่ได้รับในการใช้ยา ซึ่งมีฤทธิ์โดยตรง และฤทธิ์ข้างเคียงจากยาร่วมกับการที่ต้องรักษาด้วยยาเป็นเวลายาวนานก็จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลงได้ (Kaplan and Sadock, 2000) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ให้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือรับประทานยาสม่ำเสมอมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Patterson al et., 2002) ดังนั้นการรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องไม่หยุดรับประทานยา ลดยาหรือเพิ่มยาเองเพื่อให้ประสิทธิภาพเต็มที่ ช่วยควบคุม ยับยั้ง อาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทได้

**2.2.3.2 การสังเกตอาการข้างเคียงของยา** จากความเชื่อที่ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง การรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญ ซึ่งการออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตจะช่วยลดอาการทางจิตแล้ว การออกฤทธิ์ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้แก่ คอแห้ง ปากแห้ง การเคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อเกร็งจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งสาเหตุมาจาก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการเคียงของยาต้านโรคจิต (Ayuso- Gutierrez et al., 1997) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้นได้ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

**2.2.3.3 สังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น** ก่อนอาการทางจิตจะกำเริบผู้ป่วยจิตเภทควรมีการดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการล่วงหน้าและจัดการกับอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองหรือจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ และเมื่อมีอาการมากขึ้นควรรีบมาพบแพทย์ จากการศึกษาของ Kennedy et al (2000) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้อาการป่วยซ้ำลดลง

จากการทบทวนแนวคิดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การตอบสนองของความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ประการ คือ ความต้องการการดูแลทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัจจัยที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองดังนี้

### 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) กล่าวว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้และตัดสินใจกระทำด้วยสติปัญญา และศักยภาพของตนเอง โดยมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มี 10 ประการ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบ

ครอบครัว แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมและแหล่งประโยชน์และทรัพยากร สำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ ดังนี้

**2.3.1 อายุ** ความสามารถของบุคคลจะพัฒนาเพิ่มขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995) จากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงบุคคลมีวุฒิภาวะในการดูแลตนเองสูงสุด มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 26-40 ปี ร้อยละ 53.7 มีพฤติกรรมดูแลตนเองค่อนข้างดี ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแย่ง เนื่องจาก การเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยหลงลืม หรือไม่สนใจตนเอง และคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในวัยสูงอายุก็จะแย่ง

**2.3.2 เพศ** ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงในด้านร่างกายและจิตใจอาจส่งผลให้เกิดการแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของวาน โดเจน (Van Dogen อังใน รัชนี้ ศรีหิรัญ, 2544) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สำหรับการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

**2.3.3 สถานภาพสมรส** จากการศึกษาของของธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสวิกุล จำนอง (2546) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

**2.3.4 ระยะพัฒนาการ** ระยะพัฒนาการในแต่ละวัยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่นในวันเด็กอาจยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมาแสดงอาการเด่นชัดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะส่งผลให้เกิดความตึงเครียดศักยภาพในการดูแลตนเองลดลง

**2.3.5 ภาวะสุขภาพ** การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประสบการณ์การบำบัดรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีการปรับตัว และพัฒนาการเผชิญปัญหา โอเร็มเชื่อว่าความสามารถใน

การดูแลตนเองจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem, 2001) ถ้าอาการกำเริบยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ (Ziedonis et al., 2007) แต่จากการศึกษาของธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

**2.3.6 ระบบครอบครัว** ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ที่สำคัญเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านนั้นการสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก จากการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหา และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

**2.3.7 ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2.3.8 อาชีพ** จากการศึกษาของธีราพร มณีนาถและคณะ (2549) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น อายุ เพศ ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุม

## 2.4. การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนเครื่องมือในการประเมินการดูแลตนเองนั้น พบว่ามีการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง และการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีการพัฒนาเครื่องมือมาเป็นระยะ ดังนี้

### 2.4.1. การวัดความสามารถเพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.4.1.1. เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลโดยทั่วไป ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย จากงานวิจัยต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือนี้ พบว่าค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ .78 -.94 แต่เครื่องมือจะเหมาะใช้กับผู้มีสุขภาพดีมากกว่า

2.4.1.2. เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น ซึ่ง Denyes ได้สังเคราะห์แนวคิดการพัฒนาการของวัยรุ่นเข้ามาช่วยในการสร้างเครื่องมือนี้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่น สามารถแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถออกได้ 6 ด้าน คือ การตัดสินใจ ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกาย ความรู้สึก และความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ใกล้เคียงกับแนวคิดพลังความสามารถ 10 ประการ ของโอเร็ม เครื่องมือของ Denyes เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีสุขภาพดี

2.4.2. การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกสร้างขึ้นโดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) เป็นคนแรก โดยสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care Model) ซึ่งใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อมาได้มีผู้นำแบบสอบถามมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.4.2.1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยในที่เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่สร้างโดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care Model) เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีจำนวน 60 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออยู่ที่บ้าน 6 ด้าน คือ

การดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร น้ำ	17	ข้อ
การดูแลตนเองด้านการขับถ่าย	5	ข้อ

การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย	8	ข้อ
การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ	10	ข้อ
การดูแลด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	9	ข้อ
การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ	11	ข้อ

ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

#### 2.4.2.2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิต

**เภท** ซึ่งจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุเมธนา บุญชัย (2545) ปรับจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในที่เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาที่สร้างโดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) โดยจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัฐัญญา แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย ข้อคำถาม 44 ข้อ เป็นข้อความคำถามทางบวก 35 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ ดังนี้

ด้านอากาศ อาหารและน้ำ	9	ข้อ
ด้านการขับถ่าย	1	ข้อ
ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย	7	ข้อ
การพักผ่อนและออกกำลังกาย	6	ข้อ
การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	6	ข้อ
การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ	15	ข้อ

ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้สนใจนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เหตุผลที่เลือกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณมาพัฒนาเพราะเป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ที่ต้องการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามแยกเป็นรายด้าน เนื้อหาข้อคำถามให้สอดคล้องกับแนวคิดของOrem (2001) และปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จะใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ข้อคำถาม 40 ข้อ เป็น ข้อความคำถามทางบวก 28 ข้อ และข้อความคำถามทางลบ 12 ข้อ ดังนี้

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 22 ข้อ ประกอบด้วย                |    |     |
| ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ   | 7  | ข้อ |
| ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล                          | 7  | ข้อ |
| ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย                          | 4  | ข้อ |
| ด้านการรักษาสมดุระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น | 4  | ข้อ |
| 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ                            | 4  | ข้อ |
| 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ               | 14 | ข้อ |

ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งรายละเอียดแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจะกล่าวโดยละเอียดในบทถัดไป

## 2.5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด การเจ็บป่วยทางจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง ส่งผลทำให้ต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่น และเป็นปัญหาทางสังคม บุคลากรด้านสุขภาพจิตต้องให้การดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลหนึ่งในทีมที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งฉวีวรรณ สัตยธรรม, (2550) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวช จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ

- 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ (Dependent) คือ ต้องให้การบำบัดรักษาตามการรักษาทางการแพทย์
- 2) การปฏิบัติงานกึ่งอิสระ (Interdependent) คือ การปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ เช่น การให้ยาเมื่อจำเป็นตามที่แพทย์ได้มีคำสั่งไว้ หรือให้การบำบัดรักษาร่วมกับบุคลากรอาชีพอื่น เช่น ทำกลุ่มบำบัดร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น
- 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ (Independent) คือ การปฏิบัติการพยาบาลและการบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยสามารถพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติงาน โดยอาศัยความรู้หลักการ ทักษะและประสบการณ์ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด



การทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง การสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองในทางบวก เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชควรมีสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะด้วยกัน ได้แก่

- 1) สมรรถนะในการให้การพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญทางคลินิก (expert clinical practice)
- 2) สมรรถนะในการสอนแนะนำ และสอนกำกับ (coaching and guidance)
- 3) สมรรถนะในการให้การปรึกษา (consultation)
- 4) สมรรถนะในการทำวิจัย หรือนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก (research conduction and research utilization)
- 5) สมรรถนะในการบริหารจัดการผู้ป่วยรายกรณี (management)
- 6) สมรรถนะในการประสานงาน ร่วมคิดร่วมทำ (collaboration)
- 7) สมรรถนะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางคลินิก (ethical-decision making)
- 8) สมรรถนะในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change-agent)
- 9) สมรรถนะในการสร้างนวัตกรรมในการดูแล (innovation)
- 10) สมรรถนะในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล หรือในการดูแล (quality assurance)

สำหรับบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ถือว่าเป็นการปฏิบัติพยาบาลอย่างอิสระ และการบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีทักษะในสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเชิงการรักษา (Therapeutic Nurse-Patient Relationship) โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพและเทคนิคในการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลจิตเวทยังมีทักษะในการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการดูแลตนเอง และสามารถให้คำแนะนำ สอนผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง โดยการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น โดยพยาบาลมีบทบาทช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องด้านการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) มี 5 วิธี ดังนี้

1) การกระทำให้หรือการทดแทน (Doing for or acting for another) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ทำเพื่อบุคคลที่มีความต้องการให้ผู้ช่วยเหลือใช้วิธีต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล

2) การชี้แนะ (Guiding and directing another) เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำเนื่องผู้ป่วยไม่ทราบแนวทางการกระทำนั้นว่าจะลงมือทำเอง

3) การสนับสนุน (Providing physical support) เป็นวิธีการที่ใช้ในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามที่จะดูแลตนเองและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว

4) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนพัฒนาการ (Providing an environment that supports development) ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เฉพาะได้ สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องการอาจเป็นด้านร่างกายหรือจิตสังคม

5) การสอน (Teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ แต่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะเรียนรู้สิ่งที่พยาบาลจะสอน เช่น การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

นอกจากพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมด้านการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรียม พยาบาลยังมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี และสามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว โดยมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) ประเมินความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ ปัจจุบันที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการทำหน้าที่ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วย และครอบครัวมีอยู่เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพึ่งตนเอง ด้วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมารับยาอย่างต่อเนื่อง

3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

4) ฝึกทักษะทางสังคม เพื่อพัฒนาทักษะทางความคิดและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้อยู่กับครอบครัวและสังคมได้โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น

5) เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

สรุปได้ว่าพยาบาลมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะเน้นบทบาทของพยาบาลในด้านการชี้แนะร่วมกับการสอน โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มให้มีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลจะชี้แนะและสอนในส่วนที่พร้อมเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่ง Orem (2001) เชื่อว่าการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นต่อความต้องการการดูแลของมนุษย์และการคงไว้ซึ่งการดูแลพื้นฐานที่ต่อเนื่องภายใต้การสนับสนุนการดำรงชีวิตและสุขภาพและความคุ้มครองจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การพยาบาลจะช่วยให้มนุษย์สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถและคุณภาพในการดูแลตนเองได้

### 3 แนวคิดจิตสังคมบำบัด

#### 3.1 แนวคิดจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันยังเน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพราะจะช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น แต่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวก็มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลด้านจิตสังคมจึงมีความสำคัญ (Patterson and Leeuwenkamp, 2008; ยุทธนา อองอาจมันสกุล, 2548) การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยากับทฤษฎีทางสังคมศาสตร์มาใช้ในการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาหรือความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะเวลาอาการดีขึ้นแล้วปัญหาด้านสังคมก็ยังมีอยู่ เช่น อาการทางลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะแก่ญาติผู้ดูแล การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นการแสวงหาวิธีที่จะบริหารจัดการโรคจิตเภทให้ดีขึ้นและช่วยยกระดับการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและการทำงาน การดูแลด้านจิตสังคมจะเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้โรคจิตเภทดีขึ้น (Kim and Susan, 2004)

Adams, Wilson and Bagnall, (2000) ได้กล่าวว่ายุทธศาสตร์ (strategies) ที่สำคัญของการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท มี 3 ประการ คือ

- 1) การสนับสนุนหรือการให้ความรู้เบื้องต้น (Primarily to support or educate) ผู้ป่วยจิตเภทคาดหวังว่าจะมีแหล่งสนับสนุนและได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ความรู้แบบประคับประคองจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ (Supportive Educational Intervention) ของการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) การฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจง (Specific skills training) สำหรับผู้ป่วยจะมีการฝึกทักษะการดำรงชีวิต (Life skill) จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นในการใช้ชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และการฝึกทักษะยังช่วยยกระดับพฤติกรรมในการอยู่ร่วมสังคมกับคนอื่น ลดความทุกข์ทรมานใจที่เกิดจากการประสบการณ์ที่แตกต่างของคนที่เป็นจิตเภท และพัฒนาทักษะการสื่อสารในสังคม

3) ให้ความสนใจอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ (Problem or Symptom focused) จะใช้การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วยและรูปแบบความคิดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ ส่วนหนึ่งของกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นโดยให้เห็นจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อต่อต้านความเชื่อที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ โดยคิดอย่างมีเหตุผล พัฒนาประสบการณ์และยอมรับ และมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดพฤติกรรม และความคิดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และส่งเสริมให้อารมณ์ทางจิตดีขึ้นในระยะเวลานานขึ้น

จากแนวคิดยุทธศาสตร์หลักทั้ง 3 ประการดังกล่าว จะเห็นว่าแนวทางสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติโดยใช้จิตสังคมบำบัดในการจัดการโรคจิตเภทของ Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGE. (1998) ที่กล่าวว่าแนวทางการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทมีวัตถุประสงค์ คือ

1) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติโดยตรง เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

2) ส่งเสริมความสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3) เปลี่ยนพฤติกรรม (Changing behaviors) ทบทวนแนวความเชื่อ (Reframing beliefs) จัดการกับความรู้สึก (Managing feeling) ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมความสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การนำจิตสังคมไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำได้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล

Adams, Wilson and Bagnall, (2000) กล่าวว่า การบำบัดด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1) **การให้ความรู้ ระดับประคอง (Supportive Educational intervention)** ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลคาดหวังว่าจะได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งการให้ความรู้ ระดับประคองจะเป็นการให้ความรู้ ควบคู่กับการระดับประคองด้านจิตใจไปพร้อมกัน ซึ่งประกอบด้วย

**การให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation programmer)** เป้าหมายการให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้นและผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับภาวะเครียดของตนเองได้

**การบำบัดครอบครัว (Family intervention)** การบำบัดจะเป็นการผสมผสานเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาเช่นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป้าหมายเพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำ และลดความเครียดให้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการให้ความรู้ ระดับประคองการให้ความรู้สามารถทำได้ทั้งแบบกลุ่ม และแบบรายบุคคลโดยให้มีการอภิปรายร่วมกัน หรือใช้วิดีโอเทป หรือแจกหนังสือเล่มเล็กๆ หรืออาจใช้แบบผสมผสานกัน

2) **การฝึกทักษะ (Skill Training)** ซึ่งประกอบด้วย

**การฝึกทักษะชีวิต (Life skill)** จะมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การฝึกการบริหารจัดการเรื่องการเงิน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่นการทำความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลอาจทำร่วมกับนักอาชีพบำบัด

**การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill)** เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ และฟื้นฟูที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมหรือเรียนรู้การปฏิบัติตัวในสังคม

3) **การรักษาที่เน้นการบำบัดอาการและปัญหา (Problem/symptom focused treatment)**

**การบำบัดพฤติกรรมความคิด (Cognitive behavioral therapy)** จะเป็นการบำบัดที่เชื่อมโยงกับความรู้สึกของผู้ป่วยและรูปแบบการคิดที่ส่งผลให้เกิดความเครียด

**การบำบัดจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic/analytical therapy)** เป็นการวิเคราะห์กลไกทางจิตเพื่อช่วยเหลือในการรักษา แต่ก็ไม่ได้ช่วยผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นทั้งหมดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไป แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับมากขึ้น

### 3.2 จิตสังคมบำบัดที่ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทถือว่าการเจ็บป่วยที่ขาดศักยภาพและมีความพร้อมของพฤติกรรมดูแลตนเองดังที่กล่าวมาแล้ว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีรูปแบบการดูแลในลักษณะการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาและการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งจิตสังคมบำบัดเป็นการแสวงหาวิธีจัดการ

กับโรคจิตเภทและช่วยยกระดับการดูแลตนเองให้ดีขึ้นและการดูแลด้านจิตสังคมจะมีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้โรคจิตเภทดีขึ้น (Mueser and McGurk, 2004) จากแนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การสอนเป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ทักษะที่เฉพาะ และสนับสนุน การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จิตสังคมบำบัดที่สามารถนำมาส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทคือ การให้สุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษาของ Pekkala and Merinder, (2002) ในเรื่อง Psychoeducation for schizophrenia ของ พบว่าผู้ป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษามากขึ้น มีความเข้าใจผลข้างเคียงที่เกิดจากยามากขึ้น จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมมือมาตรวจตามนัด มีความสามารถในการจัดการกับปัญหา ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น และผู้วิจัยได้นำกลุ่มระดับประคองมาผสมผสานสร้างเป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเนื่องจากกลุ่มระดับประคองจะช่วยระดับประคองด้านจิตใจและจากการศึกษาของ Buckley, Pettit and Adams (2008) ในเรื่อง Supportive therapy for schizophrenia พบว่า การทำกลุ่มระดับประคองจะมีผลต่อเจตคติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรักษา

ดังนั้นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดจึงเป็นการผสมผสานแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มระดับประคองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### 3.2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Psychoeducational group)

การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะเรื่อง ที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ญาติ หรือผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือทางจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจน นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษายังหมายถึงการสอนและการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม

การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้กับผู้ป่วยจิตเวชเพราะมีผลการวิจัยหลายฉบับที่สนับสนุนว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และมีการใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้อื่น และยังมีผลงานวิจัยที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากหายจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง และลดความรุนแรงของอาการป่วยและระยะเวลาเจ็บป่วยลดลงด้วย

ผู้ป่วยจิตเภทคาดหวังว่าจะได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Adams, Wilson and Bagnall, 2000) ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงมีเป้าหมายหลัก คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มประเภทนี้จะให้ความสำคัญต่อการให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสพูดถึงความรู้สึกต่างๆ จากประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว ซัดแย้ง ตราบาป ความโกรธ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) โดยเนื้อหาที่อภิปรายในกลุ่มคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิต ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการกลับมาป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ การจัดการกับพฤติกรรมที่มารบกวนหรือเป็ยงเบนของผู้ป่วย แหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากความรูู้ และความเข้าใจ (Pekkala and Merinder, 2002) จากการสำรวจและสอบถามความสนใจของผู้ป่วยและเกี่ยวกับหัวข้อการให้สุขภาพจิตศึกษาของประเทศเยอรมันนี ออสเตเรียและ สวิสเซอร์แลนด์ พบว่าหัวข้อที่สนใจมากที่สุดคือ อาการเตือน (Warning signs) ร้อยละ 97 การบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ร้อยละ 93 การป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ ร้อยละ 92 ผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 87 (Kluge et al., 2006)

### 3.2.1.1 วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มคือ

- 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพ การดำเนินและการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและญาติ
- 2) เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนระดับประคองแก่ญาติ
- 3) เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้น
- 4) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นการให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Pitschel et al., (2006) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและสามารถลดการกลับมาป่วยซ้ำได้ และจุดแข็งอีกข้อหนึ่งของการให้สุขภาพจิตศึกษาคือทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น (Kluge et al., 2006)

3.2.1.2 กระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภท ยึดหลัก คือ การสื่อสาร (Communication) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

3.2.1.2.1 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและทัศนคติซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลอย่างน้อยสองคนหรือระหว่างกลุ่มบุคคล ซึ่งต้องอาศัยการรับรู้ของผู้รับข่าวสาร การแปลข่าวสาร โดยอาศัยประสบการณ์และการส่งตอบกลับของผู้รับสาร การสื่อสารมี 2 ชนิด

1) **การใช้คำพูด** (Verbal communication) คือ การสื่อสารโดยใช้ภาษาเป็นสื่อ ทั้งภาษาพูดและการเขียน การพูดเป็นการติดต่อที่นิยมมากที่สุดในสังคมทั่วไป เพราะสะดวกและง่ายต่อการเข้าใจ

2) **การไม่ใช้คำพูด** (Non-Verbal communication) คือ การสื่อสารโดยการไม่ใช้ภาษาเป็นสื่อ เป็นการแสดงออกโดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกาย ท่าทาง การแสดงออกของสีหน้า แววตา น้ำเสียง การสัมผัส ตลอดจนสัญญาณ (signals) และสัญลักษณ์ (symbols) ต่างๆ

### 3.2.1.2.2 เทคนิคการสื่อสาร มีดังนี้

1) **การให้ความสำคัญ** (Giving Recognition) การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย พยาบาลเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องถือว่าเป็นการให้ Recognition อย่างหนึ่ง หรือการบอกกล่าวในสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลเห็นมีการเปลี่ยนแปลง เป็นต้นว่า พยาบาลอาจบอกว่า “วันนี้ดูคุณไม่สดชื่นเลย”

2) **การให้ข้อมูลข่าวสาร** (Giving Information) การให้ข่าวสาร ให้ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยเช่น การบอกผู้ป่วยถึงกิจวัตรประจำวัน การแนะนำชื่อพยาบาล การให้ข้อเท็จจริง ความเป็นไปของกิจกรรมประจำวัน เป็นการช่วยให้ตระหนักถึงสถานการณ์รอบตัว

3) **การเสนอตัวเอง** (Offering Self) การเสนอตัวเองเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้บำบัดรักษาพร้อมที่จะรับฟังปัญหา มีความสนใจและพยายามจะเข้าใจการกระทำและปัญหาต่างๆ อาจกล่าวกับผู้ป่วยว่า “มีอะไรที่ฉันจะช่วยคุณได้บ้าง”

4) **ให้คำกล่าวกว้างๆ** (Broad opening) เช่น ใช้คำพูดว่า “คุณกำลังคิดอะไร” “มีอะไรกังวลใจ” พยาบาลพยายามสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหัวข้อในการสนทนา เมื่อถามผู้ป่วยแล้วต้องรอคอยคำตอบและแสดงการรับรู้

5) **การถาม** (Questioning) การถามเป็นประโยชน์ในการหาข้อมูลข่าวสาร การถามเป็นการเข้าถึงทางตรงที่จะทำให้ผู้ป่วยได้บอกความรู้สึกเรื่องราวต่างๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยสนทนาควรใช้คำถามปลายเปิดและเมื่อการสนทนาไปถึงเป้าหมายแล้วควรใช้คำถามปลายเปิด การใช้คำถามว่า “ทำไม” มักทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองได้ทำผิด และมักจะนำไปสู่เหตุผลต่างๆ ควรใช้คำว่า “เพราะเหตุใด” หรือถ้าจะใช้ควรใช้อย่างระมัดระวัง

6) **คำถามปลายเปิด** (Open-end Question) คำถามปลายเปิดจะมุ่งไปสู่หัวข้อปัญหา แต่ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายทาง คำถามปลายเปิดช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างกว้างขวาง และผู้ตอบจะตอบได้อย่างอิสระ คำถามชนิดนี้จะเริ่มต้นด้วย อย่างไร อะไร เมื่อไหร่ เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อ.....”



7) **การใช้คำถามปลายปิด (Closed-end Question)** คำถามปลายปิดผู้ตอบจะตอบได้สั้นๆ มักเป็นคำว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ คำถามปลายปิดจะเป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะ ซึ่งมีลักษณะเหมือนสอบสวนหรือการซักถาม เช่น “คุณรู้สึกว่าการวิตกกังวลลดลงหรือไม่”

8) **การสอบถามให้ได้ข้อมูลมากขึ้นกระจ่างขึ้น (Exploring)** การสอบถามให้ลึกและกว้างขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิด ได้ไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่ เช่น ผู้ป่วยเล่าว่า “เพื่อนที่ทำงานชอบจับผิดผม” พยาบาลอาจถามว่า “เพื่อนๆ คุณมีเหตุผลอะไรหรือคะ ในการทำเช่นนั้น” เป็นต้น

9) **การสะท้อนความรู้สึก (Reflection)** การสะท้อนความรู้สึกเป็นการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้บำบัดรักษาเข้าใจในความคิด เรื่องราวหรือความรู้สึกที่แสดงออกมาไม่ว่าจะด้วยท่าทางหรือวาจา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูด การสะท้อนความรู้สึกจะช่วยขยายขอบเขตในการมองสถานการณ์ของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น เช่น “คุณดูเหมือนจะรู้สึกเศร้า” แทนที่จะพูดว่า “คุณเศร้า”

10) **การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarification)** เมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจหรือเกิดอารมณ์ไม่ดี การพูดจามักไม่ชัดเจน ผู้บำบัดรักษาควรทำความเข้าใจแม้ว่าจำเป็นต้องระงับการสนทนาไว้ก่อนชั่วคราว คำพูดที่ใช้เช่น “ช่วยบอกอีกที่เกี่ยวกับ.....” “คุณหมายถึงใครเมื่อพูดถึงพวกเขา”

11) **การกล่าวทวนประโยค (Restating)** คือ การกล่าวทวนคำพูดของผู้ป่วยในกรณีที่เห็นว่ามีความสำคัญ การกล่าวทวนนี้เป็นเครื่องมือให้เห็นว่าพยาบาลกำลังฟังผู้ป่วยพูด และเป็นการเสริมแรงหรือนำความสนใจไปสู่บางอย่างที่มีความสนใจ

12) **การรวมจุดสนใจ (Focusing)** ผู้ป่วยบางคนพูดจับใจความไม่ได้ ซึ่งเป็นผลจากความวิตกกังวลหรือไม่ต้องการให้ความร่วมมือ ซึ่งมักพูดไปอย่างกว้างๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนาบ่อย ผู้บำบัดรักษาควรช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะ และมีสมาธิในความคิดและความรู้สึกเฉพาะเรื่อง

13) **การให้คำแนะนำ (Suggestion)** การให้คำแนะนำเป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมีโอกาสเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นตามความพอใจหรือไม่ปฏิบัติก็ได้ วิธีการพูดเช่น “มีผู้พบว่า....มีประโยชน์” หรือ “คุณคิดใหม่ว่า....จะช่วยคุณ”

14) **การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back)** การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการอธิบายบางแง่ของการสื่อสารและผลกระทบต่อผู้อื่น โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้ป่วยจะสำนึก

ระมัดระวังผลกระทบของพฤติกรรมปรับปรุงวิธีการสื่อสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ใช่คำแนะนำ และการจะพูดคุยจะต้องดูเวลา สถานที่และคำพูดที่จะทำให้เกิดการยอมรับในการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย

**15) การเงียบ (Silence)** การเงียบเป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการสนทนาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาของผู้บำบัดรักษาที่มีความหมาย และถูกจังหวะจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความคิดและความรู้สึกของเขาต่อไป ความเงียบของผู้ป่วยบางครั้งอาจเกิดจากความรู้สึกเจ็บหรือเสียใจ จึงยังไม่พร้อมที่จะพูด ไม่ควรเร่งรัดหรือบังคับ แต่ควรให้กำลังใจ ใช้สะท้อนความรู้สึกหรือถามความหมายของการเงียบ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยพูดต่อไป ผู้บำบัดรักษาควรให้เวลาและแสดงถึงการร่วมรับรู้และเข้าใจ

**16) การฟัง (Listening)** การฟังเป็นความจำเป็นต่อการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การฟังไม่เพียงแต่ไม่พูดเท่านั้น แต่จะต้องใช้การสังเกตอดทนตั้งใจ และรอยยิ้มที่สงบสนุน กระตุ้นหรือซักถามและเก็บเนื้อเรื่อง que ผู้ป่วยพูดออกมาให้เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ทางจิตวิทยาการฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนมีความสำคัญคนหนึ่ง และจะช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา

**17) การสรุป (Summarizing)** การสรุปจะช่วยให้ผู้ป่วยตรวจสอบหัวเรื่องของการสนทนาและเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าโดยทั่วๆ ไป และเป็นเทคนิคที่เหมาะสมในการยุติการสนทนาปรึกษาหารือและเป็นประโยชน์ในโอกาสต่างๆ ที่จะย้ำถึงความก้าวหน้าหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การสรุปอาจจะเป็นเทคนิคที่ใช้บทบาทการมีปฏิสัมพันธ์ในครั้งก่อนและทำความเข้าใจในข้อความที่ไม่เข้าใจก็ได้

**3.2.1.2.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)** การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม

**การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม** มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า Active Learning
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4) ปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5) มีการสื่อสารโดยการพูด หรือการเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

**องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม** องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีอยู่ 4 ประการ คือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองและประยุกต์แนวคิด

1) ประสบการณ์ ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ (Experience)

2) การสะท้อนความคิด ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออก เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปราย (Reflect และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง)

3) เข้าใจและเกิดความคิด ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยรวบยอด (Understand ผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่มแล้ว ผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์) กลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้เรียนเป็นผู้ประสานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4) การทดลอง หรือประยุกต์ ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือแนวคิด ( Experiment/ Application) สถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการสอนจึงอาจเริ่มที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ต้องให้เกิดครบทุกองค์ประกอบ

สรุปได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ หรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุด ในทุกๆ องค์ประกอบ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิดและอภิปราย การสรุปความคิดรวบยอดตลอดจนการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุดหรือเรียกว่า การบรรลุงานสูงสุด ในผู้ปวยจิตเภทก็เช่นกัน การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะส่งผลให้ผู้ปวยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นจริงจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การดูแลตนเองในด้านต่างเช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการเตือน การมาตรวจตามนัดก็จะดีขึ้นด้วยเช่นกัน

**3.2.2 กลุ่มระดับประคอง (Supportive Group)** เป็นกลุ่มบำบัดที่จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยปัจจัยบำบัดจะพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ ซึ่งมีปัจจัยบำบัดดังนี้

**3.2.2.1 Instillation of hope or inspiration** กลุ่มบำบัดสร้างความหวังให้แก่คนไข้ซึ่งกำลังเสียขวัญและมองโลกในแง่ร้าย การที่เห็นสมาชิกคนอื่นดีขึ้นโดยเฉพาะยิ่งขึ้น เห็นสมาชิกที่เหมือนตนเองดีขึ้น ทำให้คนไข้ระลึกได้ว่าปัญหานั้นสามารถเอาชนะได้

**3.2.2.2 Universalization** เป็นการตระหนักได้ของผู้ป่วย ที่ว่าตนเองไม่ใช่คนเดียวที่มีปัญหา เมื่อได้เข้ากลุ่ม คนไข้จะพบว่าคนอื่นๆ ก็มีปัญหาเช่นกัน

**3.2.2.3 Acceptance** ความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มสามารถทนต่อความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันได้ ทำให้ลดความซึ่งไม่มั่นใจในตนเองลดลง

**3.2.2.4 Altruism** ก่อนเข้ากลุ่มผู้ป่วยมักมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วยใคร หรือไม่มีอะไรที่มีคุณค่าที่จะให้ผู้อื่นแต่เมื่อเข้ากลุ่ม คนไข้ได้เรียนรู้จักการเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ช่วยผู้อื่นได้

**3.2.2.5 Catharsis** การที่ผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อย ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดไว้ ออกมาอย่างมีอารมณ์ ทำให้คนไข้รู้สึกโล่งสบายถือเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งในการรักษาคนไข้ได้เรียนรู้ วิธีที่แสดงอารมณ์และเรียนรู้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ไม่ใช่เรื่องเสียหาย

**3.2.2.6 Abreaction** เป็นกระบวนการซึ่งสิ่งที่ถูกเก็บไว้ (repressed) โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ หรือปมปวดร้าว ถูกนำกลับขึ้นสู่จิตสำนึกอีกครั้ง ในกระบวนการนี้ คนไข้ไม่แต่ระลึกถึงเหตุการณ์ได้เท่านั้น แต่เสมือนหนึ่งเหตุการณ์เหล่านั้น เกิดขึ้นใหม่อีกครั้ง (relive) ร่วมกับมีอาการตอบสนอง คนไข้มักเกิดมีinsight จากประสบการณ์ abreaction นี้

**3.2.2.7 Cohesion** ความรู้สึกที่ว่า กลุ่มกำลังไปสู่เป้าหมายเดียวกันรวมถึงความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน สมาชิกจะมีความผูกพันกับผู้รักษาผูกพันกับเพื่อนสมาชิก และผูกพันกับกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

**3.2.2.8 Contagion** ขณะที่แสดงออกทางอารมณ์ของคนๆหนึ่งไปกระตุ้นให้อีกคนหนึ่งตระหนักได้ว่า ตนเองก็มีอารมณ์เดียวกัน

**3.2.2.9 Consensual validation** เป็นการ confirm reality โดยเปรียบเทียบ conceptualization ของตนเองกับสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม โดยการผ่านกระบวนการ interpersonal distortions จะได้รับการแก้ไข

**3.2.2.10 Corrective familial experience** คนไข้สามารถwork through ปมขัดแย้งต่างๆในครอบครัว โดยผ่านทางปฏิสัมพันธ์กลุ่ม

3.2.2.11 **Identifications** เป็นกลไกทางจิตไร้สำนึกที่คนๆหนึ่ง incorporate ลักษณะของคนอีกคนหนึ่ง เข้าไปในส่วนของ ego system ของตนเอง

3.2.2.12 **Imitation** ในกลุ่มคนไข้สามารถเลียนแบบพฤติกรรมอย่างรู้สำนึกจาก คนไข้ด้วยกันเองและจากผู้รักษา

3.2.2.13 **Insight** เป็นการเข้าใจและตระหนักรู้ในจิตสำนึกถึง กลไกทางจิตและ อากาการที่เกิดเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองแบ่งเป็น 2 ชนิด

- Intellectual insight เป็นการตระหนักโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใน พฤติกรรมที่ปรับมาอย่างผิดๆ

- Emotional insight นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของพฤติกรรมหรือ บุคลิกภาพ

3.2.2.14 **Interaction** เป็นการเปิดกว้างให้แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกันใน กลุ่ม

3.2.2.15 **Interpretation** คนไข้จะต้องได้รับการพัฒนากรอบแนวคิดที่จะนำไปสู่ ความเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง ในระหว่างผู้รักษาแปลความหมาย

3.2.2.16 **Transference** เป็นการถ่ายทอดความรู้สึก นึกคิด แรงปรารถนาจาก object ในอดีตคนไข้ไปยังผู้รักษา

3.2.2.17 **Ventilation** เป็นการแสดงออกของความรู้สึกความคิด หรือเหตุการณ์ ต่างๆ ที่เก็บกดไว้ การแบ่งปันความลับส่วนตัวกับผู้อื่นสามารถช่วยให้ความรู้สึกผิดบาปน้อยลง

3.2.2.18 **Interpersonal learning** การเรียนรู้วิถีที่จะติดต่อ และสร้าง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยอาศัยกลุ่มเป็นที่ฝึกซ้อม กลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง ถ้าใช้ เวลานานพอ คนไข้จะแสดงพฤติกรรมในกลุ่ม เช่นเดียวกับที่เขาแสดงในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่คนไข้มีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้องก็จะปรากฏออกมาในกลุ่มให้ชัดเจนว่าการกระทำจิต บำบัดรายบุคคล

3.2.3 **กระบวนการกลุ่ม (group process)** กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยน ความคิด ประสพการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาส่วนบุคคล และ/ หรือกลุ่ม ทางด้านพฤติกรรม ความคิดหรืออารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

3.2.3.1 ประโยชน์ของการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการบริการสุขภาพ (Jacobs et al., 2002 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1) คุ่มค่าต่อการลงทุน การที่มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก มีลักษณะปัญหาความต้องการช่วยเหลือคล้ายๆ กัน แต่มีผู้ให้บริการจำนวนจำกัด การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้ การปรึกษาให้การประคับประคองจิตใจ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆคน

2) การที่บุคคลมีปัญหาล้ำๆ กันได้มาพบกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกประสบการณ์ร่วมกันทำให้เข้าใจความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าไม่เพียงแต่ตนเองเพียงผู้เดียวเท่านั้นที่มีปัญหา มีคนที่มามีปัญหาล้ำๆกับเรา

3) การที่สมาชิกมารวมกันได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ปัญหา ทศนคติที่มีต่อปัญหา ทำให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองต่อสถานการณ์นั้นๆ แตกต่างไปจากเดิม และได้รับข้อมูล แหล่งประโยชน์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนมากขึ้น

4) บุคคลมีความต้องการมีส่วนร่วมของกลุ่ม ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้นการได้เป็นสมาชิกกลุ่มจึงเป็นการบำบัดที่ตอบสนองความต้องการเป็นส่วนร่วมของกลุ่มของบุคคลซึ่งเป็นความรู้สึกที่สำคัญมากสำหรับบุคคลบางกลุ่มที่มีโอกาสน้อยในการเป็นสมาชิกสังคมทั่วไป

5) การเข้าร่วมกลุ่มสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางสังคม การได้มีโอกาสบอกเล่าปัญหาของตน รับฟังปัญหา ประสบการณ์ของผู้อื่น ตลอดจนการแก้ไขจัดการต่อปัญหา ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาส ได้ใช้โอกาสในการอยู่ในกลุ่มทดลองฝึกทักษะต่างๆ ที่ตนได้เรียนรู้จากกลุ่ม

6) การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ภายใต้บรรยากาศของการยอมรับ เกิดกำลังใจ มั่นใจที่จะนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปในสถานการณ์จริงภายนอกกลุ่ม

7) กลุ่มเป็นการจำลองสังคมชีวิตที่เกิดขึ้นจริง สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก พฤติกรรมที่ตนเองแสดงเมื่ออยู่ในสังคมภายนอก แต่ด้วยบรรยากาศที่ปลอดภัยในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง และได้รับการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิต

8) การได้บอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างของตนต่อผู้อื่น คือ ได้มีการสร้างพันธะสัญญา ก็เป็นการช่วยให้บุคคลมีพลังความเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองตามที่บอกกับผู้อื่น

3.2.3.2 องค์ประกอบของกลุ่ม ชนิดของกลุ่มโดยทั่วไป มี 2 ชนิด คือกลุ่มปิด หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งกลุ่มปิด และกลุ่มเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางรายออกไปและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะๆ จนกระทั่งกลุ่มปิด

1) ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มหรือสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินกลุ่ม ไม่ควรจะมีมากหรือน้อยจนเกินไป Yalom(1975) ให้ความเห็นว่าสมาชิกควรมีไม่เกิน 10 คน เพราะถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกปฏิสัมพันธ์กันไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มได้อีก ซึ่งสอดคล้องกับLassalle & Lasalle (1995) ให้ความเห็นจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมคือ 7-10 คน

2) ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม Yalom(1975) เสนอแนะว่าเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม แต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่เหมาะสมประมาณ 8-10 ครั้ง สถานที่ในการทำกลุ่ม

3) จัดให้เป็นสถานที่ที่มีบรรยากาศเย็นสบาย ไม่ร้อนอบอ้าว และมีความมิดชิด สามารถสร้างความปลอดภัย และความเชื่อมั่นได้มากขึ้น นอกจากนี้ไม่ควรมีความเสี่ยงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงนำจิตสังคัมบำบัด(Psychosocial intervention) มาสร้างเป็นโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดในครอบคลุมเขตของวิชาชีพพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจิตสังคัมบำบัดที่ประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม(Psychoeducation group)มาใช้ในการสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง( Supportive group)เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิต โดยใช้กระบวนการกลุ่ม(Group process)เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(Participatory Learning)ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้พัฒนาพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยเป็นการจัดกิจกรรมจิตสังคัมบำบัดประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 50-60 นาที มีสมาชิกกลุ่ม ครั้งละ 8-10 คน

### 3.3 โปรแกรมจิตสังคัมบำบัด

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำจิตสังคัมบำบัด (Psychosocial intervention) มาสร้างเป็นโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดในครอบคลุมเขตของวิชาชีพพยาบาลประกอบด้วย

#### 1) สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา

**การสร้างสัมพันธภาพ** สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานก่อให้เกิดการสนับสนุนและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002)การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มเป็นขั้นตอนที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยความคิดและความรู้สึกต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่ม เริ่ม

พบกันในลักษณะคนแปลกหน้าที่ต้องทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน ซึ่งเป็นระยะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้โอกาสและเกิดความไว้วางใจและความรู้สึกผูกพัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนให้เกิดการเริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกต้องการได้รับการแก้ไขปัญหา และให้ข้อมูล (Resources) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ข้อตกลงเบื้องต้นของการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง

**การประเมินสภาพปัญหา** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจต่อกัน ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการสื่อสารกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายความคิดความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมาว่ามีปัญหาอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาปัญหาของพฤติกรรมดูแลตนเองที่แท้จริง ยอมรับปัญหาและเข้าใจสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเพื่อก่อให้เกิดความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้นอย่างจริงจังและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถจัดการปัญหานั้นได้ ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง สมาชิกกล้าเปิดเผยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) ว่าเราไม่ได้กำลังประสบปัญหานี้อยู่เพียงคนเดียว และเกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

**2) กลุ่มประคับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา** สนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้ป่วยจะได้รับการปลดปล่อย ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดไว้ (catharsis) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งสบายถือเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยในการเรียนรู้ วิธีที่แสดงอารมณ์และเรียนรู้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ไม่ใช่เรื่องเสียหาย ในขณะที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ของคนๆหนึ่ง ยังกระตุ้นให้อีกคนหนึ่งตระหนักรู้ว่า ตนเองก็มีอารมณ์เดียวกัน (contagion) และผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าตนเองไม่ใช่คนเดียวที่มีปัญหา (universalization) การให้กำลังใจกันและกันเป็นการสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยซึ่งกำลังเสียใจหรือมองโลกในแง่ร้าย และเมื่อผู้ป่วยเห็นสมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเหมือนตนเองดีขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยระลึกได้ว่าปัญหาของตนเองก็สามารถแก้ไขได้เช่นกัน (Instillation of hope or inspiration) ประโยชน์ในการทำกลุ่มประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยได้การระบายความเครียด ลดปัญหาการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต มีคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในตนเอง

**3) ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย** เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความคาดหวังที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ



เข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ตามสภาวะการเจ็บป่วยตามความเป็นจริงจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ โดยผู้นำกลุ่มจะการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์หลากหลายมุมมอง ผู้นำกลุ่มจะใช้บทบาทผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้สอน ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมพร้อมของการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง

**4) ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้น พฤติกรรมดูแลตนเองตามต้องการดูแลที่จำเป็น** การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองที่เน้นส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้นำในการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเกื้อกูล (Altruism) กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำโดยทั่วไปต่อสมาชิกคนอื่น เสริมแรงทางบวกโดยการให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group Cohesiveness) และเลียนแบบ (Imitative Behavior) พฤติกรรมของคนที่ตนพึงพอใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้กำลังใจเพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคลซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม น้ำที่สะอาด การรับอากาศที่บริสุทธิ์ การทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน และการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

**5) ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น** จากการศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลของการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งสาเหตุมาจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิต (Ayuso- Gutierrez et al., 1997) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตและสังเกตอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิต การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาการจัดการกับอาการเบื้องต้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยผู้นำกลุ่มจะใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายความรู้สึก (Catharsis) เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากการรับประทานยาทางจิตเวช ในบรรยากาศของการยอมรับของสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว เปลี่ยนความคิดว่าตนเองไม่ได้มีอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตคนเดียว ทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกนี้มากขึ้น มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group Cohesiveness) และผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่นได้มีโอกาสให้ข้อมูลข่าวสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิก ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ ก็จะได้รับข้อมูลข่าวสาร

(Imparting of Information) ที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการข้างเคียงของยาการจัดการกับอาการเบื้องต้น

**6) ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เน้น พฤติกรรมการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนเบื้องต้น** อาการเตือนเป็นอาการที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเล็กน้อยๆ ค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง ถ้าผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนการจัดการกับอาการเบื้องต้นโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบก็จะลดลง โดยผู้นำกลุ่มจะใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เกิดการเรียนรู้ เรียนแบบ(Imitative Behavior) พฤติกรรมคนอื่นที่ตนพึงพอใจ และให้สมาชิกได้รับรู้ข่าวสาร (Imparting of Information) จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มเกี่ยวกับสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น เกิดความเกื้อกูล (Altruism) ช่วยเหลือให้กำลังใจกันและกัน สมาชิกในกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการแก้ปัญหา ก็จะเกิดความรู้ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พวงเพ็ญ เจริญปัญญาวัธ และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งชายและหญิง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางในด้านอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ และอายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายด้านพบว่า ด้านความสะอาดร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหารอากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกายและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ใน

ระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมต่อไป

จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserlian Phenomenology ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนามนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ให้ความสำคัญการดูแลตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการกำเริบและกลับไปป่วยซ้ำ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และ การงดสารกระตุ้นประสาท 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การทำงานและหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย และการปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม ได้แก่ การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและการปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและการฝึกจิตใจให้สงบ

เสวิกุล จำนวนอง (2546) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวน์เนอร์ท แบบประเมินอาการทางจิตและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในช่วง 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 และพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงและมีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอื่น ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันทา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ระดับสูง และจากพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านพบว่า มีคะแนนระดับสูงทุกด้านได้แก่ ด้านความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอาหาร อากาศ น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านการขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกายร้อยละ 75.52 ด้านรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นร้อยละ 67.35

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน คือ กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธีรพร มณีนาถและคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพักผ่อน การมีนันทนาการและการจัดการกับอาการเจ็บป่วย การรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับประทาน อาหาร น้ำ และการขับถ่าย ด้านการรักษาความสะอาด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรลักษณ์ ปิ่นทอง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการปรับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมืองจังหวัดอ่างทองจำนวน 20 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับประคองที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จิตเภทหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับให้ความรู้แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสวรรค์ พลุกระจ่าง (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 30 คน พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองเหมาะสมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 18 คน โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือการเสริมแรงในการรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 5 ครั้งคือ 1) โรคจิตและการรักษา 2) การป้องกันการทำเจ็บของโรคจิตเภท 3) การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของโรคจิต 4) การฝึกทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องและ 5) การสร้างความมั่นใจในการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลง ในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน 3 เดือน

Hubbard, Muhlenkamp and Brown (1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มาร่วมกิจกรรมที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ จำนวน 97 คน และกลุ่มที่สอง เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่จัดขึ้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามได้แก่แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle Questionnaire) แบบแผนแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Person Resources Questionnaire) ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเมื่อนำแรงสนับสนุน

ทางสังคมและตัวแปรที่เป็นปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา มาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการพยากรณ์ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

Thomas and other (2005) ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบใหม่ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุของ Latinos ที่ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่วัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ Latinos โปรแกรมจะเป็นการบำบัดพฤติกรรมที่มีความเฉพาะที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อมุ่งหมายให้การพัฒนาทักษะการทำงานที่ (function skills) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะที่มีบางส่วนเป็นการให้คำแนะนำ และมีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุใน Latinos ที่มีอาการ Psychotic เรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเรื้อรังจะมีศักยภาพในทักษะของการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Zheng and David (2005) ศึกษาเรื่องการให้ความรู้สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยจิตใน Beijing ของประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำนวน 101 คน โดยจะเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การทำหน้าที่ พฤติกรรมด้านจิตสังคม การป่วยซ้ำและการรับประทานยาซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีอาการและการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังกลับบ้านไป 9 เดือน จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีนโดยพยาบาลมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

Stanly and Shwetha (2006) ศึกษาการใช้จิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนและได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพซึ่งโปรแกรมบูรณาการจากการให้ความรู้เรื่องยา การบำบัดด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยใช้เวลา 48-90 วัน ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ดีพอๆกับลดภาวะและเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น

Hegde, Rao and Raguram (2007) ศึกษาการใช้จิตบำบัดแบบบูรณาการสำหรับโรคจิตเภท เป้าหมายเพื่อพัฒนารับรู้และการทำหน้าที่ทั่วไป โปรแกรมจะเป็นการบูรณาการมาจากครอบครัวบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา การแสดงออกด้านอารมณ์ผสมผสานให้มีความเหมาะสม โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้และการทำหน้าที่ทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ลดภาวะและความทุกข์ทรมานด้านจิตใจของผู้ดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายโปรแกรม ซึ่งโปรแกรกดังกล่าวจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่พบว่าโปรแกรกดังกล่าวมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงบางด้านเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการใช้ยาและบางโปรแกรมจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน แต่เนื่องจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนขณะที่ยังมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวการรักษาในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลที่สั้นลง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมจิตสังคมบำบัด มี 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนเอง ร่วมมือในการค้นหาสาเหตุความพร่องของพฤติกรรมดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เพื่อคลายความกังวลเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริงในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

## พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### 1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป

- อากาศ อาหารและน้ำ
- การขับถ่ายและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล
- การพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย
- การรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

### 2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

### 3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

- การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
- การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

- O<sub>1</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
- O<sub>2</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
- O<sub>3</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมจิตสังคมบำบัด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล แผนกจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** ในการวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มดังต่อไปนี้

#### Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
3. มีคะแนนความรุนแรงทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 ถือว่าผู้ที่มีอาการจิตรุนแรงลดลง (Razali and Yahya, 1995)

4. ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุมณฑา บุญชัย (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ (2542) ตามแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางลงมา (น้อยกว่า 148 คะแนน)

5. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินวิจัย

6. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### Exclusion Criteria

1. ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

2. เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 6 กิจกรรม

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ในตัวอย่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าคะแนน Pilot study ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มอย่างน้อย 17 คน เนื่องจากงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns and Grove, 2001) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551- 31 สิงหาคม 2551 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคะแนนความรุนแรงทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30 จากนั้นประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยจะอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามและอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังที่ละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยทำเครื่องหมายถูกลงช่องตามที่ผู้ป่วยเลือก

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางลงมา (คะแนนน้อยกว่า 148 คะแนน) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำการวิจัย และชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน เข้ากลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 20 คู่ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง		ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
1	78	79	ต่ำ
2	81	82	ต่ำ
3	89	84	ต่ำ
4	99	99	ปานกลาง
5	102	103	ปานกลาง
6	106	107	ปานกลาง
7	106	108	ปานกลาง
8	109	110	ปานกลาง
9	110	111	ปานกลาง
10	112	112	ปานกลาง
11	114	116	ปานกลาง
12	118	117	ปานกลาง
13	122	121	ปานกลาง
14	125	125	ปานกลาง
15	128	129	ปานกลาง
16	129	130	ปานกลาง
17	130	130	ปานกลาง
18	133	133	ปานกลาง
19	136	136	ปานกลาง
20	139	140	ปานกลาง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยใน ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งแจ้งถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากกรวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลงไปโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจิตสังคัมบำบัด
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมิน BPRS (Brief psychotic rating scale)

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่โปรแกรมจิตสังคัมบำบัด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำแนวคิดจิตสังคัมบำบัดที่ประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Psychoeducation group) มาใช้เป็น การสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง (Supportive group) เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ พัฒนาพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

- 1.1 ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและการบำบัดด้านจิตสังคัมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดโดยผู้วิจัยนำแนวคิดที่ค้นคว้ามาได้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมแนวคิดจิตสังคัมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### **การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม**

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นำโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก ) ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

จากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีประเด็นที่ต้องแก้ไขและผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

### **กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ**

**ข้อเสนอแนะ** ควรมีกิจกรรมเพื่อแนะนำตนเองและสร้างความคุ้นเคยเพราะการทำกิจกรรมร่วมกันจะช่วยละลายพฤติกรรมและลดความกังวลของสมาชิกแต่ละคนได้ ควรเขียนรายละเอียดของกิจกรรมเป็นขั้นตอนตามกระบวนการกลุ่ม (group process) คือ ขั้น Initial phase ขั้น Working phase ขั้น Terminal phase เพื่อให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติ

### **การปรับปรุงแก้ไข**

1) ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมการแนะนำตนเองโดยให้สมาชิกวาดรูปถนนชีวิตของตนเองและอธิบายความหมายของภาพเป็นกิจกรรมแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อช่วยละลายพฤติกรรมและลดความกังวลของสมาชิกแต่ละคนได้

2) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกิจกรรมเป็นขั้นตอนตามกระบวนการกลุ่ม (group process) คือ ขั้น Initial phase ขั้น Working phase ขั้น Terminal phase เพื่อให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติมากขึ้น

### **กิจกรรมที่ 2 ประเมินสภาพปัญหา**

**ข้อเสนอแนะ** กิจกรรมที่ 2 การประเมินสภาพปัญหา น่าจะรวมกับกิจกรรมที่ 1 เนื่องจากกิจกรรมการประเมินสภาพปัญหาอยู่ในขั้น Working phase เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องมากขึ้น และ

ผู้นำกลุ่มควรอธิบายให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่า จะร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายในเรื่องอะไร ซึ่งควรเน้นเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นหลัก

### **การปรับปรุงแก้ไข**

- 1) ผู้วิจัยได้รวมกับกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมเดียวกัน คือสร้างสัมพันธภาพ และประเมินสภาพปัญหา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องมากขึ้น
- 2) ผู้วิจัยมีขั้นตอนอธิบายให้สมาชิกกลุ่มรับทราบถึงแนวทางกำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยเน้นเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นหลัก

**กิจกรรมที่ 3** กลุ่มระดับประคองเพื่อคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประเด็นที่จะนำมาพูดคุยควรเน้นเรื่อง “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการดูแลตนเอง”

### **การปรับปรุงแก้ไข**

ผู้วิจัยได้ปรับขั้นตอนการทำกิจกรรม ในขั้นตอนการเสนอปัญหา ผู้วิจัยจะเน้นให้สมาชิกเสนอปัญหาที่เป็น “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการดูแลตนเอง”

**กิจกรรมที่ 4** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 30 นาทีอาจน้อยไปเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความเข้าใจของสมาชิกกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน

### **การปรับปรุงแก้ไข**

ผู้วิจัยได้เพิ่มเวลาในการจัดกิจกรรมจาก 30 นาทีเป็น 50 นาที

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรม การดูแลตนเองตามความต้องการ การดูแลที่จำเป็นทั่วไป

**ข้อเสนอแนะ** เวลาที่ใช้ทำกิจกรรมน้อยเกินไปเนื่องจากพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นตัวอย่างที่สำคัญที่ต้องการวัด และควรจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะโดยการฝึกปฏิบัติจริงร่วมด้วย

### **การปรับปรุงแก้ไข**

- 1) ผู้วิจัยได้เพิ่มเวลาในการจัดกิจกรรมจาก 30 นาทีเป็น 40 นาที
- 2) มีการจัดกิจกรรมโดยให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเหล่านั้น และแนวทางในการแก้ไข

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้น

**ข้อเสนอแนะ** การเริ่มประเด็นด้วยการกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและผลเสียของพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นการขัดขวางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

**การปรับปรุงแก้ไข** ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการเปิดประเด็นเพื่อไม่ให้เกิดการขัดขวางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

**กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น**

**ข้อเสนอแนะ** ควรเปิดประเด็นให้สมาชิกกล่าวถึงอาการเตือนตามที่ตนเองเข้าใจ ว่ามีอะไรบ้างก่อนเริ่มให้สมาชิกพูดถึงประโยชน์ของการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นและผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม

**การปรับปรุงแก้ไข** ผู้วิจัยได้เริ่มเปิดประเด็นโดยให้สมาชิกกล่าวถึงอาการเตือนตามที่ตนเองเข้าใจ ว่ามีอะไรบ้างก่อนเริ่มให้สมาชิกพูดถึงประโยชน์ของการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น

2. ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมจิตสังคมบำบัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยทดลองใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดจนครบโปรแกรม เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาแก้ไขก่อนนำไปใช้กับการทดลองจริง

ในการทดลองใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดพบทั้งข้อดี และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม ดังสรุปไว้ต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินสภาพปัญหา ได้ให้สมาชิกวาดรูปถนนชีวิตของตนเองและอธิบายความหมายของภาพเป็นกิจกรรมแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่ม พบอุปสรรคคือต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ผู้วิจัยจึงตัดกิจกรรมวาดรูปเพื่อแนะนำตนเองออก และเนื่องจากสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่มีความคุ้นเคยกันอยู่ก่อนแล้วผู้วิจัยจึงให้สมาชิกแนะนำตนเองเป็นรายบุคคลและเปิดโอกาสให้สมาชิกอื่นได้ซักถามเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ไม่พบปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย จะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ “ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” เพื่อวัดความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทก่อนให้ความรู้ให้เวลาทำแบบทดสอบ 10 นาที พบอุปสรรคคือกลุ่มตัวอย่างบางท่านมีปัญหาเรื่องการมองเห็นเช่น สายตาวาว มีตาพร่า จึงไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ ผู้วิจัยจึงปรับวิธีโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ “ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” ก่อนร่วมกลุ่ม ในรายที่มีปัญหาด้านการมองเห็นผู้วิจัยจะช่วยอ่านข้อคำถามและขีดคำตอบตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 4, 5, 6 การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบอุปสรรคคือการจัดกิจกรรมใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมน้อยเกินไปทำให้ไม่เกิดกระบวนการเรียนรู้จากกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 50 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกได้วิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองโดยมีสมาชิกกลุ่มร่วมกันเสนอแนะวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่ม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมี 6 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา

**กิจกรรมที่ 2** กลุ่มประคับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

## **ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย**

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุมณฑา บุญชัย (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช และคณะ (2542) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุมณฑา บุญชัย (2545) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 44 ข้อ เป็นข้อความคำถามทางบวก 35 ข้อ และข้อความคำถามทางลบ 9 ข้อ ดังนี้ ด้านอากาศ อาหารและน้ำ



9 ข้อ ด้านการขับถ่าย 1 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย 7 ข้อ การพักผ่อนและออกกำลังกาย 6 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 6 ข้อ การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ 15 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณที่ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เหตุผลที่เลือกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณมาพัฒนาเพราะเป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับข้อคำถามแยกเป็นรายด้าน เนื้อหาข้อคำถามให้สอดคล้องกับแนวคิดของOrem (2001) และปรับภาษาให้เข้าใจง่าย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจะใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นข้อความคำถามทางบวก 28 ข้อ และข้อความคำถามทางลบ 12 ข้อ ดังนี้

- |  |                   |    |     |
|--|-------------------|----|-----|
| 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป                                  | 22 ข้อ ประกอบด้วย |    |     |
| ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ   |                   | 7  | ข้อ |
| ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล                          |                   | 7  | ข้อ |
| ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย                          |                   | 4  | ข้อ |
| ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น |                   | 4  | ข้อ |
| 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ                            |                   | 4  | ข้อ |
| 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ               |                   | 14 | ข้อ |

**ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้**

- |                  |         |  |
|------------------|---------|--|
| 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          |

### เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน ทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถาม นำมาแบ่งระดับคะแนนโดยค่าพิสัยในการแบ่ง 3 ระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มีข้อคำถาม 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

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มาปรับปรุงภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก ) ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อหาความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนนและให้ผู้ทรงเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมช่องว่างที่เว้นไว้ให้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

$$CVI = 37/40 = .925$$

คำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับ .93 และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขในแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ โดยปรับเปลี่ยนดังนี้

ข้อที่ 6 ท่านดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้ว ปรับเป็น “ท่านดื่มชาหรือกาแฟมากกว่า 1 แก้ว”

ข้อที่ 19 ท่านชอบใช้ชีวิตอยู่คนเดียว โดยไม่พูดคุยกับใครในแต่ละวัน ปรับเป็น “ท่านเก็บตัวอยู่คนเดียว”

ข้อที่ 24 เมื่อท่านโกรธท่านจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนที่ทำให้โกรธ ปรับเป็น “เมื่อท่านโกรธท่านจะแสดงพฤติกรรมออกมาทันที เช่น ด่า ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือคนอื่น”

2. **การหาความเที่ยง (Reliability)** การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

2.1. ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 (ดังภาคผนวก ค)

**ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมจิตสังคมบำบัดคือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพมีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบถูก-ผิด ถ้าถูกคิด 1 คะแนน ตอบผิดคิด 0 คะแนน โดยถือเกณฑ์ผ่าน 80% ขึ้นไป

### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. **การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)** ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปีจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ลำดับของข้อคำถาม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนนและให้ผู้ทรงเขียนข้อเสนอแนะเติมลงช่องว่างที่เว้นไว้ให้ในแต่ละข้อโดยการตรวจความตรงของเนื้อหา(CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

$$CVI = 17/20 = .85$$

คำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขในแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ โดยปรับเปลี่ยนดังนี้

ข้อที่ 1 โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ปรับเป็น “โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้และมีอารมณ์ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป”

ข้อที่ 14 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ควรแยกตัวอยู่เงียบๆ คนเดียวแก้ปัญหาด้วยตนเองไม่ควรรบกวนคนอื่น ปรับเป็น “ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจควรแยกตัวอยู่ตามลำพังคนเดียวเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง”

ข้อที่ 20 เมื่ออาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ปรับเป็น “เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง”

2. การหาความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21 or KR-21)ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 (ดังภาคผนวก ค)

**ชุดที่ 4 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คือ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scale : BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham(1988) จะวัดอาการทางจิตทั้งหมด 18 ลักษณะได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, Tension, Mannerisms & Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted affect, Excitement และ Disorientation

โดยประเมินอาการของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง การให้คะแนนเริ่มตั้งแต่ 0 -6 คือ 0= ไม่มีอาการ, 1= มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, 2= มีอาการเล็กน้อย, 3=อาการปานกลาง, 4= อาการค่อนข้างรุนแรง, 5= อาการรุนแรง, 6= อาการรุนแรงมาก ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้ในการประเมินอาการทางจิต โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคะแนนที่ประเมินด้วย BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคะแนนมากกว่า 30 ถือว่าผู้ที่มีอาการจิตรุนแรงมาก (Razali and Yahya, 1995)

### **ขั้นตอนการทดลอง**

#### **1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง**

1.1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อให้เป็นผู้รู้ผู้มีความสามารถในการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด และทดลองฝึกการทำกิจกรรมกลุ่มตามรูปแบบของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อให้เกิดความชำนาญ

1.2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และรับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2551(ดังภาคผนวก ข.)

1.3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และส่งเรื่องมายังหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามลำดับชั้น ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกนาคารุงเทพ ชั้น 1

แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4. ผู้วิจัยเข้าคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตึกธนาคารกรุงเทพชั้น 1 แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคะแนนอาการทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30 ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)

1.6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือการเข้าร่วมการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางลงมาคือมีคะแนนน้อยกว่า 148 คะแนน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้วลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

1.7. ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน เข้ากลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 20 คู่

1.8. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและหลังเสร็จสิ้นการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบจะขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Post-test) หลังจากกลุ่มทดลองกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัดพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.9. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรับประทานยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ และกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอ่านข่าว หนังสือพิมพ์ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา และกลุ่มนันทนาการบำบัดเช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มทำอาหาร เป็นต้น และผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Post-test) หลังจากกลุ่มควบคุมกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์

2. **ขั้นตอนการทดลอง** ในขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด

2.1. **กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรับประทานยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ และกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา และกลุ่มนกอากาศบำบัดเช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มทำอาหาร เป็นต้น

2.2. **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา

**กิจกรรมที่ 2** กลุ่มบำบัดระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

**ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้**

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและประเมินสภาพปัญหา

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มเกิดความคุ้นเคยและส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและแนวทางการดำเนินกิจกรรม

3. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม

4. เพื่อประเมินสภาพปัญหาของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

**ระยะเวลา 60 นาที**

**กิจกรรม**

**ขั้น Initial phase**

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก แนะนำตัว บอกชื่อกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทำการรู้จักกัน โดยให้สมาชิกแนะนำตนเองเป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกอื่นได้ซักถามเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่มเพื่อเป็นข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

### ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วยของสมาชิกและเชื่อมโยงมาสู่สาเหตุที่เกิดจากความพร้อมของการดูแลตนเองของสมาชิกในกลุ่ม โดยให้ตัวแทนของสมาชิกกลุ่มเขียนบันทึกความคิดเห็นที่ได้จากการวิเคราะห์ลงในเอกสารประกอบ 1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อ “การดูแลตนเองสำคัญอย่างไร?” โดยให้ทุกคนเขียนความคิดเห็นในใบเอกสารประกอบ 2 ใช้เวลา 5 นาที หลังจากนั้นให้สมาชิกนำข้อคิดที่ได้มาเสนอในกลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากความคิดเห็นของสมาชิกและเชื่อมโยงเข้าสู่โปรแกรมจิตสังคมบำบัด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอน ระยะเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงความคาดหวังว่าอยากได้อะไรบ้างในการร่วมกลุ่มกิจกรรมและแนวทางที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

### ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการทำกลุ่มวันนี้

2. ผู้นำกลุ่มพูดให้กำลังใจและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความหวังว่าตนจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมครั้งต่อไป และปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะให้ความสนใจร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะเมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อ “การดูแลตนเองสำคัญอย่างไร” สมาชิกเสนอความคิดเห็นครอบคลุม 3 ประเด็นคือ 1.ด้านผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น “การดูแลตนเองที่ดีจะส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น” “สามารถพึ่งตนเองได้” และ “สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข” 2.ด้านครอบครัว ตัวอย่างเช่น “เมื่อเราสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของคนใน



ครอบครัว ครอบครัวก็จะอบอุ่น ส่งผลให้พ่อและแม่รักเรามากขึ้น” 3.ด้านสังคม ตัวอย่างเช่น “สังคมไม่รังเกียจและยอมรับเพราะเราดูแลตนเองได้ดี” บรรยายากาศของกลุ่มกิจกรรม เป็นกันเองสมาชิกกลุ่มยิ้มแย้มแจ่มใส ยกมือเสนอความคิดเห็นโดยไม่ต้องกระตุ้นเกิดความเอื้ออาทร และความรู้สึกไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2** กลุ่มประคับประคองเพื่อคลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย
2. เพื่อเสริมสร้างกำลังใจเพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

ระยะเวลา 50 นาที

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เริ่มการสนทนาเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ผ่านมาเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอนระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

#### ขั้น Working phase

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่มีต่อสภาพจิตใจในแต่ละคน
2. ให้สมาชิกเลือกปัญหาที่สมาชิกกลุ่มเสนอขึ้นมา และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันเลือกเรื่องที่สมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าสำคัญและเป็นปัญหาที่สมาชิกส่วนใหญ่กำลังเผชิญอยู่
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกที่ได้รับเลือกจากกลุ่ม พูดเล่าเรื่องราวความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยที่ไม่สบายใจเป็นเรื่องปัจจุบัน ให้กลุ่มฟัง และให้กลุ่มช่วยเหลือ โดยสมาชิกสามารถพูดได้อย่างอิสระเต็มที่อย่างที่ต้องการพูดเพื่อให้กลุ่มรับทราบ ซึ่งสมาชิกคนอื่นๆ สามารถซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนซักถามเรื่องราวกันเองภายในกลุ่มให้มากที่สุดโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อที่จะเข้าใจเรื่องราวโดยละเอียด
5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นต่างๆ ทำให้ประเด็นปัญหาของเจ้าของเรื่อง เป็นประเด็นที่น่าสนใจของกลุ่มแทน เพื่อให้สมาชิกทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของของปัญหานั้นและมีส่วนร่วมในกลุ่ม

6. ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนเล่าประสบการณ์ที่เคยพบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับเรื่องราวของสมาชิกที่ได้รับเลือก พร้อมทั้งบอกถึงผลดี ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสนับสนุนให้สมาชิกได้พูดแสดงความคิดเห็นจนครบทุกคน

7. ส่งเสริมบรรยากาศกลุ่มเป็นลักษณะเกื้อกูลกัน โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ได้ช่วยเหลือให้กำลังใจกัน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทำให้สมาชิกรู้สึกมองเห็นคุณค่าในตนเอง

8. ให้สมาชิกเจ้าของเรื่องทบทวนสิ่งที่ได้จากกลุ่ม วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของคำแนะนำและสรุปวิธีที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเพื่อประยุกต์ใช้ ถ้าสมาชิกไม่สามารถสรุปได้หรือสรุปไม่ครบ ผู้นำกลุ่มช่วยสรุปวิธีทั้งหมดให้ทราบอีกครั้ง

9. ผู้นำกลุ่มสรุปวิเคราะห์ความเป็นไปได้อีกครั้งและกล่าวให้กำลังใจสมาชิก ในการนำข้อแนะนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ สู่สมาชิกทุกคนว่าสามารถนำข้อแนะนำต่างๆ ที่แนะนำ ไปใช้กับตนเองได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น หรือนำไปแนะนำบุคคลอื่นได้เช่นกัน

10. ให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความรู้สึก ให้กำลังใจกันและกัน สร้างความหวังร่วมกัน เพราะการดำรงไว้ซึ่งความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา เปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เหมาะสม

### ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันทบทวนข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่ม
2. ประเมินความรู้สึกก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม ความพึงพอใจ เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้พูดถึงความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกลุ่มและประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม

### ประเมินผล

จากการเสนอปัญหาพบว่าปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่คือปัญหาเรื่องความวิตกกังวลที่เกิดจากการรับประทานยา ตัวอย่างเช่น “เวลาผมไปเรียนหนังสือผมจะไม่กล้าไปทานด้วย หรือถ้าเอาไปก็จะแอบทานกลัวคนอื่นเห็น ผมกลัวจะถูกเพื่อนถามว่ากินยาอะไรและเป็นโรคอะไร” สมาชิกในกลุ่มช่วยกันพูดให้กำลังใจ และช่วยกันเสนอแนะว่าถ้าถูกเพื่อนถาม จะต้องตอบว่าอย่างไร และช่วยกันคิดถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บางคนจะมีปัญหาที่เกิดจากการทานยาไม่ต่อเนื่อง “ฉันเบื่อการทานยามากไม่รู้ว่าจะต้องทานไปนานแค่ไหน บางครั้งแอบทิ้งยาโดยไม่ให้แม่รู้” สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ครั้งหนึ่งตนเองก็เคยมีความรู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยา จึงต้องกลับมาป่วยซ้ำหลายครั้ง และวิธีปรับความคิดใหม่เมื่อเกิดความรู้สึกไม่

อยากรับประทานยา จากการประเมินสีหน้าสมาชิกกลุ่มพบว่าสมาชิกค่อนข้างสนใจ และแสดงความเห็นอกเห็นใจกัน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาสำหรับผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมพร้อมในการดูแล

ตนเอง

**ระยะเวลา 50 นาที**

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เริ่มการสนทนาเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ผ่านมาเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอนระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

#### ขั้น Working phase

1. ให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลตนเองของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญในแต่ละหัวข้อและผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาของตนเอง และเชื่อมโยงจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกแต่ละคนสู่ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาที่ผ่านมา โดยเน้นประสบการณ์การรักษาด้วยยาจิตเภท
4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญและใช้บทบาทผู้สอนให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยเน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยจิตเภทสามารถหยุดยาได้เองถ้าอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถไม่ต้องทำงานอะไรให้อยู่บ้านเฉย ๆ

### ขั้น Terminal phase

1. สมาชิกช่วยกันสรุปในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
2. สมาชิกสรุปข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มและจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างไร

### ประเมินผล

บรรยากาศกลุ่มเป็นกันเอง สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ยอมเล่าเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองให้กับสมาชิกในกลุ่มฟัง และสมาชิกบางท่านก็จะนำประสบการณ์ที่ได้รับฟังจากสมาชิกในกลุ่มมาเปรียบเทียบกับอาการของตนเอง และกล่าวในกลุ่มว่า “เคยทุกข์ทรมานใจ คิดว่าตนเองทำกรรมอะไรไว้ จึงได้ป่วยเป็นโรคที่คนอื่นเขาไม่เป็นกันเคยมีความคิดอยากตาย แต่เมื่อมาฟังสมาชิกในกลุ่มเล่าอาการป่วยของตนเองถึงรู้ว่า คนอื่นมีอาการรุนแรงกว่าตนเองมาก รู้สึกเห็นใจและเข้าใจกัน” และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น โดยประเมินจากการสรุปกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหาข้อข้างครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกาย และ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองด้านร่างกาย

**ระยะเวลา 50 นาที**

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เริ่มการสนทนาเรื่องต่างๆ ไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายและความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอนระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

### ขั้น Working phase

1. การนำเสนอประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มจะใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

2. การสะท้อนแนวคิดและอภิปราย สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของความพร่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล คือ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เพราะการที่สมาชิกมีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ปัญหา และทัศนคติที่มีต่อปัญหาการดูแลตนเอง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดมุมมองที่แตกต่างจากเดิมและได้รับข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเองมากขึ้น

3. สร้างความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด สมาชิกร่วมกันหาแนวทางจัดการกับปัญหาในการดูแลสุขภาพที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง

4. ทดลองและประยุกต์ความคิดเพื่อปรับพฤติกรรมใหม่ ผู้นำกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงแนวทางที่จะนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตจริง และการได้บอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองต่อผู้อื่นถือเป็นการสร้างพันธะสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองตามที่บอกกับสมาชิกในกลุ่ม

5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญและใช้บทบาทผู้สอนให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลคือ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น โดยเน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

### ขั้น Terminal phase

1. สมาชิกช่วยกันสรุปในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลคือ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และความสำคัญของการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท

2. สมาชิกสรุปข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มและจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร

3. สมาชิกให้กำลังใจกันและกัน ในการนำแนวทางที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต

## ประเมินผล

จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยสมาชิกแต่ละท่านจะวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองที่คิดว่ายังมีปัญหาให้สมาชิกกลุ่มช่วยเสนอแนะแนวทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ดื่มน้ำมาก เนื่องจากรู้สึกเหมือนมีอานาจบางอย่างควบคุมให้ดื่มน้ำมากๆ ท้องผูกเนื่องจากไม่ชอบทานผักและผลไม้ ไม่ชอบออกกำลังกายจะอยู่เฉยๆ เมื่อกลุ่มช่วยกันเสนอแนะเกี่ยวกับผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกที่เป็นเจ้าของปัญหาได้เป็นคนตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองและคิดว่าสามารถปฏิบัติได้ สมาชิกส่วนใหญ่พึงพอใจสัญญาในกลุ่มว่าจะพยายามทำตามคำแนะนำ

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

### วัตถุประสงค์

1. สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตและสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิต
3. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง

ระยะเวลา 50 นาที

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เริ่มการสนทนาเรื่องต่างๆ ไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายและความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ผ่านมาเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอนระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

#### ขั้น Working phase

1. การนำเสนอประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นโดยกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์ของการรักษาด้วยยาด้านโรคจิต
2. การสะท้อนแนวคิดและอภิปรายผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยใช้คำถาม “การรับประทานยาช่วยรักษาอาการทางจิตเวชได้อย่างไร” “พฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องควรทำอย่างไร” และ “ถ้ามีพฤติกรรมการ

รับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างไร” สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนแบบ (Imitation Behavior) ทำให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ตามแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบประเมินอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิตของตนเองที่เคยมีอาการในอดีต หรือกำลังมีอาการเหล่านี้อยู่

4. สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านโรคจิต เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆ กันไม่รู้สึกลัวตนเองโดดเดี่ยว

5. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ตามแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ

6. สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นและพยาบาลช่วยเน้นจุดสำคัญโดยทำบทบาทเป็นผู้สอนและเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพิ่มแนวทางการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาให้ถูกต้องและผู้นำกลุ่มสนับสนุน ให้แรงเสริมทางสังคมโดยการชมเชย ยอมรับ ให้กำลังใจสำหรับความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมต่อไป

### ขั้น Terminal phase

1. สมาชิกช่วยกันสรุปในประเด็นเกี่ยวกับการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการเบื้องต้น

2. สมาชิกสรุปข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มและจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร

8. สมาชิกให้กำลังใจกันและกัน ในการนำแนวทางที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต

### ประเมินผล

จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม สมาชิกส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านโรคจิต สมาชิกบางท่านเปิดเผยความรู้สึกว่ารับประทานยาแล้ววังงมาก ตาพร่า มือสั่น ทำงานไม่ได้จนบางครั้งแอบปรับยาเอง สมาชิกยอมรับว่ายังมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาน้อย บางอย่างเป็นการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

เช่น อาการปากแห้งคอแห้งสมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าต้องทานน้ำมากเพื่อช่วยลดอาการที่เกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มได้อธิบายวิธีการจัดการที่ถูกต้องและชี้ให้เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 6** การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 50 นาที

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เริ่มการสนทนาเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายและความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ผ่านมาเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอนระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

#### ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นโดยกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์การกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์อาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ โดยใช้คำถาม “ท่านทราบไม่ว่าก่อนจะมีอาการกำเริบท่านมีอาการเตือนอะไรนามาก่อน” และให้สมาชิกทำแบบประเมินอาการเตือนของตนเองที่พบในช่วง 1-2 อาทิตย์ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
3. สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ที่ถูกต้องเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนแบบ เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ตามแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ
4. สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ที่ถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆ กันไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองโดดเดี่ยว
5. สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นและพยาบาลช่วยเน้นจุดสำคัญโดยทำบทบาทเป็นผู้สอนและเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพิ่มแนวทางการจัดการการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นที่ถูกต้อง



6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น และผู้นำกลุ่มสนับสนุน ให้แรงเสริมทางสังคมโดยการชมเชย ยอมรับ ให้กำลังใจสำหรับความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เหมาะสมต่อไป

### ขั้น Terminal phase

1. สมาชิกช่วยกันสรุปประเด็นเกี่ยวกับการการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น การจัดการกับอาการเบื้องต้น
2. สมาชิกสรุปข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มและจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร
3. สมาชิกให้กำลังใจกันและกัน ในการนำแนวทางที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกประเมินผลกิจกรรมที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมข้อเสนอแนะตามเอกสารที่ 8
5. ผู้นำกลุ่มสรุปผลการดำเนินกลุ่มและกล่าวยุติโปรแกรมพร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### ประเมินผล

จากการร่วมกลุ่มกิจกรรม สมาชิกส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยอมรับบอกเล่าความรู้สึกและการดูแลตนเองที่ปฏิบัติจริงโดยไม่มี การปิดบัง ส่วนใหญ่ยอมรับว่าไม่ได้ให้ความสำคัญของการสังเกตอาการเตือน บางท่านไม่เคยทราบว่าอาการเตือนก่อนอาการกำเริบมีอะไรบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่ถ้าเริ่มมีอาการกำเริบจะไม่มาปรึกษาแพทย์ แต่จะรอให้ถึงวันนัดมาตรวจจึงจะมาพบแพทย์ จากการพูดคุยกันในกลุ่มทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและผู้นำกลุ่มจะปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ไม่ถูกต้องโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เข้าใจมากขึ้น

จากการประเมินผลหลังจบกิจกรรมสมาชิกส่วนใหญ่พึงพอใจและสัญญาว่ากลุ่มที่จะนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเอง สมาชิกได้พูดให้กำลังใจกันและกัน เพื่อเสริมแรงในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป

## 3. ขั้นรวบรวมข้อมูล

### 3.1. ก่อนทดลอง

3.1.1. ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) โดยผู้วิจัยจะอ่านคำชี้แจงและอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ เพื่อให้

ผู้ป่วยพิจารณาว่าตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยทำเครื่องหมายถูกลงช่องตามที่ผู้ป่วยเลือก เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยตอบตรงความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางลงมา(คะแนนน้อยกว่า 148 คะแนน) เข้าร่วมโครงการวิจัย

3.1.2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้โรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(เครื่องมือกำกับการทดลอง) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัด

### 3.2. หลังการทดลอง

3.2.1. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากกลุ่มตัวอย่างออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(Post-test) ทางโทรศัพท์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหลังออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน แพทย์จะนัดมาตรวจและรับยาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้ระยะเวลาการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้อยู่ในระยะเวลา 2 สัปดาห์เหมือนกัน และจากปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ค่าครองชีพสูงขึ้นการนัดผู้ป่วยมาเพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ทำให้ครอบครัวต้องเสียรายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากกลุ่มตัวอย่างออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยจะขอเบอร์โทรศัพท์และเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการติดต่อก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

การทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะอ่านคำชี้แจงและอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังที่ละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์อยู่ในระดับใด ผู้วิจัยทำเครื่องหมายถูกลงช่องตามที่ผู้ป่วยเลือก เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยตอบตรงความเป็นจริงมากที่สุด

3.2.2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้โรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง) หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดครบ 6 กิจกรรม โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้โรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้โปรแกรมจิตสังคัมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของจากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมจิตสังคัมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคัมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนครั้งของการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลและระยะเวลาการเจ็บป่วย

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	14	70	14	70	28	70
หญิง	6	30	6	30	12	30
<b>อายุ</b>						
20 – 29 ปี	5	25	4	20	9	22.5
30 – 39 ปี	8	40	8	40	16	40
40 – 49 ปี	5	25	5	25	10	25
50 – 59 ปี	2	10	3	15	5	12.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	16	80	13	65	29	72.5
คู่	3	15	5	25	8	20
หย่า	1	5	1	5	2	5
แยกกันอยู่	-	-	1	5	1	2.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	3	15	4	20	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	4	20	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	45	3	15	12	30
อนุปริญญา/ปวส.	-	-	3	15	3	7.5
ปริญญาตรี	5	25	5	25	10	25
ปริญญาตรีโท	-	-	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70 มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 30 -39 ปี ร้อยละ 40 รองมาอายุระหว่าง 40 -49 ปี ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสดร้อยละ 72.5 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30 รองมาระดับปริญญาตรีร้อยละ 25

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน) จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกรรม	-	-	1	5	1	2.5
รับจ้าง	5	25	4	20	9	22.5
รัฐวิสาหกิจ	1	5	2	10	3	7.5
กิจการส่วนตัว	1	5	1	5	2	5
รับราชการ	1	5	2	10	3	7.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	60	10	50	22	55
<b>รายได้เฉลี่ย(บาทต่อเดือน)</b>						
ไม่มีรายได้	12	60	10	50	22	55
ต่ำกว่า 4,000	1	5	4	20	5	12.5
4,001- 8,000	4	20	1	5	5	12.5
8,001- 10,000	-	-	-	-	-	-
มากกว่า 10,000	3	15	5	25	8	20
<b>จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกจิตเวช</b>						
1-2 ครั้ง	8	40	11	55	19	47.5
3-4 ครั้ง	6	30	7	35	13	32.5
มากกว่า 4 ครั้ง	6	30	2	10	8	20
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>						
1-5 ปี	4	20	5	25	9	22.5
6 -10 ปี	7	35	6	30	13	32.5
11-15 ปี	3	15	1	5	8	20
มากกว่า 15 ปี	6	30	8	40	14	35

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 20 จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกจิตเวชอยู่ระหว่าง 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.5 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 35 รองลงมา 6 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Paired t-test)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (N=20)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	69.15	9.63	71.70	11.27	1.24	.12
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ						
พัฒนาการ	8.95	2.19	9.55	2.67	1.50	.08
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการ						
เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	31.50	8.35	39.95	11.95	4.65	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	113.30	17.61	121.20	22.19	2.28	.17

$p < .05$

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (N=20)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	66.25	12.03	88.35	12.07	11.18	.00
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ						
พัฒนาการ	8.95	2.28	12.85	2.39	7.77	.00
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการ						
เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	38.40	7.45	54.80	3.79	13.23	.00
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	113.30	17.85	156.00	17.09	18.29	.00

$p < .05$

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เช่นกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติ (N=40)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	66.25	12.03	69.15	9.63	0.84	.20
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ						
พัฒนาการ	8.95	2.28	8.95	2.19	0.00	.50
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการ						
เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	38.40	7.45	31.50	8.35	2.76	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	113.60	17.84	113.30	17.61	0.05	.48

p < .05

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติตามปกติ (N=40)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	88.35	12.07	71.70	11.27	4.51	.00
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ						
พัฒนาการ	12.85	2.39	9.55	2.67	4.12	.00
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการ						
เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	54.80	3.79	39.95	11.95	5.30	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	156.00	17.09	121.20	22.19	5.56	.00

p < .05

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) คือค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับจิตสังคมบำบัด
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภตกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล แผนกจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
3. มีคะแนนอาการทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30
4. ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุมนทนา บุญชัย (2545) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ (2542) ตามแนวคิดของ

การดูแลตนเองของโอเร็ม โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางลงมา (น้อยกว่า 148 คะแนน)

5. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินวิจัย
6. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ในตัวอย่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าคะแนน Pilot study ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มอย่างน้อย 17 คน ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยปรับให้เป็นกลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน รวม 40 คน เพื่อให้มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ (Burns and Grove, 2001)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุดคือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่โปรแกรมจิตสังคัมบำบัดเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดจิตสังคัมบำบัดประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Psychoeducation Group) มาใช้เป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มระดับประคอง (Supportive Group) เพื่อระดับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. **เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

- 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุมณฑา บุญชัย (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาวิทย์ และคณะ (2542) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 28 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ค้นคว้าจากตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดมีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบถูก-ผิด

4. **เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คือ แบบประเมิน BPRS (Brief psychotic rating scale) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham(1988)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีโดยรวมของแบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .93 และแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ.85 ตามลำดับ จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .85 และใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21 or KR-21) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .96 ตามลำดับ

การทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมในการตอบแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดจนจบโปรแกรม และเมื่อถึงเวลาเข้ากลุ่มกิจกรรมสมาชิกมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมทุกครั้ง

#### **การดำเนินการทดลอง**

การดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินหลังการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือจึงมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### **1. ขั้นเตรียมการ** เป็นการเตรียมพร้อมก่อนที่จะมีการดำเนินการวิจัยซึ่งประกอบด้วย

1.1. การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้านจิตสังคมและทดลองฝึกการทำกิจกรรมกลุ่มตามรูปแบบของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อให้เกิดความชำนาญ

1.2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและรับรองโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2551

1.3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคะแนนความรุนแรงทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่ำกว่า 30 ทำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) และขอความร่วมมือการเข้าร่วมการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับปานกลางลงมา (น้อยกว่า 148 คะแนน) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแล้วลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

1.5. ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน เข้ากลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรม การดูแลตนเองใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 20 คู่

1.6. ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มทดลองถึงการดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด โดยผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.7. ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรับประทานยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ และกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มนันทนาการ กลุ่มร้องเพลง กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนักร้องบำบัดเช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มทำอาหาร เป็นต้น

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มี 6 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา

**กิจกรรมที่ 2** กลุ่มระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและ  
การรักษา

**กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 4** การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

**กิจกรรมที่ 5** การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยา  
และสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

**กิจกรรมที่ 6** การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและ  
สามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

### 3. ชั้นประเมินหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม  
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ทางโทรศัพท์หลังกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์  
โดยผู้วิจัยจะขอเบอร์โทรศัพท์และเวลาที่สะดวกในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและกลุ่ม  
ควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)  
เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลัง  
ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดย  
กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคม  
บำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิต  
สังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### สรุปผลตามสมมติฐานที่ตั้งนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่า  
ก่อนได้รับจิตสังคมบำบัดซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1



2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีผลการวิจัยที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ (Paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ดังตารางที่ 4)

จากการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีคะแนนสูงขึ้น จากการวิเคราะห์ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มคือกลุ่มสุขศึกษา จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายบุคคล (ดังตารางที่ 8 ในภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นเพียงบางราย คือ มีคะแนนเพิ่มขึ้นต่ำสุด 1 คะแนน และมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด 33 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลตามปกติจะส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกราย

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ (Paired t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองแตกต่างกันก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เช่นกัน (ดังตารางที่ 5)

จากการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายบุคคล (ดังตารางที่ 9 ในภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจะเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นในผู้ป่วยทุกราย แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยสม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกราย

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 6)

จากการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติพบว่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันคือกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าพิจารณาระดับของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจะพบว่ากลุ่มควบคุมจะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ ระดับปานกลางเนื่องจากคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพในระดับปานกลางอยู่

ในช่วง 33-51 คะแนน แต่คะแนนของกลุ่มควบคุมมีคะแนน 31.50 ซึ่งต่างกัน 1.5 คะแนน จึงถือได้ว่ามีความแตกต่างกันน้อยระหว่างสองกลุ่ม

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 7)

จากการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายบุคคล (ดังตารางที่ 9 ในภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจะเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นในผู้ป่วยทุกราย แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยสม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกรายเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 8 ในภาคผนวก ค) พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นเป็นบางราย แสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลตามปกติจะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกราย

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดตามแนวคิดจิตสังคมบำบัดที่ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Psychoeducation Group) มาใช้เป็น การสนับสนุนและการให้ความรู้เบื้องต้น ร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคอง (Supportive Group) เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การดำเนินโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะมี

ความสำคัญแตกต่างกันไป และกิจกรรมทั้งหมดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. **สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา** สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เมื่อพบกันครั้งแรก โดยให้สมาชิกแนะนำตนเองกับสมาชิกในกลุ่มเพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มยอมรับเอาอาการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสมาชิกบางท่านจะมีพฤติกรรมแยกตัวไม่ค่อยสนใจใคร ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและไม่เคยเล่าความเจ็บป่วยให้ใครฟังแต่เมื่อมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้สมาชิกเปิดใจมากขึ้น ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีจะเป็นพื้นฐานก่อให้เกิดการสนับสนุนและความร่วมมือในการรักษา (Chan and Leung, 2002) และเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจต่อกัน สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตน และร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเองทำให้สมาชิกกลุ่มยอมรับปัญหาและเข้าใจสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสมให้เกิดความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้นอย่างจริงจังและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถจัดการปัญหานั้นได้

2. **กลุ่มบำบัดระดับประคับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา** การที่สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากการผลกระทบของโรคจิตเภท เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคจิตเภท ทำให้สมาชิกหลายท่านเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) มีความเห็นอกเห็นใจและ เกิดความเอื้อกูล (Altruism) กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งเมื่อให้สมาชิกเสนอแนะวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สมาชิกจะช่วยเหลือและรับฟังกันด้วยความเข้าใจ เนื่องจากลักษณะกลุ่มนี้มีสนับสนุนด้านจิตใจโดยให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม เกิดความรู้สึกผ่อนคลายความเครียด ระบายความเครียด ส่งผลให้สมาชิกมีกำลังใจในการกลับไปเผชิญปัญหาต่อไป

3. **ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย** ก่อนที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเช่น มีผู้ป่วยท่านหนึ่งเดิมรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชทางภาคใต้ได้เดินทางมากรุงเทพฯ เพื่อมารักษาตัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพราะมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายขาดโดยไม่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตและบางท่านไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร แพทย์ไม่เคยบอก รู้เพียงว่าตนเองเป็นโรคเครียดเมื่อได้รับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บของสมาชิกในกลุ่มทำให้เข้าใจว่าอาการที่ตนเป็นอยู่เหมือนกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และถามย้ำกับสมาชิกในกลุ่มอีกครั้งว่า “อาการที่ผมเป็น

เรียกว่า โรคจิตเภทหรือครีฟ” ซึ่งจากการพูดคุยกับผู้ป่วยจะพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ถูกต้องแต่กลับได้รับการส่งเสริมด้านความรู้น้อยซึ่งสอดคล้องกับ Adams, Wilson and Bagnall, (2000) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ตามสภาวะการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง การให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และ Gaultiere, (2008) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พวกเขาเป็นจะช่วยให้อยอมรับการเจ็บป่วยและพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และทักษะอื่นที่จำเป็น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น

**4. ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองตามต้องการ การดูแลที่จำเป็น** เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มสร้างบรรยากาศกลุ่มจึงมีลักษณะเกิดความเกื้อกูล (Altruism) กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปต่อสมาชิกคนอื่น สมาชิกจะร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อให้สมาชิกเล่าถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองให้กลับสมาชิกในกลุ่มทราบ และให้กลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สมาชิกเริ่มเกิดความตระหนักถึงปัญหา สมาชิกบางท่านไม่ทราบมาก่อนว่าการดื่มน้ำมาก จะเกิดผลเสียอะไรบ้าง เคยรู้เพียงว่าการดื่มน้ำมากๆ จะดีต่อสุขภาพ และการที่สมาชิกได้พูดคุยให้คำแนะนำกับสมาชิกในกลุ่ม และการให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมภายในกลุ่มจึงเกิดแรงเสริมทางบวก ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group Cohesiveness) และการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันก็จะทำให้เกิดการเลียนแบบ (Imitative Behavior) พฤติกรรมของคนที่ตนพึงพอใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

**5. ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น** จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการทานยา พบว่าสาเหตุที่สมาชิกหลายท่านมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ไม่เข้าใจว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น บางท่านปรับยาเองตลอด บอกว่ารับประทานยาแล้วทำให้รู้สึกมีน้ำในคอ คัดอะไรไม่ค่อยออก แต่เมื่อไรที่หยุดยาจะทำให้สมองปลอดโปร่งมากขึ้น คิดว่าตนเองทำงานได้มากขึ้น บางท่านมีปัญหาเมื่อตื่น ขาดความมั่นใจ บางท่านหิวบ่อย ทานเก่ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จึงไม่ยอมรับรับประทานยาเพราะทำให้

ภาพลักษณ์ของตนเองเสียไป ซึ่งจากการพูดคุยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งสาเหตุมาจาก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการเคียงของยาต้านโรคจิต (Ayuso- Gutierrez et al., 1997) เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่มที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตและเมื่อปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นลดลง เมื่อสมาชิกได้ฟังประสบการณ์จากคนอื่นก็จะเกิดความหวังว่า อาการที่ตนเองเป็นสามารถบรรเทาได้ ทำให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับของสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว เปลี่ยนความคิดว่าตนเองไม่ได้มีอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตคนเดียว ทำให้เกิดการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการข้างเคียงของยาการจัดการกับอาการเบื้องต้น และจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันจะพบว่าสาเหตุที่สมาชิกส่วนใหญ่ต้องกลับมาป่วยซ้ำเนื่องจากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางท่านเล่าให้สมาชิกฟังว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทมาสิบกว่าปี รับประทานยาสม่ำเสมอตลอดจนรู้สึกว่าจะหายดีแล้ว คิดว่าไม่ต้องทานยาจึงหยุดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาคนในครอบครัว ช่วง 1 เดือนแรกที่หยุดยาก็ไม่มีอาการผิดปกติอะไร จึงยังรู้สึกมั่นใจว่าตนเองหาย เมื่อเข้าเดือนที่สองเริ่มรู้สึกว่าตนเองหงุดหงิดง่าย บางครั้งไม่มีสาเหตุ แต่ตนเองก็ไม่ทราบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของการกำเริบจนมีอาการเป็นมากขึ้น มีหูแว่ว หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ญาติจึงต้องนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Gaultiere (2008) ที่กล่าวว่า 80% ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับมาป่วยซ้ำถ้าพวกเขา

**6. ส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมกรสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนเบื้องต้น** จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะไม่ค่อยทราบความสำคัญของอาการเตือนที่เกิดขึ้น สมาชิกส่วนใหญ่จะรอจนเริ่มมีอาการกำเริบรุนแรงจึงจะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด สมาชิกส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า คิดว่าไม่เป็นไร รอมาตรวจตามนัดที่เดียวซึ่งบางท่านเมื่ออาการดีขึ้น แพทย์จะนัดมาตรวจ 3 เดือนต่อครั้งกว่าจะถึงวันนัดอาการก็กำเริบรุนแรงมากขึ้น เมื่อได้พูดคุยกันทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง และต้องกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาความทักษะผู้ป่วยในการค้นหาอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การค้นพบอาการเตือน การดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการล่วงหน้าและจัดการกับอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองหรือจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ และสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดควรรีบมาพบแพทย์ เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือน

ของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เกิดการเรียนรู้ เรียนแบบ (Imitative Behavior) พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม และให้สมาชิกได้รับรู้ข่าวสาร (Imparting of Information) จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มเกี่ยวกับสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น เกิดความเกื้อกูล (Altruism) ช่วยเหลือให้กำลังใจกันและกัน สมาชิกในกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการแก้ปัญหา ก็จะเกิดความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นการสร้างความหวัง (Installation of hope) มั่นใจต่อการพัฒนาทักษะการสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเบื้องต้น จากการศึกษาของ Kennedy al et (2000) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

### เสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ในการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดนี้การเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต้องประเมินอาการและความคิดของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเพราะถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมจะส่งผลให้กระบวนการกลุ่มไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์
2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย
3. โปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกประเภทโดยผู้ใช้สามารถปรับขั้นตอนให้เหมาะสม เช่น หากใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในเรื่องให้ความรู้จะเน้นความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเฉพาะโรค

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ลักษณะโปรแกรม ของรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมชนิดอื่นๆ เช่น การสอน การใช้กลุ่มบำบัด เป็นต้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). **พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาศัย. (2549). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี**. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 จากหลังคาแดงสู่ชุมชน ระหว่างวันที่ 3 -5 กรกฎาคม 2549 โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพฯ หน้า 73.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2546). **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2. สุขภาพจิตกับยาเสพติดปี2546. หน้า 169. (วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ)
- ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). **การศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช . บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรพร มณีนาถ และคณะ. (2548). **การศึกษาพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน**. เอกกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ระหว่างวันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ. โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพฯ หน้า 164.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). **ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.



- ปรารธนา คำมีสินนท์. (2550). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. เอกสารการประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2 เรื่องเรียนรู้เพื่อการบำบัดโรคซึมเศร้าและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย. วันที่ 25-28 กรกฎาคม 2550 ณ โรงแรมดุสิตไฮสแตนดิตรีสอร์ท จังหวัดเชียงราย. หน้า 164.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไปรยทิพย์ กสิพันธ์. (2541). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสวรรค์ พลุกระจ่าง. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องสุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพฯ หน้าที่ 138.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(2): 45-54.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุทธนา องอาจมันัสกุล. (2548). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 13(2): 114-123.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมากม วรเดช ช้างแก้ว และสุนีรัตน์ จันท์ศรี. (2546). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 17(2): 56-66.

- รัชนี ศรีธีร์ธัญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**หลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรลักษณ์ ปิ่นทอง. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการปรับระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย กิจอรุณชัย. (2548). **การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม** วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 13(1): 17-27.
- ศิริยุพา นันสุนานนท์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวรัตน์ ภูผา. (2543). **ผลของกลุ่มบำบัดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **การพยาบาลกับกระบวนการกลุ่ม.** วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 24(1):1-12.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). **จิตเภท.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 18(2): 85-97.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไอดีเอ็ม สแควร์.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). **พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณาการพิมพ์.

สุวิมล สมิตถะ. (2541). **ผลการใช้โปรแกรมแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสวิกุล จำสนอง. (2546). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

อุรา ทิพย์ประจักษ์. (2548). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ โรงพยาบาลสวนปรุง**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

#### ภาษาอังกฤษ

Adams C. Wilson P. and Bagnall A.M. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Effectiveness Bulletins*. 9: 251-256.

American Psychiatric Association, (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC.

Ayuso-Gutierrez, J.L & Rio Vega, J.M.D. (1997). Factors influencing relapse in the long term course of schizophrenia. *Schizophrenia research* 28: 199-206.

- Baguley, I. and Baguley, C. (1999). Psychosocial interventions in treatment of Psychosis. **Mental Health Care**. 2(9): 314-316.
- 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.
- Birchwood M. (1999). **Early intervention in psychosis** In : McGorry P, Jackson H, editors. **The recognition and management of early psychosis**. Cambridge University Press: 226-264.
- Buchanan, R.W.& Carpenter,W.T. (2000). **Comprehensive textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chan, S.W., &Leung, K. J. (2002). Cognitive behavioral therapy for client with Schizophrenia: implications for mental health nursing practice. **Journal of clinical nursing**. 11: 214-224.
- Chou K.R., Lin S.K., & Chu H., (2002). The effect of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies**. 39: 713-722.
- Cutler C. (2003). Assessing Patients' Perception of Self-Care Agency in Psychiatric Care. **Mental Health Nursing**. 24:199-211.
- Fawcett J. (2001). The Nurse Theorists: 21<sup>st</sup>-Century Updates-Dorothea E. Orem. **Nursing Science Quarterly**. 14(1): 34-38.
- Gaultiere B. (2008). Understanding and Help for Schizophrenia. <http://newhopeonline.org/notes/achive/schizophrenia.html>.
- Grando V.T. (2005). A Self-Care Deficit Nursing Theory practice model for advanced practice psychiatric/mental health nursing. **The Official Journal of the International Orem Society** 13(1): 4-8.
- Gumley, A., et al., (2006). Early intervention for relapse in Schizophrenia: impact of cognitive behavior therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. **J. Clin Psychological**. 45(2): 247-260.

- Haddock G., and Lewis S. (2005). Psychological intervention in Early Psychosis. **Schizophrenia Bullentin.** 31(3): 697-704.
- Harold I.K., Benjamin J.S. (1995). **Comprehensive textbook of psychiatry.** Baltimore: Williams & Wilkins.
- Harrison M., Howard D., and Mitchell D. (2004). **Acute Mental Health Nursing.** London: SAGE Publications.
- Hegde S, Rao S L, and Raguram A. (2007). Intergrated Psychological Intervention for Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation** 11(2): 5-18.
- Hegde S, Rao S.L., and Ragurm A. (2007). Intergrated Psychological Intervention for Schizophrenia. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation.** 11(2): 5-18.
- Holmberg S K. and Kane C. (1999). Health and Self-Care Practices of Persons With Schizophrenia. **Psychiatric services.** 50(6): 827-829.
- Hubbard P., Muhlenkamp A.F., and Brown N. (1984). There relationship between social support and self care practice. **Nursing Research.** 33:260-270.
- Jacob, E.E., Harvill, R.I. & Masson, R.L. (1994). **Group counseling : Strategies and skill.** California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kaplan, H.L. & Sadock, J.B. (2000). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavior sciences and clinical psychiatry 8<sup>th</sup> ed.** Baltimore .
- Kennedy, M.G., Schepp, K.G., & O' Conner, F.W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 14(6): 266-275.
- Kluge C.R., et al., (2006). Psychoeducation in schizophrenia- Results of a Survey of all Psychiatric Institution in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bullentin.** 32(4): 765-775.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin.** 30(2): 279-293.
- Kopelowicz A., Liberman R.P., and Wallace C.J. (2003). **International Journal of Psychology and Psychological Therapy.** 3(2): 283-298.

- Lewis S.W., Tarrier N. & Drake R.J. (2005). Integrating non-drug treatment in early schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 187(48): 65-71.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A. & Smith, T.E. (2000). **Comprehensive textbook of Psychiatry** 7<sup>th</sup> ed. Baltimore .
- Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. **Schizophrenia Research**. 96: 232-245.
- Lindenmayer, J.p., (2000). Treatment refractory schizophrenia. **Psychiatric Q.** 71(4): 373-384.
- Mallakh, P.E. (1998) Treatment models for client with co-occurring addictive and mental disorders. **Archives of Psychiatric Nursing** 12(2): 71-80.
- McBride, A. B. and Austin, J. K. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing**. Pennsylvania: W.B.Saunders.
- McNab C., Haslam N., Burnett P. (2007). Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. **Psychiatry Research**. 151:97-106.
- Meijel B.V., Gaag M.V., Kahn R.S., and Grypdonck M.H. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 17(3): 177-125.
- Meijel B.V., Gaag M.V., Kahn R.S., and Grypdonck M.H. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. **Archives of Psychiatric Nursing**. 17(4): 165-172.
- Morgan M.J. (2005). Self-Care Dependent-Care Nursing. **The Official Journal of the international Orem Society**. 13(1): 1-30.
- Mueser K.T. & McGurk S.R. (2004). Schizophrenia. **The Lancet** 363(June 19): 2063-2072.
- Muhlenkamp A.F., and Salles.J.A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practice. **Nursing Research**. 35: 334-338.

- Murphy M.F., and Moller M.D. (1993). Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy symptom management assessment tool. **Archives of Psychiatric Nursing**. 7(4): 226-235.
- Noreen C. Frisch & Lawrence E. Frisch. (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing**. 3<sup>rd</sup> Canada: Thomson Delmar Learning.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing Concepts of practice** (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Overall JE, Gorham DR. (1988). The brief psychiatry rating scale. **Psychopharmacology Bulletin**. 24: 97-99.
- Patterson T. and Leeuwenkamp O., (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 100: 108-119.
- Patterson T.L., Mautsach B.T., McKibbin C., Goldman S., Bucardo J. and Jeste D.V. (2006). Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. **Schizophrenia Research**. 86: 291-299.
- Patterson, T.L., Lacro, J., McKibbin, C.L., Moscona, S., Hughs, T., & Jeste, D.V. (2002). Medication management ability assessment: Result from performance-based measure in older outpatients with schizophrenia. **J Clin Psychopharmacol**. 22(1) 9-11.
- Pekkala E. & Merinder L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**.
- Penn D.L., Waldheter E.J., Perkins D.E., Mueser K.T. and Lieberman J.A. (2005). Psychosocial Treatment for First- Episode Psychosis: A research Update. **Am Journal Psychiatry**. 162(12): 2220-2232.
- Perivoliotis D., Granholm E., Patterson T.L. (2004). Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 69: 307-316.
- Pitschel-Walitz G. and others. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. **Schizophrenia Bull**. 27:73-92.

- Pitschel-Walitz G. and others. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich PIP-study. **Journal Clin Psychiatry**. 67:443-452.
- Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sally Wai-Chi Chan, Jessie Ka-Yi Leung. (2001). Cognitive behavioural therapy for clients with Schizophrenia: implications for mental health nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**. 11: 214-224.
- Sarah I. Pratt, Kim T. Mueser, Thomas E. Smith and Weili Lu. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. **Schizophrenia Research**. 78: 187-197.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network:SIGE. (1998). Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia. **A National Clinical Guideline**. 30: 1-15.
- Shean G. (2004). **Understanding and treating Schizophrenia Contemporary Research, Theory, and Practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 32-55.
- Sherman, M.D. (2003). The Support and Family Education (SAFE) Program: Mental Health Facts for Families. [http:// Psychservices.psychiatryonline.org](http://Psychservices.psychiatryonline.org). 54(1): 35-37.
- Shives L.R., & Isaacs A. (2002). **Basic Concept of Psychiatric- Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott.
- Silverstein S.M. and others. (2006). Behavioral Rehabilitation of the "Treatment-Refractory" Schizophrenia Patient: Conceptual Foundation, Intervention, and Outcome Data. **Psychological Services**. 3(3): 145-169.
- Stanley S. & Shwetha S. (2006). Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation** 10(2): 113-128.
- Tarrier N. (2005). Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia- A Review of Development, Evidence and Implementation. **Psychother Psychosom**. 74: 136-144.



- Tarrier N., et al.(2004). Cognitive- behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry.** 184: 231-239.
- The University of York. (2000). Effective Health Care: Psychosocial Intervention in Schizophrenia. **NHS Center for Reviews and Dissemination.** 6(3): 1- 8.
- Thomas L. and other. (2005). Development and Pilot Testing of a New Psychosocial Intervention for Older Latinos With Chronic Psychosis. **Schizophrenia Bulletin**
- Videbeck, Sheila L. (2004). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- West P. and Isenberg M. (1997). Instrument Development: The Mental Health- Related Self-Care Agency Scale. **Archives of Psychiatric Nursing.** 11(3): 126-132.
- Womble D.M. (2005). **Introductory Mental Health Nursing.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.147-160.
- Yalom, I.D. (1995). **The theory and practice of group psychology(4<sup>th</sup> ed.).** New York: Basic Books.
- Zheng Li and David Arthur. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China. **British Journal of Psychiatry.** 187:339-345.
- Ziedonis D., Yanos P.T., and Silverstein S.M.. (2007). **Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse prevention.** New Jersey: Elsevier.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |                   |            |   |
|-------------------|------------|---|
| 1. นางเอื้ออารี   | สาธิตา     | พยาบาลวิชาชีพ 7 (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา |
| 2. นางสาวอัญชลี   | ศรีสุพรรณ  | พยาบาลวิชาชีพ 6 สถาบันจิตเวชศาสตร์<br>สมเด็จพระเจ้าพระยา                      |
| 3. นางสาววันเพ็ญ  | แสนสงวน    | พยาบาลวิชาชีพ 6 กลุ่มงานประสาทวิทยา<br>และจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์          |
| 4. อาจารย์พนิดา   | ศรีคชินทร์ | ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและ<br>จิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย         |
| 5. อาจารย์ผ่องศรี | อิมสอน     | คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล<br>สุขภาพจิต วิทยาลัยเซ็นหลุยส์                 |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการวิจัยของคณะกรรมการการวิจัยในคน  
เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างในโครงการวิจัย  
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 289/2008  
IRB No. 088/51

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**  
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

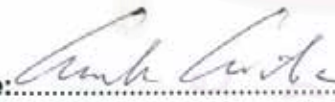
The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, is in full compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

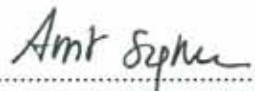
**Study Title** : The effect of integrated psychosocial intervention on self-care behaviors of schizophrenic patients

**Study Code** : -

**Study Center** : Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Mrs.Netda Wongtongmana

Signature:   
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)  
Chairman of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Professor Areerat Suputtitada, M.D.)  
Committee and Secretary of  
The Institutional Review Board

**Date of Approval** : April 29, 2008

**Approval Expire Date** : April 29, 2009

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

**เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างในโครงการวิจัย**  
(Patient Information sheet)

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
<b>ผู้ทำวิจัย</b>	นางเนตดา วงศ์ทองมานะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>ที่อยู่</b>	1873 ตึกธนาคารกรุงเทพชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขต.ปทุมวัน กทม. 10330
<b>เบอร์โทรศัพท์</b>	ที่ทำงาน 0-2256-4121 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-5684-8476
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญญวัชชัย
<b>ที่อยู่</b>	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>เบอร์โทรศัพท์</b>	02-218-9825

**เรียน** ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารนี้อย่างละเอียดเพื่อให้ท่านเข้าใจเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้ให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว และเพื่อนของท่านได้ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยครั้งนี้

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับ

1. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด
2. โปรแกรมจิตสังคมบำบัด มี 6 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหา

**กิจกรรมที่ 2** กลุ่มระดับประคองเพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เน้นการสังเกตกับอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้

ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกิจกรรมที่ 1, 2, 3 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกิจกรรมที่ 4, 5, 6

- ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ถือว่าสิ้นสุดโครงการ

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา และทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อท่านนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมจะส่งผลให้โอกาสกลับมาป่วยซ้ำลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางเนตดา วงศ์ทองมานะ ที่เบอร์ 08-5684-8476 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

### **การปกป้องรักษาข้อมูลของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่น่าไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน



จากการลงนามยินยอมของท่าน หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางเนตดา วงศ์ทองมานะ 1873 ตึกธนาคารกรุงเทพชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขต.ปทุมวัน กทม. 10330

(หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากท่านได้เข้าร่วมโครงการแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้อีก)

### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในโครงการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยโดยไม่ได้รับผลเสียใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตึกอานันท์มิตลชั้น 3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ. ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

**การวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ อ่านรายละเอียดจาก  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ  
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้  
ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ  
ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา  
ของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะ  
เกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอ  
ในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็ม  
ใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุ  
ผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นที่ข้าพเจ้าจะพึง  
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ  
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้อง  
กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม  
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้า  
ร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอ  
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ  
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ  
สามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงาน เพื่อวัตถุประสงค์ทางรักษาพยาบาลเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในเอกสารยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม

(.....)ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....)ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....)ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม**  
(Informed Consent Form)

**การวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท  
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล  
ผู้แทนโดยชอบธรรม) ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้อ่าน  
รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ  
ข้าพเจ้ายินยอมให้นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล  
ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำ  
การวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย  
ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์  
ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอใน  
การซักถาม ข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพ  
เจ้า และผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดัง  
กล่าวผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง  
เหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วม  
วิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับและจะ  
เปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามคณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัว  
ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล  
เท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบ  
ข้อมูลประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอ  
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าและ

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิก การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บ ข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์และการรายงาน ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ ยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

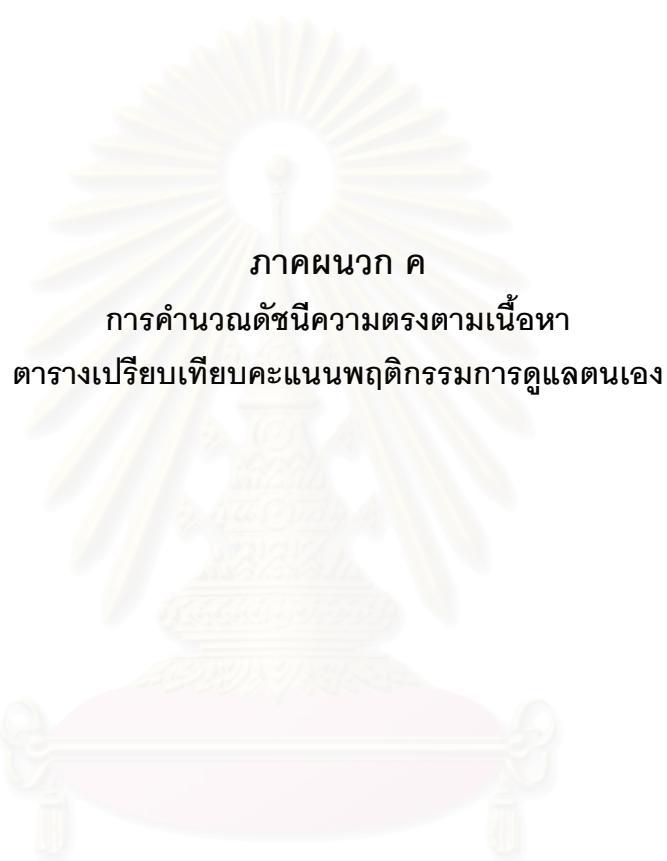
.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม  
(.....)ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง  
ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย.....  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจ เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เข้าร่วมวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสาร แสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....)ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....)ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค  
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา  
ตารางเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

## แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient)

ข้อที่ 1	.6231	ข้อที่ 15	.4304	ข้อที่ 29	.6528
ข้อที่ 2	.7634	ข้อที่ 16	.3340	ข้อที่ 30	.7832
ข้อที่ 3	.4518	ข้อที่ 17	.4428	ข้อที่ 31	.6852
ข้อที่ 4	.7339	ข้อที่ 18	.6400	ข้อที่ 32	.6373
ข้อที่ 5	.6696	ข้อที่ 19	.3866	ข้อที่ 33	.5013
ข้อที่ 6	.3805	ข้อที่ 20	.3688	ข้อที่ 34	.4713
ข้อที่ 7	.4046	ข้อที่ 21	.4938	ข้อที่ 35	.4786
ข้อที่ 8	.5830	ข้อที่ 22	.7216	ข้อที่ 36	.6656
ข้อที่ 9	.2614	ข้อที่ 23	.5249	ข้อที่ 37	.7351
ข้อที่ 10	.5256	ข้อที่ 24	.4887	ข้อที่ 38	.5900
ข้อที่ 11	.7576	ข้อที่ 25	.3155	ข้อที่ 39	.3580
ข้อที่ 12	.7634	ข้อที่ 26	.4729	ข้อที่ 40	.3321
ข้อที่ 13	.7630	ข้อที่ 27	.6894		
ข้อที่ 14	.5847	ข้อที่ 28	.6775		

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 40

Alpha = .9488

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำนวณโดยใช้ สูตรครุเดอริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21 or KR-21)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\bar{X}(n-\bar{X})}{nS^2} \right)$$

$r_{tt}$  = ค่าความสอดคล้องภายใน

$n$  = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งฉบับ

$S^2$  = ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

$$S^2 = \frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}$$

$$r_{tt} = \frac{20}{20-1} \left( 1 - \frac{6.75(20-6.75)}{20(54.09)} \right)$$

$$r_{tt} = .96$$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายบุคคล

คะแนนการดูแลตนเองที่จำเป็น	โดยทั่วไป		ระยะพัฒนาการ		การเบี่ยงเบนสุขภาพ		รวมทุกด้าน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คนที่ 1	57	60	4	7	16	21	78	88
คนที่ 2	58	66	8	8	31	38	102	112
คนที่ 3	74	84	12	12	38	43	129	139
คนที่ 4	54	52	10	10	16	17	81	79
คนที่ 5	71	73	11	15	23	24	106	112
คนที่ 6	73	73	6	6	19	20	99	99
คนที่ 7	47	47	7	7	34	35	89	89
คนที่ 8	61	73	6	6	38	46	109	125
คนที่ 9	63	76	8	8	30	37	106	121
คนที่ 10	72	86	8	13	26	59	110	158
คนที่ 11	72	72	9	9	29	33	114	114
คนที่ 12	63	72	11	11	33	44	112	127
คนที่ 13	76	87	9	12	29	54	118	153
คนที่ 14	79	79	10	10	45	52	139	141
คนที่ 15	80	51	8	5	36	40	128	96
คนที่ 16	79	79	10	10	36	44	130	133
คนที่ 17	72	72	11	11	37	43	125	126
คนที่ 18	76	76	13	13	43	52	136	141
คนที่ 19	78	78	9	9	41	50	133	137
คนที่ 20	78	78	9	9	30	47	122	134

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองแยกเป็นรายบุคคล

คะแนนการดูแลตนเองที่จำเป็น	โดยทั่วไป		ระยะพัฒนาการ		การเบี่ยงเบนสุขภาพ		รวมทุกด้าน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คนที่ 1	47	67	6	11	29	49	82	127
คนที่ 2	47	66	7	10	25	49	79	125
คนที่ 3	55	68	5	9	24	53	84	130
คนที่ 4	69	79	8	9	35	50	112	138
คนที่ 5	55	74	11	12	33	48	99	134
คนที่ 6	53	93	9	14	45	57	107	164
คนที่ 7	60	96	9	16	39	61	108	173
คนที่ 8	61	85	7	11	42	57	110	153
คนที่ 9	62	99	4	14	45	58	111	171
คนที่ 10	66	82	8	9	42	56	116	147
คนที่ 11	59	87	12	13	32	50	103	150
คนที่ 12	67	88	10	13	40	57	117	158
คนที่ 13	78	100	10	16	42	57	130	173
คนที่ 14	66	101	12	16	43	56	121	173
คนที่ 15	71	89	10	14	44	54	125	157
คนที่ 16	88	99	10	14	31	55	129	168
คนที่ 17	89	100	12	14	35	54	130	168
คนที่ 18	78	98	9	14	46	59	133	171
คนที่ 19	79	102	11	16	50	58	140	176
คนที่ 20	81	94	9	12	46	58	136	164



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> อนุปริญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	
5. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> กิจการส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> รับราชการ
<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6. รายได้เฉลี่ย(บาทต่อเดือน)
 

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 8,001-10,000
<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 4,000	<input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000
<input type="checkbox"/> 4,001-8,000	
7. จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช.....
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ต้องการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อ เพื่อให้ท่านพิจารณาว่าท่านมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองระดับใด โดยผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องตามที่ท่านเลือก เมื่อท่านไม่เข้าใจ ผู้ประเมินจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ท่านตอบตรงความจริงมากที่สุดโดย

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

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
<b>การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป</b> 1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ คนสูบบุหรี่ หรือ คนที่เป็นหวัด ไอ จาม เป็นต้น 2. ท่านรับประทานอาหาร..... 3. .... .....					
<b>การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ</b> 23. ท่านมีปัญหาท่านจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ ปรึกษาใคร* 24. เมื่อท่านโกรธท่านจะ..... 25. ....					

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
<b>การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบน ทางด้านสุขภาพ</b>  27. ท่านปรึกษาทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหรือการ รักษาเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ  28. ท่านทำกิจวัตรประจำวัน.....  29. ....  ....  ....  40. ท่านมาตรวจตามที่แพทย์นัด					

ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 40 ข้อ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์  
ตามแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ  
สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการ  
เจ็บป่วย มีลักษณะคำถามให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ เป็น  
ข้อความทางบวก 28 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ ดังนี้ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป  
จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ จำนวน 7 ข้อ ด้านการขับถ่ายและการ  
ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย จำนวน  
4 ข้อ และด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ 2)  
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการ  
เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ

**ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ** มีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอทุกวันหรือ  
ทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-6 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์หรือ  
เกือบทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์หรือบางครั้ง

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1-2 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์  
หรือปฏิบัตินานๆครั้ง

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน  
หรือไม่ปฏิบัติเลย

**เกณฑ์การให้คะแนน** ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

**การแปลความหมายของคะแนน**

การแปลผลคะแนน ทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถาม นำมาแบ่งระดับคะแนนโดยค่า  
พิสัยในการแบ่ง 3 ระดับ (กานดา พูนลาภทวี, 2530 อ้างในจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มีข้อคำถาม 40 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 40-200 คะแนน  
แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

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

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านแบ่ง 3 ระดับดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปจำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นระดับดังนี้

22-51	คะแนน	หมายถึงพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ในระดับต่ำ
-------	-------	--

52-81 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ในระดับปานกลาง

82-110 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ในระดับสูง

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแยกเป็นรายด้านประกอบด้วย

1.1. **ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ** ซึ่งมีข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 7-35 แบ่งเป็นระดับดังนี้

7-16 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร และ น้ำในระดับต่ำ

17-26 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร และ น้ำในระดับปานกลาง

27-35 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร และ น้ำในระดับสูง

1.2. **ด้านการขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล** ซึ่งมีข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่า คะแนนระหว่าง 7-35 แบ่งเป็นระดับดังนี้

7-16 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในระดับต่ำ

17-26 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในระดับปานกลาง

27-35 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในระดับสูง

1.3. **ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย** ซึ่งมีข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 4-20 แบ่งเป็นระดับดังนี้

4-9 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายในระดับต่ำ

10-15 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

16-20 คะแนน หมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายในระดับสูง



1.4. ด้านการรักษาสมดุระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น  
ซึ่งมีข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 4-20 แบ่งเป็นระดับดังนี้

- |       |       |   |
|-------|-------|---|
| 4-9   | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่นในระดับต่ำ     |
| 10-15 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่นในระดับปานกลาง |
| 16-20 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ผู้อื่นในระดับสูง     |

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งมีข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 4-20 แบ่งเป็นระดับดังนี้

- |       |       |   |
|-------|-------|---|
| 4-9   | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในระดับต่ำ     |
| 10-15 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในระดับปานกลาง |
| 16-20 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในระดับสูง     |

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 14-70 แบ่งเป็นระดับดังนี้

- |       |       |  |
|-------|-------|--|
| 14-32 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพในระดับต่ำ     |
| 33-51 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพในระดับปานกลาง |
| 52-70 | คะแนน | หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพในระดับสูง     |

**แบบทดสอบความรู้โรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**  
**(เครื่องมือกำกับการทดลอง)**

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้และมีอารมณ์ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป	.....	.....
2. สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากความเครียดเพียงอย่างเดียว	.....	.....
3. โรคจิตเภท.....	.....	.....
4. คนที่เป็นโรคจิตเภท.....	.....	.....
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมี.....	.....	.....
6. โรคจิตเภทเมื่อกินยา.....	.....	.....
7. ยารักษาโรคจิต .....	.....	.....
8. ไม่ควรรับประทานยา.....	.....	.....
9. ขณะใช้ยาไม่ควรดื่มเครื่องดื่ม.....	.....	.....
10. เมื่อมีอาการปากแห้ง .....	.....	.....
11. ยารักษาโรคจิตมีผลข้างเคียง.....	.....	.....
12. เมื่อนอนไม่หลับ.....	.....	.....
13. เมื่อเริ่มมีอาการหงุดหงิด .....	.....	.....
14. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ.....	.....	.....
15. การป้องกันอาการกำเริบ.....	.....	.....
16. ขณะอยู่บ้านไม่ควร.....	.....	.....
17. ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	.....	.....
18. การอยู่ร่วมหรือพบปะ.....	.....	.....
19. การหลีกเลี่ยง.....	.....	.....
20. เมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น.....	.....	.....

## แบบประเมินอาการทางจิต

### BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่.....

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ      1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง      2 = มีอาการเล็กน้อย  
 3 = อาการปานกลาง      4 = อาการค่อนข้างรุนแรง      5 = อาการรุนแรง  
 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทาง กายหรือไม่							
2. Anxiety(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal(Rateตามความเห็น ผู้ตรวจ) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยา โต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization(Rate ตาม ความเห็นผู้ตรวจ)ความคิดสับสนไม่เป็น เรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing(Rate ตามความเห็น ผู้ตรวจ)พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดจากคนปกติ							
8. Grandiosity(Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) ท่าที่ หยิ่งยโส ยึดความคิดเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่ง ผิดจากคนอื่น							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
9. Depressive mood(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ ลึกลับหรือไม่มี							
10. Hostility(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น) - ความรู้สึกและท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ดูถูกคนอื่น							
11. Suspiciousness(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Hallucination(Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) อาการหูแว่ว(ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation(Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) การพูด การเคลื่อนไหว ชื่องช้า							
14. Uncooperativeness(Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ความคิดแปลก ๆอาการหลงผิด							
16. Blunted affect(Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement(Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) ท่าทีลุกลี้ลุกลอน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

## ตัวอย่างโปรแกรมจิตสังคมบำบัด

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและประเมินสภาพปัญหา (ใช้เวลา 60 นาที)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มเกิดความคุ้นเคยและส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและแนวทางการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม
4. เพื่อประเมินสภาพปัญหาของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มเป็นขั้นตอนที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยความคิดและความรู้สึกต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มเริ่มพบกันในลักษณะคนแปลกหน้า(stranger) ที่ต้องทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน ซึ่งเป็นระยะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้โอกาสและเกิดความไว้วางใจและความรู้สึกผูกพัน ผู้นำกลุ่มใช้บทบาทผู้นำ(Leader) ในการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนให้เกิดการเริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บทบาทผู้ให้คำปรึกษา(Counselor) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกต้องการได้รับการแก้ไขปัญหา บทบาทผู้ให้ข้อมูล(Resources) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ข้อตกลงเบื้องต้นของการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง

### สื่อและอุปกรณ์

- เอกสารประกอบที่ 1,2
- ปากกา/ดินสอ ยางลบ

### กิจกรรม

#### ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก แนะนำตัว บอกชื่อกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทำการรู้จักกัน โดยให้สมาชิกแนะนำตนเองเป็นรายบุคคลและเปิดโอกาสให้สมาชิกอื่นได้ซักถามเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่มเพื่อเป็นข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

### ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้โดยใช้คำถาม “ท่านมีอาการอย่างไร จึงต้องมาอยู่โรงพยาบาลในครั้งนี้” หรือ “ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้”

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วยของสมาชิกและเชื่อมโยงมาสู่สาเหตุที่เกิดจากความพร้อมของการดูแลตนเองของสมาชิกในกลุ่ม โดยให้ตัวแทนของสมาชิกกลุ่มเขียนบันทึกความคิดเห็นที่ได้จากการวิเคราะห์ลงในเอกสารประกอบ 1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อ “การดูแลตนเองสำคัญอย่างไร?” โดยให้ทุกคนเขียนความคิดเห็นในใบเอกสารประกอบ 2 ใช้เวลา 5 นาที หลังจากนั้นให้สมาชิกนำข้อคิดที่ได้มาเสนอในกลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากความคิดเห็นของสมาชิกและเชื่อมโยงเข้าสู่โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ขั้นตอน ระยะเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงความคาดหวังว่าอยากได้อะไรบ้างในการร่วมกลุ่มกิจกรรมและแนวทางที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

### ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการทำกลุ่มวันนี้

2. ผู้นำกลุ่มพูดให้กำลังใจและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความหวังว่าตนจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมครั้งต่อไป และปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

1. ประเมินจากอาการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

2. ประเมินจากบรรยากาศของกลุ่มกิจกรรม ที่เกิดความเอื้ออาทร เป็นกันเอง ไร้ความกังวลใจที่จะร่วมเปิดเผยความรู้สึกระหว่างสมาชิกกลุ่ม

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม เกิดความคุ้นเคย ร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม

2. สมาชิกทราบดีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและแนวทางการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและซักถามเมื่อมีข้อสงสัย
3. เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเคารพในความคิดเห็นของคนอื่น ไม่เกิดความขัดแย้งกัน
4. สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเนตดา วงศ์ทองมานะ เกิดเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2537 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 กลุ่มงานการพยาบาล แผนกประสาทวิทยา และจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย