

ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มี
พฤติกรรมรุนแรง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT ON MEDICATION ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC
PATIENTS WITH VIOLENCE BEHAVIORS



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
โดย น.ส.อรุณกมล ทราบรัมย์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน)
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

อรุณกมล ทราบรัมย์ : ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. (THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT ON
 MEDICATION ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENCE BEHAVIORS) อ.
 ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มี
 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
 การรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง
 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และมี
 คุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และผู้ดูแลครอบครัวละ 1 คน ซึ่งได้รับการจับคู่ อายุและเพศแล้วสุ่มเข้ากลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวซึ่ง
 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว 2) แบบสอบถาม
 ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 4) แบบวัด
 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิง
 เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์เท่ากับ .85 และ .89
 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงดีกว่าก่อนได้รับ
 โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
 การสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077352336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: FAMILY SUPPORT, MEDICATION ADHERENCE, SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENCE

Aroonkamole Sarbrum : THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT ON MEDICATION ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENCE BEHAVIORS. Advisor: Asst. Prof. RATCHANEKORN UPASEN, Ph.D.

The quasi-experimental research which was conducted as pretest-posttest control group design, aimed; 1) to compare behaviors of medication adherence in Schizophrenic patients with violence before and after receiving a family support program, and 2) to compare medication adherence between the groups receiving the family support program and regular nursing care. The sample group was schizophrenic patients with violence who came to receive services at the inpatient department, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. They were 40 qualified patients coming along with 1 caregiver from each family. They were matched in terms of age and gender before they were randomly assigned to an experimental and control group of 20 participants each. The experimental group received a family support program in which the researcher developed the program based on House's concept of social support (1981), whereas the control group received regular nursing care. The research instruments included 1) Family Support Program, 2) Personal Data Questionnaire, 3) Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS, 4) Medication Adherence Scale, and 5) Social Support Scale; all of which have passed the content validity test from 5 experts with the alpha-Cronbrach reliability coefficient of .85 and .89, respectively. The data were subsequently analyzed using means, a standard deviation, and t-test statistics. The results of the research could be summarized as follows.

1. The behavior of schizophrenic patients with violence in medication adherence was .05 statistically significant and was shown to be higher than before receiving the family support program.

2. The schizophrenic patients with violence who were in the family support program group was shown to be .05 statistically significant in medication adherence, higher than its counterpart.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จาก อาจารย์ ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัยที่กรุณา ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบ ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และ คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกใน การเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการศึกษาค้นคว้าที่ได้ให้ข้อมูล และมีส่วนร่วม ให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอรำลึกถึงพระคุณบิดา มารดาและสมาชิกครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในครั้งนี้

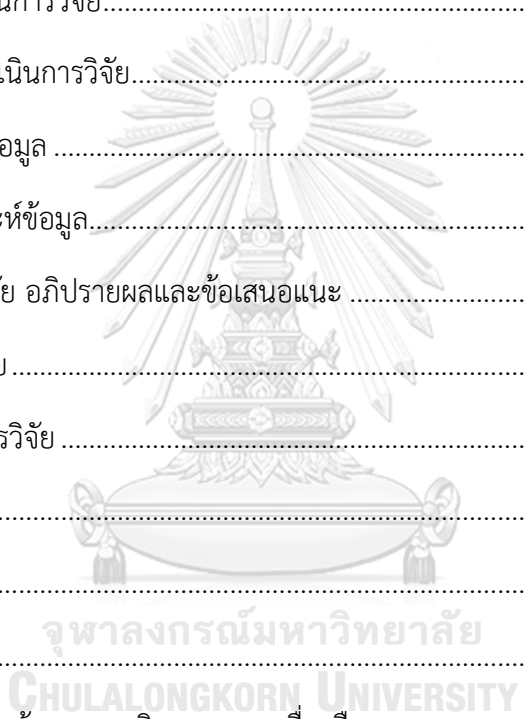
สุดท้ายนี้คุณค่าและผลลัพธ์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวทุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

อรุณกมล ทราบรัมย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 สมมติฐานการวิจัย	9
1.6 ขอบเขตการวิจัย	9
1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
1.8 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	14
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	24
2.3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง.....	32
2.4 แนวคิดครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	50
2.5 แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม	57
2.6 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว.....	64

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	70
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
3.1 ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	74
3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	75
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	76
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	84
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	114
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	122
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	122
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	128
บรรณานุกรม.....	130
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	141
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่ม ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	167
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	177
ประวัติผู้เขียน.....	198



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981).....	67
ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว.....	85
ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	104
ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว.....	107
ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองรายบุคคล	110
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	112
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	113
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว (n=20).....	175
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว Z= (n=20) แยกตามรายด้าน.....	176

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีลักษณะอาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านความจำและอาการด้านอารมณ์ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โรคจิตเภทเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยสมควร (Murray, Lopez, & Organization, 1996) โดยพบการป่วยครั้งแรกตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากที่สุด (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) รายงานองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลกและคิดเป็นร้อยละ 14 ของภาระโรคทั่วโลก (World Health Organization, 2019) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 ความชุกปัจจุบัน พบร้อยละ 0.6 (ปทานนท์ ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) สัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 อุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้ง 2 เพศ คือช่วงอายุ 15-24 ปี ระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากรายงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2562-2564 พบผู้ป่วยจิตเภท 273,817 คน 283,065 คน และ 284,273 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2564) จากสถิติการให้บริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกจำนวน 26,039 ราย 23,989 และ 21,134 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2564) โรคจิตเภทมักเรื้อรังและมีโอกาสกำเริบเป็นช่วง ช่วงที่อาการดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักหยุดยาเองทำให้อาการกำเริบ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยพบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางจิตกำเริบถึงร้อยละ 40.2 (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

โรคจิตเภทมักถูกมองว่าเป็นความรุนแรง (violence) (Wehring & Carpenter, 2011) ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-10 เท่า (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) โดยมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 24.6 (32 คน จาก 130 คน) (เวนิช บุราชรินทร์, 2554) กรมสุขภาพจิตได้ทำการรวบรวมสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวนสะสม 13,194 ราย พบเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0-F20.9) มากถึง 4,915 ราย (ร้อยละ 37.26) และเมื่อจำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภทพบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนมากที่สุด จำนวน 2,413 คน (ร้อยละ 49.09) รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มี

ประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 1,631 คน (ร้อยละ 33.19) (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากการศึกษาของปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงเจริญ (2556) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นด้านจิตใจอารมณ์ ร้อยละ 39.2 ด้านการเงินและทรัพย์สินร้อยละ 24.5 ด้านร่างกายร้อยละ 17.7 และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 13.7 โดยลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นตวาด ดุด่าด้วยคำหยาบคาย เสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู ปิดเปิดประตูด้วยเสียงดัง ร้อยละ 20.6 แข่งตำหนิแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายร้อยละ 19.6

ส่วนในญี่ปุ่นเองพบพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำต่อสมาชิกในครอบครัวตลอดชั่วอายุขัยอยู่ที่ร้อยละ 60.9 อัตราสมาชิกในครอบครัวที่ถูกกระทำตลอดชั่วอายุขัยตามลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุดเป็นมารดา ร้อยละ 51.0 บิดา ร้อยละ 47.0 น้องสาว ร้อยละ 30.7 คู่สมรส ร้อยละ 23.8 น้องชาย ร้อยละ 19.5 พี่สาว ร้อยละ 18.2 พี่ชายและที่ไม่ใช่เด็ก ร้อยละ 17.1 (Kageyama et al., 2015) และจากบันทึกอาชญากรรมพบประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีการกระทำรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัว สถานพยาบาล ตำรวจ และในเรือนจำ โดยพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกในด้านอาการไม่เป็นมิตร คุกคามทางวาจาและทางกายต่อคนใกล้ชิด (Wehring & Carpenter, 2011)

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเป็นลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวต่อมนุษย์ ตามแนวคิดของ Yudofsky et al (1986) ซึ่งแสดงออกใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ได้แก่ การพูดตำหนิ ตีเตียนการวิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ชู ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนด่า 2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ หยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง หรือการจุดไฟเผาตนเอง การตีขม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้น หรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น 3) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ได้แก่ การทะเลาะวิวาท และละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ และ 4) พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของ เครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (violence) ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 45,533 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenic patients) ถึง 39,995 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 โดยปัจจัยเสี่ยงหนึ่งมาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (p-value < 0.05) (Wehring & Carpenter, 2011; Wu et al., 2018) ซึ่งการรักษาอาการทางจิตเป็นปัจจัยที่มีประสิทธิภาพ แต่พบปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือ ซึ่งการใช้ยาซึ่งการใช้ยาชนิดที่มีข้อจำกัดที่ต่างจากรักษาอาการทางจิตชนิดรับประทาน (Wehring & Carpenter, 2011) การศึกษาปัจจัยคัดสรร

ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ เวนิช บุราชรินทร์ (2554) พบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน $rpb = -.326, p < 0.01$ และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($rpb = .376, p < 0.01$) พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ($rpb = .046$) โดยลักษณะความรุนแรงจะเป็นการกระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของร้อยละ 84.8 (ศิริพรรณ ธนันชัย, 2559) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้การเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเป็นเป้าหมายหนึ่งของกรมสุขภาพจิต เป้าหมายที่สำคัญคือลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ลดการกลับเป็นซ้ำเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดตราบาปให้กับสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2556) จากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 1,646 คน พบว่ามีสาเหตุจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาถึงร้อยละ 58.6 และในการสำรวจผู้ป่วยจิตเภท 876 คนพบรายงานความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 57.5 (Shuler, 2014) จากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งชาติในสหรัฐอเมริกาในปี 2005 ประมาณ 1,500 ล้านบาทต่อปี (Haddad, Brain & Scott, 2014) และในประเทศอังกฤษพบว่าค่าใช้จ่ายรายปีของผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 400 ล้านบาทจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท (Farooq & Choudry, 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ (วัชรินทร์ วุฒิเจริญฤทธิ์, 2560; Haddad, Brain & Scott, 2014) โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยอายุ เพศ อาการทางจิต การใช้สารเสพติด และการตระหนักรู้การเจ็บป่วย (lack of awareness of illness) (Ljungdahl, 2017) หรือปฏิเสธการเจ็บป่วย (denial of illness) (Shuler, 2014) ในด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นครอบครัวพบว่าผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 30-85 มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว (De Suasa et al, 2012) การขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา (Shuler, 2014) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามีค่าคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($p < 0.001$) (นพวรรณ เอกสุริพงษ์, 2549) ผู้ป่วยที่มีครอบครัวสนับสนุนทำให้การรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการทางจิตดีขึ้น (Glick, Stekoll & Hays, 2011) ซึ่งพบว่าทัศนคติทางลบของครอบครัวมีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 88.90 (8.34) (Rahmani et al., 2015) การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ($Beta = -.153$)

จากงานศึกษาของ Tham et al. (2016) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ศูนย์สุขภาพจิตในประเทศสิงคโปร์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบ การสนับสนุนจากเครือญาติมากที่สุด ($n=79,85.90\%$) จากงานวิจัยของ Rabinovith et al. (2013) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 82 คน โดยติดตามเป็นรายเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์รายเดือนระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ใน 4 จาก 7 จุดเวลาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน มีความสัมพันธ์กันเล็กน้อยระหว่างเปอร์เซ็นต์ของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับการสนับสนุนครอบครัวโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการศึกษาโดยส่วนใหญ่เป็นบุคคลครอบครัว Hassan and Zaki (2018) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ($r=0.917, p \leq 0.001$) Sirijit Suttajit and Sutrak Pilukanta (2010) ได้ทำการศึกษาภาคตัดขวาง ผลของภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไทยจำนวน 75 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 9.3 อยู่ลำพัง ร้อยละ 13.3 พบเจอญาติน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 10.7 ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 9.3 รู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวไม่ใส่ใจ ร้อยละ 12 เคยประสบกับอารมณ์เสียในความสัมพันธ์กับเครือญาติ ร้อยละ 9.3 รู้สึกไม่พอใจกับการสนับสนุนที่ได้รับจากญาติ ๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคือการอยู่ลำพัง ($OR=21.8, CI 3.5-143.0$) กับความไม่พอใจการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว ($OR=10.0, CI 1.9-53.1$) Ramirez Garcia et al (2006) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเม็กซิกันอเมริกัน พบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการใช้ยาได้อย่างดี ($OR=4.8$) ดังนั้นในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางจิต การตระหนักรู้การเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอาการทางจิตลดลง และมีการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

ในปัจจุบันพบว่ามี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์โกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด (พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว, 2562) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกรมสุขภาพจิตได้นำ

การจัดการรายกรณี และการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ให้การดูแลตั้งแต่ในระบบโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อติดตามและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำ ไม่ให้ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2561) ส่วนในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท (อรวรรณ ช้องต้อง, 2550) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (ยุภาพร มีหนองหว้า, 2552) การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (ชุตินา ทองอยู่, 2557) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) การให้คำปรึกษาครอบครัวและการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (งรบ เทียนสันต์, 2556) การใช้สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ (รฐานุช โพธิ์งาม, 2554) ซึ่งโดยส่วนใหญ่จัดกระทำในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นผู้ป่วย เป็นหลัก มีเพียงบางการศึกษาที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแต่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำปรึกษาครอบครัวมิได้เน้นที่การให้การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำครอบครัวมามีส่วนสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจ การป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง โดยหากจำเป็นต้องมีการผูกมัดอยู่ห้องจำกัดพฤติกรรม การให้ยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การดูแลรักษาในรายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลหลังพฤติกรรมรุนแรงสงบลง โดยการให้การบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม รายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ซึ่งการพยาบาลจะไม่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภททั่วไปและยังขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิดของ House (1981) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีขึ้นหรือไม่
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดในผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำสาเหตุหนึ่งมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Wehring & Carpenter, 2011; Wu et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงปฏิเสธการเจ็บป่วย (denial of illness) ขาดการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัว (lack of social or family support) (Shuler, 2014) อาการทางจิตและการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย (lack of awareness of illness) (Ljungdahl, 2017) ในการวิจัยนี้จึงมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยด้านผู้ป่วยในด้านการปฏิเสธการเจ็บป่วย และร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Tham et al., 2016) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (Glick, Stekoll & Hays, 2011) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงขึ้น (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, 2557) ผู้วิจัยจึงนำแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยหลักการสำคัญคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การให้ความ

พอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำ (suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 4) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (instrumental support and social interaction) คือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยจัดกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยใน เป็นรายครอบครัว โดยแบ่งเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาทีโดยดำเนินกิจกรรม 1 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่ พุดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกันโดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ระบายความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเจ็บป่วยทางจิต และช่วยให้ครอบครัวได้ช่วยพูดลดความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความรู้สึก อารมณ์ที่เกิดขึ้นและให้ครอบครัวช่วยสรุปสาระและทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรม กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตัวเอง ตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเองเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้รับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อเนื่อง

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะ และพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต อาการนำ โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเรื่อง โรคจิตเภท การรับประทานยา รักษาอาการทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยจะตั้งสถานการณ์ว่าถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่รับประทานยา สมาชิกครอบครัวจะทำอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปและให้ข้อเสนอแนะและวิธีการจัดการ เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ

ในโรคจิตเภทเกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับ ประทานยา ทำให้อาการทางจิตลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา

3. การสนับสนุนด้านการประเมินศักยภาพตนเอง (appraisal support) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง โดยการเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้สถานการณ์นั้น ๆ พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น มีอาการ ตัวแข็ง ไม่สุขสบายจากการใช้ยาจะอย่างไร เพื่อประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวรับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถในการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประทานยา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์เพื่อให้อาการทางจิตลดลง

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการให้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไข โดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือหากเกิดอาการข้างเคียงจากยามีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมกับตน และฝึกการแก้ไขปัญหาโดยการให้เหตุผล การสื่อสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยการให้เหตุผลส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ กินยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (instrumental support and social interaction) คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5 โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้สมาชิกครอบครัว

สอบถามสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาเมื่ออาการกำเริบ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การมาก่อนนัด ให้ข้อมูลแหล่งที่จะช่วยผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ข้อดีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะมีสถานการณ์ว่าหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ แยกตัว หงุดหงิดมีพฤติกรรมรุนแรงครอบครัวจะทำอย่างไร ขอความช่วยเหลือ หรือคำปรึกษาได้จากที่ไหนบ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปช่องทางในการในการพาผู้ป่วยมาก่อนนัด หรือการไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน โทรศัพท์สถานที่สำคัญเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่าง ๆ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จะทำให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการและสามารถพาผู้ป่วยไปรักษาได้ทันที่ กิจกรรمدังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเองและการสนับสนุนจากในครอบครัวและแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยรับภาระอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดใช้ยาเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัว ทบทวนความรู้ที่ได้รับมาตั้งแต่เริ่มกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้จากกิจกรรมครั้งนี้ สรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติมา จากนั้นประเมินผลการร่วมกิจกรรม แจกสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน และยุติกิจกรรม นัดหมายติดตาม อีก 1 เดือน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษามีวิธีการดูแลต่อเนื่องส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาต่อเนื่อง

1.5 สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และมาด้วยพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในและครอบครัว โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มาด้วยพฤติกรรมรุนแรงและรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวละ 1 คน

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตซึ่งวัดจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตคือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตทราบได้อย่างถูกต้อง

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัว มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ดำเนินสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว และให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภท และการรักษาเปิดโอกาสให้เล่าถึงข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต การสังเกตอาการเตือน ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการให้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไข โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยช่วยเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ค้นหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาก่อนนัด สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อมีอาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 6 สรุปบทวนความรู้และการประเมินผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยน ประสพการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ ประเมินผลการร่วมกิจกรรม จากนั้นแจกลีขื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน และยุติกิจกรรมนัดหมายติดตามเยี่ยม อีก 1 เดือนเพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังจากผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวไปปรับใช้ตามบริบทของตนเอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับเมื่อเข้าการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การประเมินพฤติกรรมรุนแรงและการให้ยาฉีด การให้ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรมเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD -10) และมารับบริการแบบผู้ป่วยในด้วยมีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไปถึงระดับรุนแรง ตามแนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al (1986) ซึ่งจะมีกรแสดงออกถึงพฤติกรรมรุนแรงใน 4 ลักษณะ ได้แก่

- 1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ได้แก่ การพูดตำหนิติเตียน การวิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้ายส่งเสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนด่า
- 2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ หยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเองหรือการจุดไฟเผาตนเอง การตีขม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้น หรือ วิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น
- 3) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ได้แก่ การทะเลาะวิวาท และละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ
- 4) พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

1.8 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นและเป็นการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการบริการสำหรับพยาบาลจิตเวชในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดและความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
4. แนวคิดครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 4.1 ความหมายของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 4.2 ความหมายผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

5. การสนับสนุนของครอบครัว
 - 5.1 ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนของครอบครัว
 - 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนของครอบครัว
 - 5.3 บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนของครอบครัว
6. โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท ได้มีผู้ให้ความหมายโรคจิตเภท (schizophrenia) ไว้ดังนี้ Sadock & Sadock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการผิดปกติของความคิดและคำพูด อาการผิดปกติของพฤติกรรม และอาการทางลบ (negative symptoms) ได้แก่ การแสดงอารมณ์เรียบเฉย การพูดน้อยหรือไม่พูดเลย การขาดความสนใจในทุกกิจกรรม อาการขาดความสุข และอาการขาดความตั้งใจ ซึ่งถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (cognitive impairment)

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

มาโนช หล่อตระกูล (2558) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างโดยมีอาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านความจำและอาการด้านอารมณ์

สรุปล โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะความผิดปกติที่แสดงออกทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการผิดปกติของความคิดและคำพูด อาการผิดปกติของพฤติกรรม การแสดงอารมณ์เรียบเฉย การพูดน้อยหรือไม่พูดเลย การขาดความสนใจในทุกกิจกรรม อาการขาดความสุข และอาการขาดความตั้งใจ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกายหรือโรคทางสมอง

2.1.2 สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคจิตเภท (มานุษ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

2.1.2.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ ประชากรทั่วไปความเสี่ยง ร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วยความเสี่ยง ร้อยละ 9 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยความเสี่ยง ร้อยละ 13 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) ความเสี่ยงร้อยละ 17 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) ความเสี่ยง ร้อยละ 48 โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่าง ๆ ในระบบประสาท ยีนที่สำคัญ ได้แก่ dysbindin (หรือ dystrobrevin binding protein 1), neuregulin 1 (NRG1) และ disrupted in schizophrenia 1 (DISC-1)

2.1.2.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคนี้นั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) สารส่งผ่านประสาทอีกชนิดหนึ่ง คือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin ในระยะหลังพบว่าสารส่งผ่านประสาท glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้อง กับความผิดปกติของโรคจิตเภทโดยพบว่าการทำหน้าที่ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate ลดลงสภาพสมดุลระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และระบบ GABA inhibitory จะเสียไปทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับมี neuro-plasticity บกพร่องไป

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ พบว่าการมี ventricle โตกว่าปกติจะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้าน cognition

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction แนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมอง

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมอง หลากๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

2.1.2.2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1.2.2.1 ปัจจุบันเชื่อว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคพบว่ ครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion, EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

2.1.2.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำกว่าเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้ คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

ปัจจุบันแนวคิดที่ยอมรับกันคือ stress-diathesis model ซึ่งหมายถึง การเกิดโรคขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของภาวะเครียด (stress) ซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงระดับ stress ที่ไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ในทางตรงข้าม หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มี การมี stress ที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้สรุปได้ว่า stress-diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

ลักษณะอาการทางคลินิก (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ disorganization dimension ได้แก่ disorganized thinking and behavior อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) และอาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว เช่น ข่าวใน โทรทัศน์มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) อาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง ได้แก่ somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น

อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยจะเป็น auditory hallucination ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกัน เรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการด้าน disorganized ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่ กักร่องกับรอยทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 นั้นอาการด้านบวกโดยเฉพาะอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีความสำคัญมากเนื่องจาก

มีความจำเพาะต่อการบ่งว่าเป็นโรคจิตสูง ส่วนอาการด้าน disorganization ที่มีความสำคัญพอ ๆ กันกับอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้แก่ อาการ disorganized thinking

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) อาการด้านลบประกอบด้วยอาการต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วอาการที่เด่นในโรคจิตเภท ได้แก่ affective flattening และ avolition อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะเวลาหลังของโรคซึ่งผู้ป่วย หละหลวมจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งเฉย ๆ ไม่ทำอะไรไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลงมากอาการกลุ่มนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี

3. กลุ่มอาการด้าน cognitive (cognitive symptoms) ผู้ป่วยมีอาการ cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความ สิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไปมีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราว เพื่อใช้งาน (working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการ cognitive dysfunction เป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (prodromal phase) แย่งขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก จากนั้นจะค่อนข้างคงที่อยู่ตลอดแม้ผู้ป่วยจะหละหลวมจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอนแล้วซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) อาการด้านอารมณ์ เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์ คึกคักแบบ mania อย่างไรก็ตามอารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัดและเป็นไม่นานนักเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการด้านบวกบ้างแล้ว อาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (post-schizophrenic depression) โดยรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยนี้ของตนเองรู้สึกหมดหวังกับอนาคต

5. อาการอื่น ๆ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) ทำให้ไม่ยอมรักษา แม้อาการจะกำเริบหลาย ๆ ครั้งแล้วก็ตาม บางคนมีอาการ social cognition deficit ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกกว่าคนอื่นคิดอะไร ต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวโยงเป็นเรื่องราวหรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง อาจพบ neurological soft sign ในผู้ป่วย เช่น มีความบกพร่องของ motor coordination, sensory integration และ motor sequencing ของการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และมีความ ผิดปกติของ smooth pursuit eye movement เป็นต้น

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยแรก ๆ อาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อย ๆ แยกตัวไม่เข้าสังคม สนใจดูแลตัวเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการ ด้านบวก แบบน้อย ๆ (attenuated positive symptoms) เช่น เชื่อเรื่องโชคลาง ไสยศาสตร์ มีการใช้คำ หรือสำนวนแปลก ๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ อาจออกดูระวางแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการ ด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวลหงุดหงิดการแสดงออกของอารมณ์ลดลงหรือไม่เหมาะสม และอาการ ด้าน cognitive เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย working memory ลดลง ผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปไม่เหมือน คนเดิมระยะเวลาอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ ๆ จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ก่อนอาการกำเริบระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ข้อ A ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถ ปรับตัวต่อไปได้อีกจึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา ช่วงวัยที่เริ่มมีอาการในเพศชายคือช่วงอายุ 20 ต้น ๆ ไปจนถึงกลาง ๆ ส่วนเพศหญิง จะเริ่มในช่วงอายุ 20 ปลาย ๆ ในการป่วยครั้งแรก ผู้ป่วย อาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นาน ประมาณ 6 เดือนแล้วอาการจึงเริ่มทุเลา โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบาง คนไม่มีอาการเลย ขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการหลงเหลือเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น ดึงเครียด วิตกกังวล และมีปัญหาการนอนช่วงที่อาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเอง และอีกไม่นานก็ อาการกำเริบอีก การป่วยในครั้งหลัง ๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้ง แรก อาการมักยังหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 การกลับกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นพัก ๆ ช่วง 5 ปีแรก ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง โดยภาพรวมระยะนี้ผู้ป่วยจะค่อย ๆ แย่ลง (deterioration) ระยะเวลาช่วงนี้นาน ประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นระยะสำคัญ (critical period)

ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic/residual phase) ในระยะนี้ ระดับอาการและ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะคงที่ ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อย ๆ ลดลง

ตามอายุที่มากขึ้นแม้จะมีอาการด้านบวกอยู่บ้างก็ยังมีผลต่อผู้ป่วยมาก เหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบันผลลัพธ์ระยะยาวของโรคพบได้แตกต่างกันมากตั้งแต่โรคทุเลาเหลืออาการน้อยมากไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนไม่สามารถทำอะไรได้ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ไม่มีอาการอีกเลย แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบ เป็นพักๆ สลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่าง ๆ และ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ที่มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง

2.1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันมีอยู่ 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. disorganized speech
4. grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
5. อาการด้านลบ (negative symptoms)

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือ การดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจ รวมถึง prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการ แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆ หรือมีการ รับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือสารเสพติด

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556) ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่ได้บ่อยที่สุด โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคมักจะดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดอื่น ๆ

2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิก (hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบเฉื่อยท้อหรือปฏิเสธต่อต้าน

4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้ จะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่น ๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post-schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สู้สิ่งกับใคร

7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อย ๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8. โรคจิตเภทชนิดอื่น ๆ (other schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทไม่เข้าเกณฑ์ใดๆ ที่กล่าวมา

9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) โรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

2.1.4 การรักษา (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.1.4.1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและมีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย ประมาณ 3-6 สัปดาห์

2.1.4.2. การรักษาด้วยยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การลดอาการโรคจิตลง ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นขนานแรกได้แก่ haloperidol หรือ risperidone ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่เคยรักษามาก่อนมา มักตอบสนองต่อยาขนาดต่ำและจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่รุนแรงจึงควรเริ่มยาขนาดต่ำ เช่น haloperidol 2-4 มก./วันแล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาทุกสัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจคงยาไว้แค่ 4 มก./วัน ซึ่งพบว่าเป็นขนาดที่เพียงพอในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก ผู้ป่วยที่ใช้ haloperidol ขนาดประมาณ 4-6 มก./วันร่วมกับ trihexyphenidyl แล้วมีอาการ extrapyramidal side effects (EPS) ควรเปลี่ยนยาเป็น risperidone ขนาด 4 มก./วัน ผู้ป่วยที่มีอาการมากหรือผู้ป่วยเก่าที่อาการกำเริบอาจให้ haloperidol ขนาด 10 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก.กินวันละ 3-4 เวลาาร่วมไปด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา โดยทั่วไปจะให้ haloperidol ขนาดไม่เกิน 15 มก./วัน ในภาพรวมพบว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีอาการสงบ (remission) ใน 3-4 เดือนแรกของการรักษา

2.1.4.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) ระยะนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยารักษาโรคจิตขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาอาจทำให้อาการกำเริบได้ หากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาอาจต้องปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยาเพื่อลดอาการข้างเคียง เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาได้

2.1.4.2.3 ระยะคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ผู้ที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้น มักต้องการหยุดการรักษา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ไม่กินยาต่อมีโอกาสกำเริบภายใน 1 ปีหลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 โดยทั่วไปจึงแนะนำให้หลังจากหายแล้วผู้ป่วยยังต้องกินยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ปีครึ่งถึง 2 ปี แล้วจึงพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่ หากจะหยุดยาต้องลดยาลงช้า ๆ ใช้เวลาเป็นเดือน ๆ และยังคงนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการอยู่ให้คำแนะนำญาติให้สังเกตอาการ เริ่มต้นของการกำเริบ ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยาหลัง 1-2 ปีแล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อยโดยเป็นกลุ่มที่อาการไม่รุนแรงหายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนาน อย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต ช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่เรายังคงต้องให้ยาต่อเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ โรคที่ไม่ดีการควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้วจะค่อย ๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน แต่ไม่ควรต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของขนาดที่ใช้ในระยะเฉียบพลัน ในบางตำราระบุว่าขนาดยาต่ำสุดที่ยังได้ผล

ในการรักษาได้แก่ haloperidol ชนิดกิน 2.5-3 มก./วัน หรือชนิดฉีดระยะยาว (haloperidol decanoate) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 50 มก.ทุก 4 สัปดาห์

2.1.4.3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีกว่าการรักษาด้วยยา ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

2.1.4.4. การรักษาด้านจิตสังคม มีสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อ ปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือคำปรึกษาครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเองคิดว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกินไปเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่าง โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการคิดแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่าง ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมบางอย่างเท่าที่พอช่วยได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2.1.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

2.1.5.1 การปฏิบัติการพยาบาลตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 3 ระยะ ดังนี้

2.1.5.1.1 ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ (acute phase) ในระยะที่อยู่
ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาทางจิต การสื่อสารตรงไปตรงมา พร้อมให้

ความช่วยเหลือการจำกัดพฤติกรรมและมีการประเมินผลอาการทางจิตและผลของยารักษาอาการทางจิตที่ได้รับ ซึ่งเป็นการควบคุมอาการที่รุนแรง

2.1.5.2.2 ระยะเวลาคงสภาพ (stabilization phase) พยาบาลจะต้องมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษา แนะนำหรือให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องยาและผลข้างเคียง การดูแลควบคุมอาการตนเอง และชี้ให้เห็นถึงอาการที่แสดงว่าจะเกิดการกำเริบของโรค มีการให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ รวมถึงให้การช่วยเหลือบำบัด เช่น สัมพันธภาพบำบัด นิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

2.1.5.1.3. ระยะมีเสถียรภาพ หรือระยะส่งเสริมสุขภาพ (stable หรือ maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การพัฒนาทักษะทางสังคมการดูแลตนเอง การรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ การทำงานการมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ในชีวิตและการปรับปรุงตัว การช่วยเหลือผู้ป่วยจะลงรายละเอียดในการสอน แนะนำและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังคงต้องการที่จะดูแลสุขภาพตัวเอง ปรับปรุงตนเองตัดสินใจรักษาด้วยตนเอง ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย จะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งมั่นใจ เชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหาร้าย ๆ ที่เข้ามาในชีวิตและจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งการส่งเสริมให้เป็นคนที่มี ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self- efficacy) เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) แก่ผู้ป่วยในการในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

2.1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีหลักการดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

2.1.5.2.1. การพยาบาลด้านร่างกาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไป กระตุ้นให้ได้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอาจจะไม่ยอมดื่มน้ำ ไม่ยอมรับประทานอาหาร ทำให้เกิดการขาดสารอาหารและน้ำได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยเพื่อปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง หรือจัดกิจกรรมที่ให้มีการเคลื่อนไหว

2.1.5.2.2. การพยาบาลด้านความคิด คือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วย การสังเกตความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิดจะถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรม พยาบาลจึงควรฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูดและสังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย

2) การส่งเสริมให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก พยาบาลควรให้ความจริงโดยไม่ขัดแย้งต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น อารมณ์ราบเรียบ ใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ หรือ อาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุ พยาบาลต้องมีความเข้าใจ และอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ และเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น สิ่งผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลก ๆ ที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยและ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่เหมาะสม

โดยสรุป ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมที่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

มาโนชน หล่อตระกูล (2548) ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหมายถึงผู้ป่วยที่มีลักษณะคำพูดหรือพฤติกรรมรุนแรง มีท่าทีไม่เป็นมิตร พูดเสียงดัง ใช้ถ้อยคำรุนแรง พูดจาข่มขู่ หน้าตาเคร่งเครียดอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มีโอกาสสูงในการก่ออันตรายต่อผู้อื่น

WHO (1992) กล่าวถึง Serious Mental Illness โดยโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

กรมสุขภาพจิต (2558) ได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเข้าเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีการรุนแรง / ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน
- 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย
- 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) กล่าวว่า ความรุนแรง (Violence) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ การเจตนาใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ เพื่อข่มขู่ต่อตนเอง ผู้อื่น หรือต่อกลุ่มบุคคล หรือชุมชนอื่น ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือเป็นอันตรายต่อจิตใจ หรือมีผลต่อการพัฒนาการหรือการลิดรอนสิทธิผู้อื่น โดยความรุนแรง สามารถเกิดขึ้นได้หลาย

ด้าน เช่น ความรุนแรงต่อตนเอง ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรง ต่อเด็ก ความรุนแรงต่อผู้หญิง และความรุนแรงในสังคม สื่อต่าง ๆ

2.2.2 ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท (Yudofsky et al., 1986)

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงตามแนวคิดของ Yudofsky et al. (1986) โดยพฤติกรรมรุนแรงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการกระทำที่แสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลายของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน 4 ลักษณะดังนี้

2.2.2.1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ชู ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พุดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น พุดจาหายาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดุด่า เป็นต้น

2.2.2.2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดึงเส้นผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การจุดไฟเผาตนเอง การทิ้งตัวลงพื้นหรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2.2.2.3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น ได้แก่ การหาเรื่องวิวาท ทำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด ตี เตะ ผลัก ป้อนน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำลายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

2.2.2.4. พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของ เครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผาสิ่งของ ปิดประตูเสียงดัง เป็นต้น

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) ได้กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภทใน 2 ลักษณะ คือ

1. ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence) คือ การกระทำที่ตั้งใจทำให้ตนเองเกิดบาดเจ็บ ไม่สบาย โดยที่มีความรุนแรงตั้งแต่น้อย เช่น การทำร้ายตนเอง (Self injury) การทำร้ายตนเองจนสูญเสียอวัยวะ (Self-mutilation) จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Committed suicide) นอกจากนี้ ยังเป็นการกระทำที่ทำให้ตนเองเกิดความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. ความรุนแรงต่อผู้อื่น (Interpersonal violence) คือ ความรุนแรงที่กระทำบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น อาจกระทำโดยผู้ที่รู้จักกันหรือไม่รู้จักก็ได้รวมถึงความรุนแรงในครอบครัว เช่น ความรุนแรงต่อเด็ก (Child abuse) ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elderly abuse) ความรุนแรงในชุมชน เช่น การกระทำอาชญากรรม การข่มขืน

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคำพูดหรือพฤติกรรมรุนแรง มีท่าที่ไม่เป็นมิตร พุดเสียงดัง ใช้ถ้อยคำรุนแรง พุดจาข่มขู่ หน้าตาเคร่งเครียด อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มีโอกาสสูงในการก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จนอาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

โดยลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบ่งตามแนวคิด Yudofsky และคณะ (1986) ออกเป็น 4 ลักษณะคือพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง ต่อร่างกายคนอื่นและด้านทำลายสิ่งของ

2.2.3 การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

2.2.3.1. การประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการประเมินเพื่อใช้ในการวางแผนในการดูแลรักษา โดยพิจารณาถึงลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ถึงสาเหตุและความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมความรุนแรง ประเมินความเครียดในปัจจุบัน และประวัติความก้าวร้าวในอดีต

1) ความตั้งใจ (Violent ideation) การวางแผน ความหมายของการกระทำ ความต้องการความช่วยเหลือ

2) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ (Demographics) เพศชาย ก้าวร้าวกว่าเพศหญิง วัยรุ่น อายุ 15 -24 ปี, ฐานะยากจน ขาดการสนับสนุนทางสังคม

3) ประวัติในอดีต (Patient's history) ประวัติความก้าวร้าวในอดีต ประวัติอาชญากรรม การควบคุมอารมณ์ ประวัติการเล่นการพนัน การใช้สารเสพติด การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง วิกลจริต

4) สิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stressors) เช่น ปัญหาคู่สมรส ความสูญเสียในชีวิตจริง

2.2.3.2 การประเมินพฤติกรรมรุนแรงทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีวิธีการในการประเมินหลายรูปแบบแตกต่างกันไป แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้มีดังต่อไปนี้

1) The Brief Psychiatric Scale: BPRS (Overall and Gorham, 1962) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness) ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) ความตึงเครียด (tension) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) การเคลื่อนไหวช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรนำแบบประเมิน The Brief Psychiatric Scale: BPRS มาประยุกต์ใช้ในการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช

2) The Overt Aggression Scale for the Object Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ซึ่งรวมพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ และนำแบบบันทึกนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 3 โรงพยาบาล และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

3) แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (กชพงค์ สารการ, 2542) ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for the Object Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) และถูกดัดแปลงให้เข้ากับประชากรที่ศึกษาลักษณะเป็นแบบบันทึกรายการ (checklist) ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ ในการสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยประเมินตามลักษณะและพฤติกรรมตามที่สังเกตได้

2.2.4 แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Violence Management)

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยประสบการณ์ และการวางแผน การตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์ของผู้รักษาและการทำงานเป็นทีม และการปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล โดย เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) มีแนวทางดังนี้

1. การสนทนา (Interview) ผู้ที่ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง อาจจะทำร้ายผู้อื่น แพทย์หรือ อาจจะทำร้ายตนเอง สิ่งที่สำคัญ ที่สุดคือ การจัดการความเสี่ยง ถ้าผู้ป่วยก้าวร้าวมาก หรือ มีอาวุธร้ายแรง แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ

1.1 ลดความเสี่ยง (Risk reduction) ต้องลดความเสี่ยงของความรุนแรงก่อน เช่น การร้องขอเก็บอาวุธจากผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง พยายามให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องออกจากสถานที่นั้น ระวังท่าทีของตนเอง ว่าอาจจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวยิ่งขึ้นได้ ระวังคำพูดที่อาจจะยั่วให้เกิดอารมณ์โมโหหรือโกรธได้ การเลือกตำแหน่งห้องตรวจ ให้มีทางออกฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ด้วย อย่ายืนในห้องที่มีทางเข้าออกเพียงทางเดียว แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ กรณีผู้ป่วยใช้ความรุนแรงหรือเป็นผู้ป่วยคดี โดยที่จำนวนเจ้าหน้าที่ต้องมากพอที่จะควบคุมผู้ป่วยได้ ถ้าเป็นปัญหารุนแรง ให้แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบ

1.2 เจรจาทอรอง (Negotiation) ระหว่างเจรจา เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เช่น เตรียมยาสำหรับผู้เตรียมเครื่องมือ เช่น เตียงที่มีพนักก้นด้านข้าง สายผ้าสำหรับมัด การเจรจากับผู้ป่วยควรทำด้วยความนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจปราศจากการโต้แย้ง และดำเนินการเสอนน้ำ และ อาหาร อาจใช้เพื่อแสดงความเป็นมิตร อย่ายพยายามใช้กำลังในระยะแรก

1.3 ประเมินการจัดการ (Evaluation) ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยก้าวร้าว กรณีผู้ป่วยรู้ตัวและพอพูดคุยได้ลองพูดคุยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือ เหตุผลที่มาโรงพยาบาล ถามความคิดเห็น และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษากรณีปัญหารุนแรงไม่มาก อาจเสนอยา ให้ผู้ป่วยรับประทาน หรือ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ กรณีปัญหารุนแรง พิจารณาใช้ยาฉีดเข้าหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยหลับและสงบ แล้วผูกมัดผู้ป่วย (physical restraint) โดยต้องเตรียมกำลังเจ้าหน้าที่ ให้พอเพียง อธิบายเหตุผลกับผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเอง

2. การผูกมัดผู้ป่วย (Physical Restraint) การผูกมัดถือได้ว่าเป็นการจัดการเพื่อ ป้องกันอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง และผู้อื่น โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับบาดเจ็บ การผูกมัด จะกระทำโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยรายอื่น ผู้อยู่ในเหตุการณ์ หรือ แม้แต่การทำร้ายตนเอง ป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยทำลาย สิ่งของ การผูกมัดยังถือได้ว่าเป็นการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในโอกาสต่อไป

การผูกมัดผู้ป่วย จะต้องทำด้วยความนุ่มนวล การตัดสินใจดำเนินการ ควรเริ่มต้นเมื่อ ทีม สุขภาพจิต สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้ทั้งในแง่ของข้อมูลวิธีการ การให้กำลังใจ เนื่องจากในระหว่างกระบวนการ ผู้ป่วยหรือครอบครัว อาจเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ เกิดทัศนคติในทางลบ ซึ่งอาจทำให้เสียความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษาต่อเนื่องได้ จึงควรจะใช้กระบวนการนี้ เท่าที่จำเป็นจริง ๆ ไม่ควรผูกมัดเกินครั้งละ 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 17 ปี ประมาณ 30 นาที ไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอารมณ์โกรธ และไม่มีข้อบ่งชี้ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล สามารถรับฟังและ จำหน่ายออก โดยไม่ต้องผูกมัดและรับไว้ในโรงพยาบาล การใช้ยาเพื่อควบคุมจะใช้ร่วมกับการผูกมัด ผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีความจำเป็น

3. การใช้ยาในการควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Psychopharmacological Restraint)

3.1 ยากลุ่มยาคลายกังวล (Anxiolytic drug) ตัวอย่างยา ได้แก่ ยา diazepam, lorazepam เป็นต้น diazepam ทำให้ผู้ป่วยง่วง ซึมลง และหลับ รูปแบบรับประทาน มีขนาด 2 mg และ 5 mg ส่วนรูปแบบฉีดหลอดเลือด 5 mg และ 10 mg ยังมีชนิดสวนทวาร ขนาด 5 mg (stesolid rectal) ซึ่งนิยมใช้ในเด็ก ในภาวะฉุกเฉินนิยมใช้ รูปแบบฉีดทางหลอดเลือดดำขนาด 5- 10 mg ซ้ำ ๆ สังเกตการหายใจและอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณที่ฉีดเพราะยาก่อนข้างระคายเคือง

3.2 ยาต้านอาการทางจิต หรือยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) เช่น haloperidol, chlorpromazine โดยที่ haloperidol (จะช่วยลดความก้าวร้าว และทำให้ผู้ป่วยสงบลงโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยหลับ ยารูปแบบรับประทาน มีขนาด 0.5, 2 และ 5 mg รูปยาฉีด 5 mg รูปแบบ

หยุด 2 mg/cc -15 mg (ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา โดยใช้ผสมในน้ำดื่ม) ในภาวะฉุกเฉิน นิยมใช้แบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 5-10 mg/ครั้ง สามารถฉีด haloperidol 5-10 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ หรือใช้ร่วมกับ diazepam

ข้อควรระวัง การใช้ยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาท และการเคลื่อนไหว ชนิด Extra-pyramidal side effect ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมือสั่น ตัวแข็ง ตาค้างได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุน้อย ๆ ส่วน chlorpromazine ไม่นิยมใช้ในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจาก ยานี้มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและหลอดเลือด และยังทำให้เกิดอาการชักได้

กรณีผู้ป่วยมีความก้าวร้าวในระดับที่รุนแรงให้พิจารณาใช้ยาทางหลอดเลือดดำ เช่น diazepam 5 mg อย่างเดียว หรือฉีด haloperidol (5 mg) ร่วมด้วยได้ สามารถให้ซ้ำได้อีก จนผู้ป่วยสงบ ห้ามแก้การผูกมัดออกในขณะที่ไม่มีเจ้าหน้าที่เตรียมพร้อม ในกรณีผู้ป่วยที่ก้าวร้าวจากกลุ่มอาการจิตเวชเหตุสมอง (organic brain syndrome) ควรระมัดระวังในการใช้ยา โดยใช้ยาให้น้อยที่สุด เพราะหลังจากใช้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ หรือ หลับไปแล้ว จะไม่สามารถเฝ้าสังเกตและติดตามอาการการดำเนินโรคทางกายผู้ป่วยได้ ส่วนการรักษาในระยะยาว ให้รักษาตามสาเหตุว่า เกิดจากโรคใด เช่น ถ้าก้าวร้าว เกิดจากอาการทางจิต จากการใช้เมทแอมเฟตามีน อาการจะทุเลาภายใน 2-3 วัน ส่วนถ้าเกิดจากโรคจิตเภท อาจจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอีกระยะหนึ่ง

ในกรณีผู้ป่วยก้าวร้าว สับสน ที่ถูกควบคุมนาน ๆ หลาย ๆ วัน ควรได้รับการประเมินความเกิดโรคทางอายุรกรรม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ประเมินภาวะผู้ป่วยเดิมอาจมีพื้นฐานร่างกายแข็งแรงมาก่อน มีโอกาสเสียชีวิตจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหาร ผลข้างเคียงจากการใช้ยาควบคุมพฤติกรรมอาจจะทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานผิดปกติ

4. การรักษาต่อเนื่อง

1) รับประทานผู้ป่วยเข้าในโรงพยาบาล (Hospitalization): กรณีผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงมากหรือมีความคิดทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น พิจารณารับผู้ป่วยในรายที่ไม่ยอมรับประทานหรือมีความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมร่วมด้วย

2) การใช้ยาทางจิตเวช (Psychopharmacotherapy): การใช้ยาด้านอาการทางจิตในระดับที่เทียบเท่า haloperidol 5-15 mg ต่อวัน เช่น ให้ haloperidol 5 mg วันละ 2-4 ครั้ง ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธการรับประทานยาซึ่งอาจจำเป็นต้องให้ยาฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ

3) การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment): การรักษาให้ภาวะฉุกเฉิน ควรทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) โดยเน้นให้กำลังใจ มั่นใจ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค วิธีการ ผลข้างเคียงจากยา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Psychoeducation)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มาด้วยปัญหาพฤติกรรมรุนแรงจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ การดูแลในเบื้องต้นเป็นการจัดการพฤติกรรมรุนแรงทั้งโดยการเจรจา การผูกมัด และการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอาการทางจิตสงบลง พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการให้ข้อมูลและการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้ทั้งในแง่ของข้อมูล วิธีการ การให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และให้ความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารให้ข้อมูลกำลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษาต่อเนื่องได้

2.2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.2.4.1 ทักษะการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2559)

- 1) เรียกชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ
- 2) ทำทางการแสดงออกของผู้ดูแล ไม่ควรล้วงกระเป๋าหรือเอามือไขว่หลัง
- 3) หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย
- 4) อยู่ในระยะที่ปลอดภัย ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เผื่อสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย
- 5) การจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (กรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย ไม่รวมมือ) หลีกเลี่ยงการจ้องมองผู้ป่วยด้วยท่าที่ขึงขัง เพราะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น
- 6) การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่ผูกมัดได้เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก
- 7) หลังการผูกมัดควรพุดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลการผูกมัดว่าไม่ได้เป็นการลงโทษเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย และยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้
- 8) ในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 15–30 นาทีและเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยและดูแลการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะอุจจาระหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่น ๆ
- 9) หากอาการยังไม่สงบ พิจารณารายงานแพทย์
- 10) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
- 11) ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์และ เพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา
- 12) จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สงบ
- 13) พุดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังชัดเจน ไม่ควรใช้เสียงหรือทำท่าทางกระชิบกระซาบ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อสร้างความไว้วางใจ

2.2.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะ Acute (กรมสุขภาพจิต, 2559)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ข้อบ่งชี้สำหรับรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คือ ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการทำลายทรัพย์สิน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมี Severely disorganized behavior อาการโรคจิตเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก การส่งจ่ายยาควรคำนึงถึงการยอมรับการใช้ยาของผู้ป่วย ประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ลักษณะผลข้างเคียงของยาและแผนการรักษาในระยะยาว

1) ให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เรื่องสาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต

2) ทำจิตบำบัด รายบุคคล/รายกลุ่ม แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพความเป็นจริงและยอมรับการเจ็บป่วย (Insight) โดยเร็ว

3) ทำจิตบำบัดครอบครัว เพื่อให้เข้าใจปัญหาสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจการยอมรับและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว

หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยามาก ควรคงขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ก่อนที่จะประเมินประสิทธิผลของยาอีกครั้ง

เมื่อปรับยาให้ขนาดที่เหมาะสมเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมขนาดอื่นที่มีโครงสร้างต่างจากยาขนาดแรก

กรณี que ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอย่างน้อยสองขนาน หรือเกิดผลข้างเคียงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ให้พิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone, Clozapine การให้ยารักษาอาการข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมโดยเฉพาะกลุ่มที่มี high potency เช่น Haloperidol อาจใช้ยากลุ่ม anticholinergic เช่น Trihexyphenidyl วันละ 4-10 มิลลิกรัมพร้อมกับให้คำแนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและยาที่ใช้แก่ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

2.2.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะ Stabilization phase (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) เป็นระยะที่อาการของโรคลดความรุนแรงลงอยู่ในช่วง 6 เดือน หรือมากกว่า ผู้ป่วยอาการสงบ แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเองให้สามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้

- 1) ให้การบำบัดทางจิตสังคมต่อเนื่องจากระยะ Acute phase
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการกินยา
- 3) เตรียมผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสมเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันในสังคม เตรียมการสนับสนุนช่วยเหลือ ลดความตึงเครียด ส่งเสริมการใช้กระบวนการ Recovery ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

2.2.4.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เมื่อเข้าสู่ Maintenance phase เป็นระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ อาการด้านบวก หรือด้านลบคงอยู่ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นจะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม ดังนี้

- 1) พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ พื้นฟูด้านการใช้ชีวิตเบื้องต้น (Basic living skill) การฟื้นฟูด้านการรู้คิด (cognitive rehabilitation) และการฟื้นฟูอาชีพ (vocation rehabilitation)
- 2) พัฒนาคูณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- 3) ติดตามอาการของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

2.3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมรุนแรงว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเวลาที่ตนรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลาการใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษาและการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออก 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตัว

ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

เพชรี คันธสายบัว (2544) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่มรสุมภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่มีพื้นฐานมาจากความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

รัชณี อุทัยพันธ์และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาว่าเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่แสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และการตรวจตามนัด โดยมีการแสดงออก 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ถูกต้องตามเวลาและใช้ยาถูกขนาด ไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากความหมายที่กล่าวมา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ตามแนวคิด ของ Farragher (1999) และสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) เป็นสิ่งที่ตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอย่างถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตคือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตทราบได้อย่างถูกต้อง

2.3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีผู้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ

- 1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ
- 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา
- 3) การใช้ยามืดเวลา
- 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา
- 5) การใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

ส่วนของ เพซรี คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

- 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ

- 2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมการรักษาทราบได้อย่างถูกต้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน

- 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

- 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตทราบได้อย่างถูกต้อง

2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและแบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.3.1.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย

2.3.1.1.1 อายุ เป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทินตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (Chaudhari et al., 2017)

2.3.1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม การศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) พบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaudhari et al. (2017) เพศชายจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่น้อยกว่าเพศหญิง ($p < 0.001$)

2.3.1.1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ซึ่งอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วย (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ต่อการทำหน้าที่ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น

2.3.1.1.4 ลักษณะของการเจ็บป่วย โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดความเบื่อหน่าย (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Higashi et al., 2013) การศึกษาของ Kaplan and Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาว่า เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาใน 2 ลักษณะคือ

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วย ที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญหรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaudhari et al. (2017) ที่พบว่า อาการทางบวก และการตระหนักรู้ในตนเองต่ำส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2) อาการทางลบ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษาไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.3.1.1.5 การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต (ทวิพร วิสุทธิมรรค, 2544) การใช้สารเสพติดยังมีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ (Non-adherence) ต่อการรักษาเพิ่มขึ้น (Coldham, Addington and Addington, 2002; Hunt, Bergen and Bashir, 2002)

2.3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

2.3.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (ภัทรา ธิรลภา, 2532) ครอบครัวที่มีรายได้ครัวเรือนต่ำส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Chaudhari et al., 2017)

2.3.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกัน ทางสายเลือดและ/หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกันให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกัน ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทบทบาทครอบครัวที่ดีจะเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Febriana & Setiawati, 2020).

2.3.2.2.3 การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย หมายถึงมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุน ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำปฎิมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดหรือการกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยรับประทานยา คือให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย

2.3.2.2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.3.2.2.5 ทศนคติ ทศนคติของสังคมและครอบครัว ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคม ที่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.3.2.3 ปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.3.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมใต้ลิ้น การเหน็บยาทางช่องคลอดหรือทวารหนัก การได้รับยาฉีดทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าการรับประทานยา

2.3.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลังเลยากลำบาก ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมากอาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป ซึ่งจำนวนยาที่ได้รับ ความถี่ในการบริหารยาต่อวันเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Chaudhari et al., 2017)

2.3.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภท บางรายขณะรับการรักษาอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น

ตัวแข็ง คอบิด ง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ในเพศหญิง) (Velligan et al., 2009) และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตเป็นสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยพบถึงร้อยละ 61.5 (Chaudhari et al., 2017)

2.3.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรวงษ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมภาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (McCabe et al., 2013).

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะของอาการทางจิต เช่นความคิดหลงผิดและอาการทางลบ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่กับครอบครัว การมีผู้ดูแลในด้านการใช้ยาและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีที่ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

2.3.2 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุ่มขาว, 2541; เพชรี คันธสายบัว, 2544) ได้แก่

2.3.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงใช้อยู่ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

2.3.3.1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยา (drug metabolites) ในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด (steady state) และการที่ระดับยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาก็จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2.3.3.1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเกี่ยวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดได้ด้วยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ โดยมีการวิจัยบางงานใช้การวัดวิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต ยารักษาวัณโรค เป็นต้น

2.3.3.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่น ๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยามีจำนวนเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนตรวจจะทำให้ค่าความเข้มข้นของยาสูงซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง โดยวิธีการนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

2.3.3.2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วม เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด ข้อดี คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่าส่วนข้อจำกัด คือ พบว่าผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงว่าถึงแม้จะทักษะและมีความละเอียดอ่อนในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็อาจพบปัญหาในการประเมินได้

2.3.3.2.2 การนับจำนวนเม็ดยาเป็นวิธีการที่ใช้บ่อย ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้จากการนับจำนวนของเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา การนับจำนวนเม็ดยามีข้อดี คือ สามารถบอก

ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัด คือ อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทั้งยา โดยที่ไม่ได้รับประทานหรือผู้ป่วยแบ่งยาให้คนอื่นใช้ด้วย

2.3.3.2.3 สังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง โดยญาติหรือ บุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตาม ข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

2.3.3.2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารักษาตามนัด เป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและพิจารณาผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ ของโรคแต่ละระยะ

2.3.3.2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) วิธีการนี้อาจมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับกรปฏิบัติที่เป็นจริง

สรุปได้ว่า การประเมินพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการตรวจทางห้องทดลอง สามารถให้ผลการเชื่อถือได้มากกว่า แต่การประเมินจากการสัมภาษณ์สามารถได้ข้อมูลที่เป็นเหตุผล ที่พฤติกรรมกรใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์รักษามากกว่าและสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวางแผนในการให้ความช่วยเหลือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นแนวทาง ที่ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความคิดและ ความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่ามีกรใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการวัดโดยวิธีการทางอ้อมดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เที่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาด ไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ คำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมกรใช้ยาตามแผนการรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้าน ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ สำหรับการคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามและข้อที่มีคะแนนทางลบได้กลับค่าคะแนนก่อนนำมา คิดคะแนนรวม แล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542) คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดยเพชร คันธสายบัว (2544) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และพัฒนาต่อโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้อยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด ใช้อย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้อยาตามเวลา ไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยา และ 2) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยผลรวมของคะแนนที่สูงแสดง ว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก

3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 และข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ข้อความประกอบด้วย ประจํา หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง นาน ๆ ครั้ง หมายถึง มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง ไม่เคย หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดเป็นค่าเฉลี่ย และมีความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 : 108) คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนน 1.00- 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

4) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษา

อย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย ประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 12, 15 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 16 โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

การแปลผล คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งฉบับ 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ (2549) ดังนี้

คะแนน < 21 หมายถึง มีพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต้องระดับต่ำ

คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต้องระดับปานกลาง

คะแนน > 43 หมายถึง มีพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต้องระดับสูง

5) แบบเก็บข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการประเมิน Medication Possession Ratio (MPR) ซึ่งคำนวณจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยาจำนวนวันทั้งหมดที่มารับการรักษา กำหนดค่าของความร่วมมือในการรับประทานยาดี ($MPR \geq .80$) ความร่วมมือในการรับประทานยาปานกลาง ($.50 \geq MPR \geq .80$) ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี ($MPR \leq .50$) (Sajatovic et al., 2007)

สรุปได้ว่า การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการประเมินประเมินทางอ้อม ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวางแผนในการให้ความช่วยเหลือ โดยการสัมภาษณ์ภาพที่ตีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการพูดคุยจึงจะได้ข้อมูลจากข้อมูลที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด การสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นที่นิยมและสามารถได้ข้อมูลที่ละเอียด เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยของ สรินธร (2545) ซึ่งสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด ใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และ 2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา

2.3.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะการดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่มครอบครัว และชุมชน โดยมีแนวทางดังนี้ (Forman, 1993)

- 1) การคำนึงถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 2) การทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติกรพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยในกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่มการพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วย

- 4) ความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล และต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข

2.3.4.1. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดรักษาผู้ที่ได้รับยาการรักษาอาการทางจิต (สายฝน เอกวรานุกรและเอกรัตน์ วงษ์คำ, 2561)

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวชทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยารวมทั้งมีแนวทางการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาทางจิตดั่งนี้ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563)

- 1) ก่อนการให้ยา
 - 1.1) การคัดลอกคำสั่งใช้ยา: ทบทวนคำสั่งยาให้เข้าใจ หากไม่ชัดเจน ติดต่อแพทย์ผู้เขียน รอยตรงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อนลอกคำสั่งลงในการดยา จากนั้นคัดลอกคำสั่งยาในใบสั่งยาให้ครบถ้วน ทั้งชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา หลีกเลี่ยงคำย่อที่ไม่เป็นสากล
 - 1.2) ตรวจสอบการดยากับคำสั่งการรักษาอีกครั้ง หากไม่ถูกต้อง รายงานพยาบาลหัวหน้าทีม และตรวจสอบกับแพทย์ผู้สั่งการรักษาทันที
 - 1.3) ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับว่าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือยาที่อาจเกิด drug interaction กัน ได้หรือไม่ หากพบความผิดปกติหรือมีข้อสงสัย ตรวจสอบให้เข้าใจตรงกันกับแพทย์ผู้วางแผนการรักษา
 - 1.4) จัดเตรียมยาตามแผนการรักษาด้วยหลักการที่ถูกต้อง
 - 1.5) ภายหลังจัดเตรียมยา ตรวจสอบความถูกต้องของการเก็บรักษา คือ เก็บให้เหมาะสมกับ ชนิดยา เช่น ยาต้องแช่เย็นเก็บในตู้เย็น ยากันแสงต้องเก็บในซองสีชาหรือภาชนะป้องกันแสง สำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) แยกยาห่างจากยาที่มีรูปลักษณ์ภายนอก

ของภาวะบรรจุกที่คล้ายกันเพื่อลดความ คลาดเคลื่อนในการเตรียมยาครั้งต่อไป และติด sticker สีแดงที่ภาชนะเก็บยาเพื่อให้ชัดเจนและเพิ่มความระวัง ในการใช้ยามากขึ้น

2). ระหว่างการให้ยา

2.1) ประเมินความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วยก่อนให้ยาทุกครั้ง เช่น ตรวจสอบค่า ความดันโลหิต ภาวะไข้ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งทบทวน ชักประวัติการเป็น โรคหรืออาการที่อาจมี ผลเสียหากได้รับยาทางจิตเวช เช่น ประวัติการชัก

2.2) ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ เช่น ความกังวล การรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับการ บำบัดรักษาด้วยยาที่ได้รับ

2.3) อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาที่ได้รับประโยชน์ ผลกระทบ และแนวทาง จัดการความเสี่ยงให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมตอบข้อสงสัยทุกประเด็นอย่างชัดเจน

2.4) ให้ยาอย่างถูกต้องตามหลักการให้ยา

2.5) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าเท่านั้น ผู้ป่วยจิตเวชมักแอบซ่อนยาหรืออมยาไว้ ใต้ลิ้น โดยไม่กลืนและจะบ้วนทิ้งเมื่อพยาบาลกลับไป ดังนั้นพยาบาลต้องตรวจสอบจนมั่นใจว่าผู้ป่วย ได้รับประทาน ยาเรียบร้อยแล้ว ไม่มีการแอบซ่อนหรือทิ้งยา

3) หลังการให้ยา

3.1) ประเมินผลการตอบสนองของยา

3.2) สังเกต ติดตามตรวจสอบและบำบัดพยาบาลเพื่อจัดการอาการข้างเคียงที่เกิด จากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาทางจิตเวช ดังนี้ (Chang & Lu, 2012; Fabbri, Marsano, Balestri, Ronchi, & Serretti, 2013; Leung et al., 2012; Matson & Mahan, 2010; Mitsch, 2013)

3.2.1) orthostatic (postural) hypotension เป็นผลจาก alpha-adrenergic blockage ทำให้ เกิด perivascular dilatation พบบ่อยที่สุดจาก chlorpromazine, thioridazine และยากลุ่มต้านอารมณ์ซึมเศร้า พบ บ่อยช่วง 2-3 วันแรกที่ได้ยา จากนั้นผู้ป่วยมักทน ต่อสภาวะนี้ได้ มักเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวในผู้ที่ได้ ยาฉีดต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ต่ำในขนาดของ ยาที่มีปริมาณมาก อันตรายที่พบ ได้แก่ หน้ามืด เป็นลม ล้ม บาดเจ็บ การพยาบาลมีดังนี้

-ตรวจวัดความดันโลหิตขณะนอนและยืนก่อนและหลังจากได้ยาฉีดครั้งแรก และระหว่าง 2-3 วันแรกที่ได้ยาดังกล่าว หากค่าความดันโลหิตส่วนซิสโตลิกลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทถือว่าอันตราย

-อาจพบภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ดังนั้นต้องตรวจสอบสภาพหัวใจ ก่อนให้ยา และติดตามผลการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

-ให้ความรู้ ทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจ เกิดขึ้นจาก การได้รับยาเพื่อคลายความกังวลและเกิดความมั่นใจต่อการรักษา

-ป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น ลุกขึ้น จากเตียงช้า การเปลี่ยนท่าต้องเป็นไปช้า ๆ หากรู้สึกหน้ามืดให้นั่งหรือนอนลงโดยยกเท้าสูงกว่า ศีรษะ และ ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการทรงตัว

-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา ด้วยยา ที่ได้รับ

3.2.2) peripheral anticholinergic effects เป็นผลจาก muscarinic blockage ทำให้เกิด อาการดังนี้

-ปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ดื่มปริมาณมากต่อวัน (ประมาณ 2-3 ลิตร) อดน้ำแข็ง บ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำเปล่า ใช้วาสลีนทาร์มฟีปาก ไม่เคี้ยวหมากฝรั่งหรือลูกอม เพราะอาจทำให้ติด เชื้อราในปากและฟันผุได้ง่าย แปรงฟันให้สะอาด ร่วมกับการดูแลรักษาสุขภาพ ของช่องปากและฟัน

-ตาพร่ามัว แนะนำให้ระมัดระวังอุบัติเหตุขณะเคลื่อนไหว หากตาพร่าต้องนั่ง หรือ นอนพัก

-ท้องผูก แนะนำให้รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง หรืออาหารที่มี ฤทธิ์ ระบายอ่อน ๆ เช่น มะขาม มะละกอ ส้มโอ ลูกพรุน เม็ดแมงลัก และน้ำสะอาด เป็นต้น

3.2.3) endocrine effects เป็นผลจากการปิดกั้น dopamine receptors ใน tuberoinfundibular tract มีผลให้เพิ่มการหลั่งโปรแลคตินแล้วมีผลให้เกิดการเพิ่มขนาดเต้านม น้ำนมไหล อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศ ชาย ความต้องการทางเพศลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง พบในผู้ที่ได้รับยาต้านโรคจิต การพยาบาลมีดังนี้

-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากยา

-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาพร้อมทั้งให้ คำแนะนำว่าเมื่ออาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นและแพทย์ลดยาให้ อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ลดลงและ หายไป

3.2.4) ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ทางผิวหนัง ได้แก่ allergic dermatitis และ photosensitivity ผู้ที่มีอาการดังกล่าวจะต้องหยุดยาและแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับแสงแดดนานเกิน กว่า 30-60 นาที และใช้สาร กันแสงในผู้ที่มี photosensitivity

3.2.5) sedation เป็นผลจากการปิดกั้น histamine type 1 receptors โดยเฉพาะ 2-3 วันแรกที่รับยา โดยยาทางจิตเวชทุกตัวมีฤทธิ์ sedation เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ สมองและปรับ สมดุลสารสื่อประสาทในสมอง ส่วนใหญ่อาการดังกล่าวจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ เป็น ผลจาก central nervous system effects ออกฤทธิ์กีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำ ให้วังงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน เติช ช่วยเหลือโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา

การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น การขับรถ การใช้เครื่องจักรกล แต่อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ดีขึ้น ย้ำให้งดแอลกอฮอล์ระหว่างใช้ยา เพราะจะเสริมฤทธิ์การกดประสาทส่วนกลางมากขึ้น พร้อมทั้งดูแลให้ได้รับการพักผ่อน

3.2.6) น้ำหนัก เพิ่มการดูแลคือร่วมมือกับผู้ป่วยวางแผนและดำเนินการควบคุมน้ำหนัก การติดตามผลการควบคุมน้ำหนัก หรืออาจร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อลดปริมาณยาให้เหมาะสม

3.2.7) hypertensive crisis คือภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นกะทันหัน พบในผู้ที่ได้รับยา ต้านอาการซึมเศร้า เนื่องจากยาไปมีปฏิกิริยาต่อสารพวก tyramine หากมีอาการเล็กน้อยจะมีลักษณะปวดศีรษะ คลื่นไส้ หากอาการรุนแรงอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิต ช่วยเหลือโดยการควบคุมอาหาร ที่มีสาร tyramine ซึ่งพบได้ในเนยแข็ง ตับไก่ ครีမ် อย่างเคร่งครัด

3.2.8) physical dependence พบในผู้ที่ได้รับยาคลายกังวลและยานอนหลับ เป็นภาวะที่ร่างกายต้องพึ่งพายา หากหยุดยากะทันหันจะมีอาการขาดยา (หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ถูกกระตุ้นได้ง่ายต่อแสง และเสียง นอนไม่หลับ ปวดท้อง ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจมีอาการชัก) การช่วยเหลือคือแนะนำการใช้ยา ไม่ หยุดยาเอง อธิบายผลกระทบที่เกิดจากการหยุดยาเอง แนะนำให้พบแพทย์เมื่อต้องการหยุดยาหรือมีอาการ ข้างเคียงจากยาที่คุกคามผู้ป่วย

3.2.9) hematologic effects เป็นผลที่เกิดต่อระบบเม็ดเลือด เช่น agranulocytosis หรือ anemia ในยาบางตัว พยาบาลต้องสังเกตอาการมีไข้ เจ็บคอ รอยจ้ำเลือดที่เกิดขึ้น หากมีอาการดังกล่าวอาจต้อง เปลี่ยนยา

3.2.10) adverse effects คืออาการแสดงถึงภาวะก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร รุนแรง และอารมณ์ ผิดปกติ พบได้ง่ายขึ้นหากใช้ยากลุ่มนี้กับผู้สูงอายุ ผู้ที่ภาวะสมองถูกทำลาย หรือผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ปัญญาอ่อน พยาบาลต้องให้การดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจาก ภาวะดังกล่าว

3.2.11) คลื่นไส้อาเจียน ดูแลโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาร่วมกับอาหารหรือหลังอาหาร ทันทีเพราะยาจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร และแนะนำให้กลั้วปากด้วยน้ำอุ่นบ่อย ๆ

3.2.12) กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย พบในผู้ที่ได้ยา LiCO_3 ควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดูแลให้พักผ่อน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นอย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง

3.2.13) epileptogenic effect ยาด้านอาการทางจิตบางตัว โดยเฉพาะ clozapine มีผลต่อการลดระดับด้านการชัก (seizure threshold) ทำให้ชักได้ง่าย เป็นการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (grand-mal seizure) สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การชักประวัติการชักหรือโรคที่ทำให้เกิด

อาการชักและการมีความผิดปกติ สมองร่วมด้วย การช่วยเหลือผู้ที่มีอาการชักแบบเกร็ง-กระตุก คือ ตั้งสติ ไม่ตื่นตกใจ ป้องกันการบาดเจ็บ คนที่ไม่เกี่ยวข้องให้ออกห่าง ไม่กอดรัดหรือใช้แรงจับตัวผู้ป่วย ให้กำลังใจ ปลอบใจผู้ป่วย หลังการชัก จัด ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการสำลัก และอยู่กับผู้ป่วยจนกว่าจะรู้สึกตัวเต็มที่

3.2.14) dystonias พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด มักเกิดช่วง 1-3 วันแรก ที่ได้รับการ อาการที่พบ ได้แก่ อาการกระตุกที่ศีรษะ ขากรรไกรแข็ง ลิ้นจุกปาก ปากสั่น กลืนลำบาก น้ำลายยืด ตาเหลือก อาการดังกล่าวมักเกิดในผู้ป่วยชายวัยหนุ่ม ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้ป่วยอย่างยิ่ง เป็นสาเหตุให้ ผู้ป่วยหยุดยา การช่วยเหลือคือ

- ประเมินอาการเริ่มแรกจากการบอกเล่าของผู้ป่วยและจากการสังเกตเห็นของพยาบาล
- ให้ความรู้และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและแจ้งให้พยาบาลทราบ เช่น อาการเกร็ง กลืนลำบาก ขากรรไกรแข็ง เป็นต้น
- ให้คำแนะนำว่าอาการดังกล่าวจะน้อยลงหรือหมดไปหลังจากลดปริมาณยาหรือหยุดยา
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา antiparkinsonism agent ตามแผนการรักษา
- กรณีที่อาการดังกล่าวคุกคามความรู้สึกของผู้ป่วยมากจนไม่สามารถรับได้ อาจ วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาการให้หรือหยุดยาดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มอื่นทดแทน
- ข้อควรระวังที่สำคัญอย่างยิ่งของฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งถือเป็นภาวะจิตเวชฉุกเฉิน คือ กลุ่มอาการที่เรียกว่า acute dystonia คือ อาการลิ้นแข็ง คอแข็ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีผลต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง กับการหายใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการนี้ได้

3.2.15) parkinsonism effect อาการมักเกิดขึ้นหลัง 5 วัน และเกิดใน 90 วันตั้งแต่ได้ รับยา อาการที่พบ คือ ตัวแข็งทื่อ (rigidity) สั่นขณะพัก (coarse tremors at rest) ท่าทางงอตัว (flexed posture) หน้าตาเหมือนสวมหน้ากาก (mask-like facies) และมีน้ำลายไหล เชื่องช้า (bradykinesia) เดินชอยเท้า (shuffling gait) การช่วยเหลือคือ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจ ประคับประคองจิตใจ และดูแลให้ได้รับ ยา anticholinergic drugs ตามแผนการรักษา มากหรือออกกำลังกายที่ชอบ เป็นต้น และดูแลให้ได้รับยา anticholinergic

3.2.16) akathisia ผู้ป่วยจะรู้สึกกล้ามเนื้อไม่สบาย (muscular discomfort) ทำให้ กระวนกระวายย่ำเท้าไปมาหรือนั่งสลับยืนและเดินโดยที่รู้สึกไม่เป็นสุข ช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเพื่อลดความกระวนกระวายที่เกิดขึ้น เช่น ให้เล่นเกมที่ ต้องใช้กำลังกายมาก หรือออกกำลังกายที่ชอบ เป็นต้น และดูแลให้ได้รับยา anticholinergic drug ตามแผนการรักษา

3.2.17) akinesia ผู้ป่วยมีอาการเดินก้าวสั้น แกว่งแขนน้อย เริ่มจากเคลื่อนไหวลำบาก

หรือมีปัญหาในการเริ่มการเคลื่อนไหว กลุ่มอาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกหรือเพียงไม่กี่วันหลังจากการรักษา ช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดูแลให้ได้รับยา anticholinergic drug ตามแผนการรักษา

3.2.18) tardive dyskinesia พบได้ร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยที่ได้ยาต้านโรคจิต เป็นกลุ่มอาการที่มีการเคลื่อนไหวมากและผิดปกติโดยไม่ได้ตั้งใจและควบคุมไม่ได้ เกิดอาการ ในบุคคลที่โน้มเอียงอยู่ ก่อนแล้วได้รับยาต้านโรคจิตเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป หรือเป็นอาการหลังจากลดหรือหยุดการ รักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่ใช้มาเป็นเวลายาวนาน กลุ่มอาการ ได้แก่ การเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อ บริเวณศีรษะ แขนขา ลำตัว โดยควบคุมไม่ได้ สำหรับความรุนแรงมีตั้งแต่เล็กน้อยจนผู้ป่วยและญาติสังเกต ไม่ได้จนถึงระดับรุนแรง การช่วยเหลือคือให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดูแลให้ได้รับยา anticholinergic drug ตามแผนการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจร่างกายทุก 3 เดือน

อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาทางจิตเวชมีผลคุกคามต่อความรู้สึก ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ การเรียน การทำงาน การทำกิจกรรมประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มยาต้านโรคจิตที่มีก่อกำเนิดอาการข้างเคียงของยาจิตเวชร่วมด้วย พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญ ใส่ใจดูแล จัดการ ประสานงานร่วมกับ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการบำบัดรักษาด้วยยาน้อยที่สุด และได้รับประโยชน์จาก การบำบัดรักษาสูงสุด

2.3.4.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาอาการทางจิต (สายฝน เอกวารงกูรและเอกรัตน์ วงพันคำ, 2561)

การบำบัดรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตมีความซับซ้อน เนื่องจากกระบวนการบำบัดส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าทั้งของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้ความระมัดระวังรอบคอบ ต้องอาศัยหลักคิดที่ทักษะการปฏิบัติ และการสื่อสารเชิงบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพในการอธิบาย สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัดรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต มองเห็นคุณค่า ความหมาย และความจำเป็นของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะด้านการเจรจาต่อรองทั้งกับผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยแนวทางดังนี้ (Goethals, Gastmans, & Casterle, 2010; Jahn, 2011)

- 1) สร้างสัมพันธภาพด้วยเทคนิคและกระบวนการสื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความรู้สึกกังวล กลัว ไม่มั่นใจ เกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วย แนวทาง และแผนการบำบัดรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต
- 3) ประเมินการรับรู้ ความคิด และประสบการณ์การบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวช

4) ให้ความสำคัญ รับฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริงว่ายาทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์และอายุ

5) ให้ข้อมูลรอบด้านเรื่องหลักการบำบัดรักษาด้วยยา ประกอบด้วย

5.1) ประโยชน์ ระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ต้องอาศัยเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน การหยุดยา เองแต่ละครั้งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดรักษา และการต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานขึ้น หรือ ผู้ป่วยอาจต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต

5.2) กลไกการออกฤทธิ์ของยาที่มีผลต่อการฟื้นฟูของโรค อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา การเฝ้าระวัง การสังเกตอาการ วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาการ ข้างเคียงดังกล่าวจะหายหลังจากผู้ป่วยหยุดยา

5.3) หลักการรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา การปฏิบัติตัว หากลิ้มรับประทานยา การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์เพราะอาจเสริมฤทธิ์กับยา เป็นต้น

5.4) ให้ข้อมูลเรื่องการเก็บยาที่ถูกต้องกับชนิดของยา เช่น ยาเก็บแสงต้องเก็บในซองสีชาไม่นำออกจากซอง หรือควรปิดผนึกให้แน่นเพื่อให้ยามีคุณภาพ ยาต้องแช่เย็นเก็บในตู้เย็น เป็นต้น

5.5) ความจำเป็นของการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและความก้าวหน้าของการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง

6) สื่อสารให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเข้าใจ รับทราบความก้าวหน้าของโรค การตอบสนองของยาต่อโรค อาการ ข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา มีส่วนร่วมวิเคราะห์อาการ การบำบัดรักษาด้วยยา วางแผน ปรับเปลี่ยนแผนการบำบัดรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง

7) ติดตามผลการบำบัดรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจและให้ กำลังใจในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตผ่านกระบวนการ พยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และรอบคอบ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เห็นใจ เอาใจใส่ ให้การดูแล ช่างสังเกตความก้าวหน้า เฝ้าระวัง และจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา รวมทั้งมีการสื่อสาร และประสานงานกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพเพื่อให้กระบวนการบำบัดรักษาทุกขั้นตอนเกิดประสิทธิภาพ สูงสุด ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการพัฒนาให้เกิดคุณลักษณะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพต้องทำหน้าที่ของตนเองทุกด้านอย่างเต็มความสามารถ มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ค้นหาความรู้ เอาใจใส่ ติดตามประเมินผลการบำบัดรักษาและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2.4. แนวคิดครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.4.1 ความหมายของครอบครัว

The United State Bureau of the Census (1988) ให้ความหมายว่า ครอบครัวคือบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตามการเกิด การแต่งงาน หรือการเข้ามาเป็นบุตรบุญธรรม และพึงพอาศัยอยู่ร่วมกัน

จันทร์ชนก โยธินชัชวาล (2540) ได้กล่าวถึง ครอบครัวว่า เป็นสถาบันทางสังคม และเป็นหน่วยย่อยพื้นฐานที่มีความสำคัญที่สุด และมีความคงทนที่สุดทำหน้าที่สร้างสรรค์สมาชิก ให้การเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโต ให้การอบรมสั่งสอน ให้ความรักความอบอุ่น กำหนดสถานภาพและบทบาท ตลอดจนกำหนดสิทธิ และหน้าที่ของสมาชิกมีต่อกันและกัน จึงเป็นหน่วยงานทางสังคมที่มีความผูกพันกัน ด้วยความรักความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นที่พึ่งพิงทางวัตถุและจิตใจ ทำให้คนในครอบครัวมีความอบอุ่น และมั่นคงในชีวิต ครอบครัวโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมภายในบ้านเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทต่างๆ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และเครือญาติ เป็นต้น เมื่อสมาชิกอยู่ร่วมกัน ย่อมต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความรัก ความผูกพันต่อกัน และมีหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกัน ภายใต้กฎเกณฑ์และความผูกพันทางอารมณ์ เช่น ความรัก ความดีใจ เสียใจ ฯลฯ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีพฤติกรรมไปตามบทบาทของตน ในขณะเดียวกันครอบครัวก็ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ที่สำคัญหลายอย่าง คือ การให้กำเนิดสมาชิกใหม่ เลี้ยงดูสมาชิก อบรมสั่งสอน ให้ความคุ้มครอง จัดหาอาชีพ และควบคุมการดำเนินชีวิตของสมาชิก

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ครอบครัวเป็นพลวัตและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ มีความรับผิดชอบร่วมกัน จนเกิดการขยายจำนวน แตกแขนงออกเป็นครอบครัวย่อย ๆ ซึ่งหากอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกที่อยู่ร่วมกันต่างมีความสัมพันธ์และมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือดูแล และเกื้อกูลกันและกัน รูปแบบและวิธีการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่างเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสภาพแวดล้อมในสังคม โดยที่ครอบครัวเป็นทั้งผู้ได้รับผลกระทบและเป็นเหตุให้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าครอบครัวหมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือ บุคคลที่อยู่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่เช่น บิดามารดา ภรรยา สามีบุตรมีวัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน มีความผูกพันและมีความรักต่อกัน

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2562) ครอบครัว คือ บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันสามีภรรยา หรือมี ความผูกพันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย หรือเกี่ยวข้องเป็นเครือญาติ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต่างมีบทบาท หน้าที่ต่อกัน และมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกัน

สรุปได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในงานวิจัยนี้หมายถึง บุคคล ตั้งแต่ 2 คนมาอยู่ร่วมกัน มีการดำเนินชีวิตและกิจกรรมร่วมกัน ด้วยความผูกพันและพึ่งพาอาศัยกัน หลาย ๆ ด้าน โดยจะเกี่ยวข้องกันทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ แม้ไม่ได้สืบสายโลหิตร่วมกันก็ตาม

2.4.2. ประเภทของครอบครัว

ได้แบ่งประเภทของครอบครัวแบ่งตามโครงสร้าง ครอบครัวทั่วไปเมื่อจำแนกประเภทตามโครงสร้าง แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2562)

(1) ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร เป็นครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่สุด ซึ่งจะพบเห็นทั่วไป และมีแนวโน้มจะมีครอบครัวแบบนี้มากขึ้นในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ครอบครัวเดี่ยวยังมีความเป็นอิสระแต่ก็จะห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความว้าเหวและขาดความสุขได้

(2) ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว และญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า ลุง เป็นต้น อาจจะอยู่ภายใต้ครัวเรือนเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน โดยอาจจะปลูกบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน แม้จะแต่งงานแล้วก็ตาม ครอบครัวดังกล่าวมีความรักความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระ เพราะสมาชิกอาวุโสสูงๆจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นระบบครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกันมาก ครอบครัวแบบนี้จะพบมากในสังคมเกษตรกรรม เช่น ประเทศจีน อินเดีย ไทย เป็นต้น

(3) ครอบครัวผสมหรือครอบครัวซ้อน (Composite or Compound Family) หมายถึง ครอบครัวที่ชายหรือหญิง มีคู่ชีวิตได้มากกว่า 1 คน และนำมาอยู่อาศัยรวมกันในครอบครัวเดียวกัน

2.4.3 หน้าที่ของครอบครัว

Manor (1985) ได้กล่าวถึงการศึกษาครอบครัวว่าควรจะคำนึงถึงโครงสร้าง และหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับ

(1) หน้าที่พื้นฐาน เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ สังคม เซอร์ปัญญา และบุคลิกภาพ

(2) หน้าที่ในกระบวนการพัฒนา สมาชิกครอบครัวสามารถมีพัฒนาการผ่านขั้นตอนของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤติ มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเจ็บป่วย หรือการตายอย่างกะทันหันของหัวหน้าครอบครัว

Duwan อธิบายถึง หน้าที่ของครอบครัวที่ควรปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว คือ

(1) ให้การดูแลทางด้านเสรีภาพ เช่น ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ ได้รับการประทานอาหาร มีที่พักอาศัย ได้รับเครื่องนุ่งห่ม ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

(2) เป็นแหล่งพักพิงทั้งร่างกาย และจิตใจ ครอบครัวเป็นแหล่งที่มีรายได้ รายจ่ายมีการซื้อสิ่งต่างๆ ของการดำรงชีวิต มีที่พักผ่อนหย่อนใจ ครอบครัวเป็นที่พักพิงทางจิตใจ เช่น เป็นที่ให้ความรัก ความอบอุ่นเป็นบ่อเกิดของการเคารพนับถือ และมีอำนาจหน้าที่ต่างๆ ร่วมกัน

(3) มีการแบ่งหน้าที่ร่วมกันในการทำงาน ครอบครัวควรมีหน้าที่จัดแบ่งว่าใครจะเป็นผู้หารายได้ ใครเป็นผู้ทำความสะอาดบ้าน ใครเป็นผู้ดูแลบุตรหรือสมาชิกอื่นๆ

(4) ทำให้บุคคลในครอบครัวได้มีการสังสรรค์ร่วมกันทางสังคม ครอบครัวมีหน้าที่ทำให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสมโดยการระบายออกด้วยการพูดคุยร่วมกัน

(5) ทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ของครอบครัว ครอบครัวจึงต้องมีการวางแผนในการให้กำเนิดบุตรตามความเหมาะสม ทำการเลี้ยงดูบุตร ให้การศึกษา ให้ความรักความอบอุ่น ให้อิสระเสรีตามที่เห็นสมควร

(6) ครอบครัวควรรักษาไว้ซึ่งความเป็นระเบียบมีขอบเขต การบริหารในครอบครัวควรมีระเบียบที่ให้ทุกคนอยู่กันอย่างมั่นคง

(7) ครอบครัวต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคม ครอบครัวควรมีการติดต่อสร้างสัมพันธ์กับองค์กรต่างๆ หรือแหล่งทางสังคมอื่นๆ เช่น ชุมชนที่เป็นเครือข่ายของตนเองเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์จำเป็น

(8) ครอบครัวควรมีแรงจูงใจและมีศีลธรรมจรรยา ครอบครัวควรมีหน้าที่สร้างแรงจูงใจ มีการสนับสนุนให้รางวัลสมาชิกตามความเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จต่างๆ ครอบครัวควรมีการฝึกให้สมาชิกในครอบครัวให้มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความรักใคร่ซึ่งกันและกันครอบครัวควรเป็นแหล่งที่ทำให้ทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง ครอบครัวควรเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับอุปสรรคและแก้ปัญหาาร่วมกันได้

วรรณภา ลำเจียกเทศ (2530) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว มีดังต่อไปนี้

(1) หน้าที่ทางชีววิทยา คือ การให้กำเนิดบุตร บิดามารดา จะต้องเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้

(2) หน้าที่ให้ความรัก ซึ่งหน้าที่นี้ไม่มีสถาบันใดทำหน้าที่แทนครอบครัวได้ เด็กจะเติบโตด้วยความรักจากบิดามารดา การเลี้ยงดูของบิดามารดาจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้ความรักของครอบครัว

(3) หน้าที่กำหนดฐานะ ครอบครัวต้องเป็นผู้ที่เสริมแรงให้กำลังใจ ฝึกอบรมสมาชิกครอบครัว ให้มีความทะเยอทะยาน กระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนเองให้สูงขึ้น

(4) หน้าที่ปกป้องความปลอดภัย นับแต่ปฏิสนธิ บิดามารดาจะต้องปกป้องบุตรให้การดูแล ความปลอดภัยจากความร้อนหนาว จนอยู่รอดได้

(5) หน้าที่ทางการศึกษา การศึกษามีได้หมายถึงการอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่ยังหมายถึง การเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพ สิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปกติสุข และทำประโยชน์แก่ส่วนรวมได้

(6) หน้าที่ด้านเศรษฐกิจ คือการหาเงินมาใช้จ่ายเลี้ยงดู สนองความต้องการในด้านต่างๆ ของ สมาชิก

(7) หน้าที่ทางศาสนา การอยู่รอด ความผาสุก ความสงบสุขของสังคมปัจจุบัน จะต้องขึ้นอยู่กับหน้าที่ครอบครัวตระหนักในหน้าที่นี้ และศาสนายังเป็นเครื่องผ่อนคลายความกดดัน ในชีวิตประจำวัน

(8) หน้าที่ทางสันตนาการ คือ การปลดปล่อยความเคร่งเครียด ทั้งทางกายและจิตใจของ สมาชิกในครอบครัว จะช่วยทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

Fryman (1981) กล่าวถึง องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับความรัก ความอบอุ่นตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก

(2) ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้ สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

(3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ ในสังคม

(4) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สิน และอุปกรณ์ต่าง ๆ

(5) ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหารเครื่องแต่ง กาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญและมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม ทั้งในด้านการให้ความรักความอบอุ่น กำลังใจ เอาใจใส่ ดูแลความเป็นอยู่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ให้การศึกษาอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบกฎเกณฑ์ทางสังคม คุ้มครองความปลอดภัย และให้การรักษา เมื่อเจ็บป่วย

2.4.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.4.4.1 ความหมายผู้ดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า ญาติ ผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver หรือ Informal Caregiver) ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากภาวะบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านลบและด้านบวก ได้แก่ ความเครียด และการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

2.4.4.2 ลักษณะของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Horowitz and Reinhard,1995)

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองด้านร่างกาย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมอาหารและยา ใช้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่อง

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) เป็นบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่ดูแลจัดการในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักบางครั้ง

โดยสรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในงานวิจัยนี้ หมายถึง คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีหน้าที่ตอบสนองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

2.4.4.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่องแล้วจนอาการทางจิตสงบลงแล้วเมื่อกลับไปอยู่บ้านสมาชิกครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2530; ละเอียต รอดจันทร์ วัชรภรณ์ อุทัยภาค และ จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542) ดังนี้

1) สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องยอมรับผู้ป่วยจิตเภทแสดงความรักและความสนใจต่อผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและเกิดความไว้วางใจ อบอุ่น และมั่นคง

2) ที่อยู่อาศัยถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ควรแยกผู้ป่วยจิตเภทออกจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่นการแยกห้องนอนไว้ต่างหากที่ไกลจากคนอื่น หรือการแยกบ้านออกไปต่างหากจากครอบครัว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตัวเองถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดความอบอุ่น และรู้สึกว่าตนเองไม่มีความปลอดภัยในชีวิต

3) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทำอะไรควรกระตุ้นให้ทำกิจกรรมตามความเหมาะสม โดยสอนให้ผู้ป่วยทำเองทีละน้อย ทำงานจากที่ง่าย ๆ ก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้น

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในครอบครัวก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

5) เมื่อผู้ป่วยทำอะไรที่ถูกต้องและทำได้ดีพอสมควร ควรแสดงความชื่นชม เป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าสมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวเขา ได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความอบอุ่นในจิตใจ

6) แนะนำเพื่อนบ้านไม่ควรหยอกล้อ กระทบเข้าเข้าเหยหรือเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลกไม่ยอมเข้าใกล้เพราะกลัวหรือรังเกียจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในจิตใจ

7) การเข้าใจในตัวผู้ป่วย บางครั้งอาจแสดงกิริยา คำพูด ตลอดจนท่าทางแปลก ๆ สมาชิกในครอบครัวต้องเข้าใจและให้อภัยผู้ป่วย

8) ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงในครอบครัว เช่นแสดงอาการรังเกียจไม่เข้าใกล้ วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ไม่ดีทั้งคำพูด น้ำเสียง ท่าที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคิดมากเกิดอาการทางจิตกำเริบได้อีก

9) ดูแลและระวังอย่าให้ผู้ป่วยใช้หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดต่าง ๆ เพราะสิ่งเสพติดทุกชนิดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเร็วขึ้น

10) ไม่ควรใช้กำลังและบังคับในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ควรใช้วิธีชักจูงอย่างนุ่มนวล สนับสนุน แสดงความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

11) หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือตัดสินใจอย่างไม่ถูกต้อง ควรแนะนำและช่วยผู้ป่วยตัดสินใจ ที่จะเป็นผลดีที่สุดแก่ตัวของผู้ป่วยเอง

12) พยายามอย่าโต้แย้งกับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่าให้หลบหนีออกจากบ้าน เพราะจะทำให้อาการทรุดหนักลงไปอีก

13) หมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วย ถ้าเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีเหงื่อ พุดคนเดียว ให้รีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 6 ด้าน ดังต่อไปนี้ (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534)

1) ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงควรชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหาให้คำปรึกษา แนะนำ ไม่ดูต่ำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด สนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ

3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหา ซื้อมา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา

4) ช่วยเหลือด้านการเงิน

5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน

6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

สรุป ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย และครอบคลุมทุกด้านโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมี

ความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.5. แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

2.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

พรพิมล วรวิฑูรพิทพงศ์ และสงคราม เขาวรรณศิลป์ (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการเกื้อกูลทางด้านร่างกายทางด้านอารมณ์ ที่บุคคลได้รับจากคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีผู้ที่รัก เอาใจใส่ ให้คุณค่าและคิดด้านดีกับตน ผู้คนที่อยู่รอบข้างบุคคล ผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมได้แก่ บิดามารดา คู่รักหรือคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงผู้ที่ช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล อสม.

ไพศาล แยมวงษ์ (2555) การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม ในรูปแบบต่างๆกับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ หรือหน่วยงาน ทางสังคมอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และสามารถตัดสินใจคุณค่าในเชิงปริมาณของ การมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติ รวมถึงข่าวสารข้อมูล ทั้งหมดที่บุคคลได้รับเหล่านั้นได้

Cobb (1976) จากการศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเหมือนตัวกลางที่ช่วยในการประสานความเครียดในชีวิต และได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการนำของข้อมูลผ่านบุคคลหนึ่งที่มีความเชื่อว่าเขาคนนั้นสามารถให้การดูแล ให้ความรัก เห็นคุณค่า และมีกฎเกณฑ์ ข้อตกลงร่วมกันกับเครือข่ายของสมาชิก และพบว่าการสนับสนุนจากสังคมสามารถปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากปัญหาหลายประการในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความต้องการทางการแพทย์ ช่วยในการฟื้นตัว และเพิ่มความสามารถในการรับประทอนยาภายใต้ข้อกำหนดต่าง ๆ ได้ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ 1) แรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าเขาสามารถดูแลและให้ความรักได้ 2) แรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าเขาเป็นที่ยอมรับและมีคุณค่าและ 3) แรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือเครือข่ายในสมาชิคนั้น ๆ

Mirr (1992) ได้นำเสนอการสนับสนุนโดยครอบครัว (Family Support) โดยเป็นบทบาท อีสาระของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลครอบครัว โดยที่ครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในรูปกิจกรรมหรือวิธีการดูแลช่วยเหลือ (Intervention) ที่จัดกระทำกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ความหมายของการสนับสนุนโดยครอบครัว หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโดยพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดที่ยังไม่แพร่หลายและมีหลายความหมายที่จะทำให้เข้าใจตรงกัน มีเทคนิคที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้นดังต่อไปนี้คือ การแนะนำตัวเองกับครอบครัว เมื่อพบกันครั้งแรก การฟังและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การจัดหาข้อมูลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้าใจมีการเข้าเยี่ยมหรือการติดต่อการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล การส่งต่อหรือประสานงานกับทีมสุขภาพ หรือจัดหากลุ่มสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1.) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจแสดง ความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2.) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคมเป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3.) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4.) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support and Social interaction) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

2.5.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายมิติ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ และด้านความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมจะเกี่ยวข้องกับ ขนาดของกลุ่ม ลักษณะของความผูกพัน ระยะเวลา และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ (Pender, 1996)

กลุ่มบุคคล แนวคิดของ Caplan (1974) เกี่ยวกับการจัดแบ่งไว้ 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติที่พบได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรมประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก

ประเภทที่ 2 ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด (Kint) เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย ผู้ร่วมงาน พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต

1) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพเช่น กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยาก

2) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดย Rose (2000) มีแนวคิดว่าคุณคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับความรู้ของผู้ป่วย บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ

2.5.3 องค์กรประกอบการสนับสนุนทางสังคม มีประกอบด้วยที่สำคัญดังนี้

2.5.3.1 หลักการ ที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน

2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3) ปัจจัยนำเข้า ในรูปของข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2.5.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภทดังต่อไปนี้

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกันประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดง ความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคมเป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support and Social interaction) คือการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

Weiss (1974) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 รูปแบบ ที่ได้รับจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งการสนับสนุนเหล่านั้นเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว ดังนี้

- 1) ความใกล้ชิด (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนรักและเอาใจใส่
- 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) จากการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม ทำให้บุคคลไม่รู้สึกแยกจากสังคม
- 3) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
- 4) การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่ได้รับความรักจากผู้อื่นรู้สึกว่ามีคุณค่า
- 5) ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) หมายถึง การสนับสนุนทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง
- 6) การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

Kaplan (1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

- (1) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนการให้ความรัก ความผูกพัน การเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจ

(2) การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

(3) การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและบริการ

Cobb (1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน คือ

(1) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า เขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่

(2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า เขามีคุณค่า และได้รับการยกย่อง นับถือ

(3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคล ทราบว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Khan (1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1) ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออก ถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ในรูปแบบของความผูกพัน การยอมรับ หรือความรัก

2) การยอมรับกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับ ในความถูกต้อง ทั้งทางการกระทำและทางความคิดของบุคคล

3) การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลอื่น

Pender (1987) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 ประเภท คือ

(1) ด้านสนับสนุน (Support) ซึ่งหมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการสถานการณ์ต่างๆ เช่น สิ่งของต่างๆ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

(2) ด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูลหรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาคิดพิจารณาว่าตนจะอย่างไรจึงจะบรรลุผลสำเร็จตามจุดหมายที่ต้องการได้

Schaefer, et. Al. (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้ความผูกพัน ความมั่นใจอบอุ่น ความรู้สึกเชื่อถือ และไว้วางใจในตัวบุคคล การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและใส่ใจจากผู้อื่น

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร และการสะท้อนให้บุคคลรับรู้พฤติกรรม และการกระทำของตนเองว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ทางสังคมได้ และมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

(3) การสนับสนุนที่เห็นเป็นรูปธรรม เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่นการให้สิ่งของ เงินทอง และการให้บริการรูปแบบต่างๆ เช่น การดูแลยามเจ็บป่วย การช่วยทำงานหรือแบ่งเบาภาระหน้าที่ การสนับสนุนประเภทนี้ ถ้าถูกเสนอให้ด้วยความเต็มใจและไม่หวังผลตอบแทน อาจจะเป็นสัญญาณบ่งบอกว่ายังมีคนใส่ใจตัวเราอยู่และผู้รับนั้นมีค่าควรแก่การช่วยเหลือ

2.5.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.5.5.1 ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการ ดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอตส์กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2.5.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

2.5.5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มี ความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนใน ระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ดังนั้นการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในงานวิจัยนี้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้การสนับสนุนในด้านสิ่งของ เงินและเวลาให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงรู้สึกว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.5.6 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

2.5.6.1 Medical Outcomes Study (MOS) Social support survey instrument สร้างโดย Sherbourne & Stewar (1991) ซึ่งใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ด้านข่าวของเครื่องใช้ ด้านเกี่ยวกับความรัก และด้าน

ปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับสังคม กับผลลัพธ์ทางการแพทย์ ซึ่งแบบสอบถามนี้นิยมใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ

2.5.6.2 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Zimet et al., (1988) ใช้สำหรับวัดการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนที่มีความสำคัญอื่น ๆ กับตนเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับวัดกับผู้ใหญ่ทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

2.5.6.3 Schaffer, M. A. (2004) แบบวัดของ Schaffer, M. A. (2004) ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของเงินทอง และบริการ (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับวัดกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่งใช้ในการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม พัฒนามาจาก Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1. Tangible support 2. Affectionate support 3. Positive social interaction support และ 4. Emotional support เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแปลผล ดังนี้ 1 ไม่เคยเลยสักครั้ง 2 ไม่กี่ครั้ง 3 บางครั้ง 4 ส่วนใหญ่ 5 ตลอดเวลา คิดคะแนนโดยรวมถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

2.5.7 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

เป็นวิธีการปฏิบัติของพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ

2.5.7.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การพยาบาลที่แสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวกำลังเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา

2.5.7.2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การพยาบาลให้บุคคลรู้สึกตนเองได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้เกิดการประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองและปรับปรุงผลการปฏิบัติของตนเอง

2.5.7.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การพยาบาลให้คำแนะนำ ข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ

2.5.7.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การพยาบาลที่ให้บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ

ของตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนรวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

2.5.8 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีหรือเพิ่มขึ้น จะมาจากการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนของครอบครัว ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่ น้อง รวมถึง บุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ผลของการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลจากครอบครัว คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแลในการรับประทานยา จะให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ (นพวรรณ เอกสุรียงษ์, 2549)

2.6. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

พยาบาลเป็นทีมสุขภาพจิตที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

2.6.1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2.6.2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคมในปัจจุบัน หรือการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยการนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

2.6.3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ การให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ

2.6.4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวใช้แนวคิด การสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) โดยดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่



การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
ของ House (1981)

แนวคิดหลัก	กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น	รายละเอียด
<p>1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การจัดการอารมณ์โกรธ</p> 	<p>การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษาโดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้เล่าถึงข้อมูลทั่วไประยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล และการจัดการอารมณ์โกรธ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>
<p>2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ การให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา</p>	<p>การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน</p>

ตารางที่ 1 ตารางการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

แนวคิดหลัก	กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น	รายละเอียด
<p>3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคมในปัจจุบัน หรือการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยการนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง</p>	<p>เรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความยุ่งยาก จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>
	<p>กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา</p>	<p>เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไข โดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดการข้างเคียงจากยา มีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะจัดการอย่างไร และการผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วย</p>

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

แนวคิดหลัก	กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น	รายละเอียด
<p>4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือ ด้าน สิ่งของและการให้บริการ</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน อากาศเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาก่อนนัดสถานพยาบาล ใกล้บ้านเมื่อมีอาการกำเริบ และการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก</p>
	<p>กิจกรรมที่ 6 สรุบทบทวนความรู้และการประเมินผล</p>	<p>กิจกรรมที่ 6 สรุบทบทวนความรู้และการประเมินผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแล ในครอบครัว ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ ประเมินผล การร่วมกิจกรรม จากนั้นแจกลูกโป่งเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท นำไปใช้ที่บ้าน และยุติกิจกรรมนี้ ตมตามเป้าหมายที่ 1 เดือน</p>

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก โดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภท และการรักษา โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้เล่าถึงข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

โดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

โดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความยุ่งยาก จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

โดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4

กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไข โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการพฤติกรรมรุนแรงร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยช่วยเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ค้นหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

โดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาก่อนนัด สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อมีอาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัว ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ ประเมินผลการร่วมกิจกรรม จากนั้นแจกสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน และยุติกิจกรรมนัดหมายติดตามเยี่ยม อีก 1 เดือน เพื่อประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจากผู้ป่วยและครอบครัวกลับไปใช้ชีวิตในสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญญา ทองทัฬห และกฤตยา แสงวงเจริญ (2556) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัวโดยการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับยาโรงพยาบาลห้วยราช โดยสอบถามจากผู้ดูแลจำนวน 102 คนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นด้านจิตใจอารมณ์ ร้อยละ 39.2 ด้านการเงินและทรัพย์สิน ร้อยละ 24.5 ด้านร่างกาย ร้อยละ 17.7 และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ร้อยละ 13.7 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นตวาด ดุด่าด้วยคำพูดหยาบคาย เสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู ปิดเปิดประตูด้วยเสียงดัง ร้อยละ 20.6 แข่งตำหนิแสดงท่าทีว่าจะทำร้าย ร้อยละ 19.6

พิสิฐ รุ่งโรจน์วิวัฒน์ศิริ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง จำนวน 40 คนได้รับการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับ Marram (1978) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัย สรุปว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.83$) และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.55$)

วราภรณ์ สินธุโสภากา (2560) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 39 รายที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการหรือมารับยาแทน

ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพ ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลังมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลสรุปดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Rabinovith, Schmitz, Joober, Malla (2013) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 82 คน โดยติดตามเป็นรายเดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือนพบว่า มีความสัมพันธ์รายเดือนระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญใน 4 จาก 7 จุดเวลาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน มีความสัมพันธ์กันเล็กน้อยระหว่างเปอร์เซ็นต์ของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับการสนับสนุนครอบครัวโดยเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาการศึกษาโดยส่วนใหญ่เป็นบุคคลครอบครัว

Tham, Chng, Lopez, and Klainin-Yobas (2016) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ศูนย์สุขภาพจิตในประเทศสิงคโปร์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบการสนับสนุนจากเครือญาติมากที่สุด (n=79,85.90%)

Araya, Ebnemelek, & Getachew (2020) ได้ทำการศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลไอเดอร์ (Ayder) ประเทศเอธิโอเปียในระหว่าง 6- 31 พฤษภาคม 2562 จำนวน 403 คน พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรง 26.6% ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงประกอบด้วย เพศชาย (AOR = 2:61, 95% CI (1.21, 5.61)), ไม่ได้ประกอบอาชีพ (AOR = 8:03, 95% CI (3.08, 25.95)) ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง (AOR = 6:22, 95% CI (2.75, 14.10)), อาการทางจิต (AOR = 8:12, 95% CI (3.11, 21.14)) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (AOR = 6:41, 95% CI (3.02, 13.63)), การขาดการสนับสนุนทางสังคม (AOR = 3:11, 95% CI (1.35, 7.17)), และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 2:40, 95% CI (1.02, 5.66))

Hassan and Zaki (2018) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ($r=917, p \leq 0.001$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House 1981 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษา และการจัดการอารมณ์โกรธ

กิจกรรมที่ 2 ให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต และพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยา ด้านอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 5 ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและการประเมินผลยุติกิจกรรม

พฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษา
(Farragher, 1999)

1. ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา
2. ด้านการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

- X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
- O1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
- O2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
- O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนการได้รับการดูแลตามปกติ
- O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

3.1 ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มาด้วยปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งอยู่ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คนและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวละ 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาด้วยพฤติกรรมรุนแรง

2. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายรุนแรง

2. มีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ปู่ย่า ตา ยาย พี่ น้อง ลูกหลาน ลุง ป้า น้า อา ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีอายุ 20-59 ปี

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพลโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.2 โดยนำการศึกษาของ Hassan and Zaki (2018) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ($r = 0.917$, $p \leq 0.000$) ซึ่งมีการศึกษาและตัวแปรใกล้เคียงกันมากำหนดขนาดอิทธิพล โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.2 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 ราย

เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20% (Gray, Grove & Burn, 2013) เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Match Pair) ด้วยอายุและเพศ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยการทำแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบอาการทางคลินิก ซึ่งเป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิกในด้านอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทตามหัวข้อในแบบประเมิน เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อยโดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน เนื่องจากในช่วงแรกผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้เนื่องจากอาการทางจิตไม่สงบเสี่ยงต่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต้องให้มีอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนนจึงจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้
4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางถึงต่ำมาก และมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยามากกว่า 1 ครั้ง
6. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจับคู่ด้วยอายุและเพศ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวพร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี แล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจิตเวช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่าง ขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.5.1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื้อหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว

2. สร้างโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะและดำเนินกิจกรรมเป็น 6 กิจกรรม กำหนดการดำเนินเป็นรายครอบครัวทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำคู่มือโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทเองก็ได้รับผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ครอบครัวเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์และความขัดแย้งในครอบครัวตามมา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอารมณ์โกรธทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน อารมณ์โกรธเป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเรียนรู้ ทำความเข้าใจเรื่องอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และรู้จักการจัดการกับอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ รวมถึงการที่ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกห่วงใย ใส่ใจรับฟังความรู้สึกและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะส่งผลทำให้สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 : การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลในเรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา รวมถึงความสำคัญการมาตรวจตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานยาต้านอาการทางจิต และการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ยารักษาอาการทางจิต จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการป้องกันปัญหาจากการไม่รับประทานยาและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เกิดความตระหนักและเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 : การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงและครอบครัวจะสามารถเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญ และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ เกิดทักษะในการเผชิญปัญหา ซึ่งได้แก่ การประเมินศักยภาพของตนเอง การทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหา และการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องไปเนื่องจากความสามารถในการจัดระเบียบความคิดมีจำกัด ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเข้ามาช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผล การแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยจิตเภทได้

ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงและครอบครัว ควรต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาและหาทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานการณ์นั้น ๆ และพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญทั้งจากการเจ็บป่วยทางจิตและจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยทางจิต และครอบครัวรับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถของครอบครัวในการดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับประทานยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้มีอาการทางจิตลดลง การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไขสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยามิแนวทางจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับตน และฝึกการผ่อนคลายความเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากด้วยวิธีการที่เหมาะสม กิจกรรมดังกล่าวนี้

จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

กิจกรรมที่ 5 : การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การรับรู้แหล่งข้อมูลแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกถึงการมีคุณค่า การพร้อมให้การช่วยเหลือในระบบชุมชน แหล่งสนับสนุนทั้งทางด้านบุคคล ทรัพยากร การเงินที่จำเป็นได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะแนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ เงิน การบริการต่าง ๆ การอำนวยความสะดวก ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งจำเป็นสำหรับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำและกำลังใจให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การสื่อสารเป็นการทำให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะมีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างเห็นได้ชัด เช่น การพูดน้อย ไม่สนใจพูดกับใคร แยกตัว ไม่กล้าบอกความรู้สึกความต้องการของตนเอง การให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเรียนรู้เรื่องการสื่อสารจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะการสื่อสารทางบวก การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมั่นใจในการสื่อสารเห็นคุณค่าของตัวเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 6 สรุปทบทวนความรู้และการประเมินผล

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การทบทวนความรู้ที่ได้รับตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรง อาการเตือน การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ การเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร การรู้จักแหล่งประโยชน์ รวมถึงการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับมาตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติ สิ่งที่คิดว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายครั้งนี้ และความเป็นไปได้ในการจัดการโดยพยาบาลจะช่วยแนะนำ ตอบข้อข้องใจ ปัญหาที่เหลือค้างอยู่หรือที่เพิ่งค้นพบเจอ เพื่อเพิ่มความ

มั่นใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลที่บ้าน การแนะนำการใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรง การนัดหมายเยี่ยมติดตามอีก 1 เดือน เพื่อแสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจและเป็นທີ່ปรึกษาให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีวิธีการดูแลต่อเนื่องส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้นเน้นการจัดการอารมณ์โกรธ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ในทุกกิจกรรมให้เพิ่มการตั้งประสบการณ์ ปัญหาจริงของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมาเป็นตัวตั้งสถานการณ์ ใช้สถานการณ์ที่กำหนดเป็นตัวเสริม

จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่บางครั้งผู้วิจัยต้องปรับคำพูดและยกตัวอย่างให้เข้าใจง่ายขึ้น และพบว่า สามารถดำเนินกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด กิจกรรมละ 60-90 นาที ผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่ได้มา

ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2. แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบอาการทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์รอลล์และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2546) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .62-.87 ใช้เพื่อตรวจสอบอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ และใช้เพื่อคัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 หมายถึงไม่มีอาการ 2 หมายถึงสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังไม่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง และ 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากคะแนนรวม ทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน

การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิตน้อย

คะแนนมากกว่า 37-126 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) สัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนคัดเลือกเข้าร่วมโครงการเกณฑ์ในการประเมินผู้เข้าร่วมโครงการคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้คะแนน น้อยกว่า 36 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ คำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ สำหรับการ

คิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามและข้อที่มีคะแนนทางลบได้กลับค่าคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม แล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานวัด 5 ระดับ และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50-4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50-3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00-1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คนในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยการให้คะแนนความสอดคล้องของคำถามในแต่ละข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรนี้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นนำไปคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ดังนี้

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

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้เท่ากับ 0.83 ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

คำถามข้อ 7 ปรับจาก “ท่านรับประทานยา ยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง” เป็น “ท่านรับประทานยา เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด เพิ่มเองเพื่อให้หลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง”

คำถามข้อ 10 ปรับจาก “เมื่อเกิดการผัดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปแพทย์ทันที” เป็น “เมื่อเกิดการผัดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัวบิดเกร็ง คอแข็ง ตาค้าง ท่านรีบไปแพทย์ทันที”

คำถามข้อ 11 ปรับจาก “เมื่อเกิดการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้” เป็น “เมื่อเกิดการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยารักษาอาการข้างเคียงของยาที่แพทย์สั่งให้”

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้ว จากนั้นมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยรวมเท่ากับ .85 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม พัฒนามาจาก Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) Tangible support ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 2, 4, 9, 11) 2) Affectionate support ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 5, 1) 3) Positive social interaction support ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 8, 10, 14) 4) Emotional support ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3, 6, 7, 12, 13, 15) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแปลผล ดังนี้ 1 ไม่เคยเลยสักครั้ง 2 ไม่กี่ครั้ง 3 บางครั้ง 4 ส่วนใหญ่ 5 ตลอดเวลา

คิดคะแนนโดยรวมถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนตรวจสอบ ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน จากนั้นนำมาหาค่าโดยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .87 ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

คำถามข้อ 5 ปรับจาก “มีคนที่อธิบายให้คุณเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับคุณ” เป็น “มีคนที่อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคให้คุณเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับคุณ”

คำถามข้อ 13 ปรับจาก “มีคนที่คุณทำอะไรที่สนุกสนานเพลิดเพลินร่วมกันได้” เป็น “มีคนที่คุณทำกิจกรรมที่สนุกสนานเพลิดเพลินร่วมกันได้ (ยกเว้นกิจกรรมที่ทำให้เกิดผลเสีย เช่น ดื่มสุราการใช้สารเสพติด)”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปทำการทดลองใช้ (Try-out) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

3.6.1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ โดยทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากนั้นมาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

1.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.2.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี BackTranslation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554)

1.3 ผู้วิจัยยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์แก่คณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้ศึกษาชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์พยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงาน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.8 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการจัดบันทึกการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองโดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

3.6.2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยมีผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 ครอบครัว โดยครอบครัวที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และครอบครัวที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการขณะทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	วันที่ดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม
---------------	---------------------	---------

<p>ครอบครัวที่ 1-2</p>	<p>จันทร์ 17 พฤษภาคม 2564 จันทร์ 24 พฤษภาคม 2564 จันทร์ 31 พฤษภาคม 2564 จันทร์ 7 มิถุนายน 2564 จันทร์ 14 มิถุนายน 2564 จันทร์ 21 มิถุนายน 2564</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การจัดการอารมณ์โกรธ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา</p>
<p>ครอบครัวที่ 3-4</p>	<p>อังคาร 18 พฤษภาคม 2564 อังคาร 25 พฤษภาคม 2564 อังคาร 1 มิถุนายน 2564 อังคาร 8 มิถุนายน 2564 อังคาร 15 มิถุนายน 2564 อังคาร 22 มิถุนายน 2564</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง</p>
<p>ครอบครัวที่ 5-6</p>	<p>พฤหัสบดี 20 พฤษภาคม 2564 พฤหัสบดี 27 พฤษภาคม 2564 พฤหัสบดี 3 มิถุนายน 2564 พฤหัสบดี 10 มิถุนายน 2564 พฤหัสบดี 17 มิถุนายน 2564 พฤหัสบดี 24 มิถุนายน 2564</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</p> <p>กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล</p>

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	วันที่ดำเนินกิจกรรม	
ครอบครัวที่ 7-8	จันทร์ 28 มิถุนายน 2564 จันทร์ 5 กรกฎาคม 2564 จันทร์ 12 กรกฎาคม 2564 จันทร์ 19 กรกฎาคม 2564 จันทร์ 26 กรกฎาคม 2564 จันทร์ 2 สิงหาคม 2564	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การจัดการอารมณ์โกรธ กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท
ครอบครัวที่ 9-10	อังคาร 29 มิถุนายน 2564 อังคาร 6 กรกฎาคม 2564 อังคาร 13 กรกฎาคม 2564 อังคาร 20 กรกฎาคม 2564 อังคาร 27 กรกฎาคม 2564 อังคาร 3 สิงหาคม 2564	พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง
ครอบครัวที่ 11-12	พฤหัสบดี 1 กรกฎาคม 2564 พฤหัสบดี 8 กรกฎาคม 2564 พฤหัสบดี 15 กรกฎาคม 2564 พฤหัสบดี 22 กรกฎาคม 2564 พฤหัสบดี 29 กรกฎาคม 2564 พฤหัสบดี 5 สิงหาคม 2564	กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
ครอบครัวที่ 13-14	จันทร์ 9 สิงหาคม 2564 จันทร์ 16 สิงหาคม 2564 จันทร์ 23 สิงหาคม 2564 จันทร์ 30 สิงหาคม 2564 จันทร์ 6 กันยายน 2564 จันทร์ 13 กันยายน 2564	กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	วันที่ดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 15-16	อังคาร 10 สิงหาคม 2564 อังคาร 17 สิงหาคม 2564 อังคาร 24 สิงหาคม 2564 อังคาร 31 สิงหาคม 2564 อังคาร 7 กันยายน 2564 อังคาร 14 กันยายน 2564	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การจัดการอารมณ์โกรธ กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา
ครอบครัวที่ 17-18	จันทร์ 20 กันยายน 2564 จันทร์ 27 กันยายน 2564 จันทร์ 4 ตุลาคม 2564 จันทร์ 11 ตุลาคม 2564 จันทร์ 18 ตุลาคม 2564 จันทร์ 25 ตุลาคม 2564	กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา
ครอบครัวที่ 19-20	อังคาร 21 กันยายน 2564 อังคาร 28 กันยายน 2564 อังคาร 5 ตุลาคม 2564 อังคาร 12 ตุลาคม 2564 อังคาร 19 ตุลาคม 2564 อังคาร 26 ตุลาคม 2564	กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล

รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักคุ้นเคยกันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้เรื่องอารมณ์ รู้จักการแสดงออกทางอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการควบคุมอารมณ์โกรธได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดเผยตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน

2. ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมได้

3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ได้

4. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกทักษะในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้

สาระสำคัญ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทเองก็ได้รับผลกระทบหลาย ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ครอบครัวเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์และความขัดแย้งในครอบครัวตามมา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอารมณ์โกรธทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน อารมณ์โกรธเป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น การให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเรียนรู้ ทำความเข้าใจเรื่องอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และรู้จักการจัดการกับอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ รวมถึงการที่ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกห่วงใย ใส่ใจรับฟังความรู้สึกและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะ

ส่งผลทำให้สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว จะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้จ่ายตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงดีขึ้น

การดำเนินการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศอบอุ่นและเป็นมิตร และให้ผู้ป่วยและครอบครัวแนะนำตนเอง
3. พยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสำรวจความรู้สึกอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต
4. กำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์โกรธ การจัดการกับอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์
5. พยาบาลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนะนำวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้น
6. พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสรุปสาระและทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ สำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เปิดเผยตนเองและเล่าเรื่องราวของต่างของตนและครอบครัว โดยครอบครัวมีความเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย ไม่รู้สึกอายที่มีสมาชิกเป็นจิตเภท หวังอยากให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา รักษาต่อเนื่องและเชื่อฟังไม่ใช้สารเสพติด ส่วนผู้ป่วยเองก็อยากหาย บางรายเครียด คิดมากเรื่องลูกป่วย คิดฟุ้งซ่านไปเรื่อยเปื่อยช่วงที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลรู้สึกสบายใจขึ้น ครอบครัวหลับได้ อยากให้ผู้ป่วยเป็นคนดี เลิกเสพสารเสพติดทุกอย่าง ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักอารมณ์โกรธและบอกวิธีการจัดการอารมณ์โกรธโดยแลกเปลี่ยนวิธีการที่เคยปฏิบัติมาและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับตนเองได้ ตัวอย่างคำพูด

ผู้ป่วยจิตเภท “เป็นจิตเภทก็ต้องยอมรับ ยอมรับว่าตัวเองเป็นจิตเวช ปรับตัวเอง อยากให้คนในครอบครัวยอมรับและเข้าใจ ต้องการความรักจากลูกและแม่”

“ผมรู้สึกทรมานจากโรค บางครั้งเศร้า ไม่อยากคุยกับใคร อยากให้คนเข้าใจผม อยากให้แม่ทำกับข้าวให้”

ครอบครัว “แม่รู้สึกกลัวเวลาเห็นผู้ป่วยถืออาวุธ เครียดว่าผู้ป่วยจะหายไหม ทำไม่ยอมกินยา กินยาอยาก อยากให้ผู้ป่วยกินยาง่าย อยากให้รักษาตัว เชื่อฟังคุณหมอ อยากให้หยุดเหล้า”

“ไม่อาย ไม่สนใจชาวบ้าน ชาวบ้านเข้าใจอยู่ เครียด นอนไม่หลับ หุนหวย บางครั้งเฉยๆ กังวลว่าเมื่อไรจะหาย”

“พ่อก็รู้สึกเสียใจ เป็นภาระ ทำงานไม่ได้ อยากให้ลูกกินยาดี ว่าง่าย ๆ”

“น้อยใจ อยากให้ไม่กินเหล้า กินยาจะได้หายรักษาตัวเอง”

“แม่เศร้า เสียใจ ไปพูดรุนแรง ก้าวร้าวกับลูก”

“เครียด ปวดหัว นอนไม่หลับ อยากให้ลูกเป็นคนดีของสังคม ไม่ต้องการให้ทำอะไรให้”

“กลัวผู้ป่วยอาละวาด ทำรุนแรง (เผาเตียงนา) จึงต้องระวังตัวเอง เก็บข้างของที่เป็นอันตราย ซ่อนไว้ อยากให้น้องเชื่อฟัง กินยาตลอด”

ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาผมโกรธ ก็กินยาให้ตรงเวลา สวดมนต์นอน”

“ไม่ต้องสนใจคนมาว่า ให้เดินหนีไป”

“เพื่อนทำให้โกรธ เลยเดินหนี สักพักสงบ ใจเย็นลง ไม่ได้ตีใคร”

“กังวลการเจ็บป่วย เศร้า ไปเดินเล่นไปหาพระ ทำให้ดีขึ้นได้”

“เคยโกรธหงุดหงิดเพื่อนร่วมงานเรื่องเคาะพ่นสีรถ จึงพูดคุยทำความเข้าใจกัน ทำให้เครียด ลดลงหายโกรธ”

“เวลาโกรธ จะหนีเข้าห้อง ฟังเพลงที่ชอบทำให้อารมณ์ดีขึ้น”

“เวลาโกรธมาก ๆ จะหายใจเข้าออก ระลึกถึงพระให้ช่วยเหลือลูกชายบ้าง เราปล่อยวาง ทำให้ดีขึ้น”

กิจกรรมที่ 2 : การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือน การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงและปัญหาจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกอาการของโรคทางจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้

2. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าสิ่งที่สามารถนำไปใช้ปรับในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงและปัญหาจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตได้

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลในเรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา รวมถึงความสำคัญการมาตรวจตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความตระหนักถึง

ความจำเป็นในการรับประทานยาต้านอาการทางจิต และการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ยารักษาอาการทางจิต จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการป้องกันปัญหาจากการไม่รับประทานยาและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เกิดความตระหนักและเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การดำเนินการพยาบาล

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพทักทายผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความสนใจ ใส่ใจ ห่วงใยผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 1/4 “ฉันทำได้”
2. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้ความรู้ในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต อาการข้างเคียงจากยาและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อเสนอแนะและแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่ที่บ้านได้

การประเมินผล

ผลจากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีการพูดคุย สนใจและแสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหามากขึ้น บอกอาการของโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง บอกประโยชน์ของยารักษาอาการทางจิต อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ตามใบงานในกิจกรรม ตัวอย่างคำพูด

“โรคจิตเภทเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง สารเคมีในสมอง จากการกินเหล้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชจากสุรา โรคจิตเวช.”

“สาเหตุมาจากการใช้ยาเสพติด ยาบ้า เหล้า เบียร์ ความคิด หยากร้าง กินเหล้า จิตไม่ปกติ เสพยา ปัญหา ครอบครัว การคบเพื่อน”

“อาการที่ญาติคิดว่าป่วย มีเทพเจ้ามาปกปักรักษา อยู่ในตัวผู้ป่วย ไล่พ่อแม่ โยนของออกนอกบ้าน ถูมิดถูออวูร ด่าคนไปทั่ว หอบเสื้อผ้ามาเผา ดูไม่เหมือนคนปกติทั่วไป ไม่รู้ตัวเหมือนฝัน เดินลงสระพูดเรื่อยเปื่อย พูดทั้งคืน ไม่นอน อาบน้ำบ่อย ๆ”

“ทำร้ายคนอื่น คลุ้มคลั่งอาละวาด ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ ขโมยของคนอื่นเวลาเสพยา”

“อาการเตือนก่อนเกิด จะสังเกตเห็นว่า ไม่นอน เดินในห้อง ไม่ยอมกินอะไร ถู้อมิด จึงไปแจ้ง ตำรวจช่วยพามาโรงพยาบาล”

“ยารักษาอาการทางจิต ทำให้ร่างกาย และ สุขภาพจิตดีขึ้น”

“ยารักษาอาการทางจิต ช่วยทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ไม่เดินไปเรื่อย ๆ ทำให้อารมณ์ดีขึ้น”

“เคยเดินตัวแข็ง หลังโกง ๆ น้ำลายไหล เหงื่อไหลจึงพาไปโรงพยาบาลได้นำเกลือ ปรับยา ให้.”

“พ่อจะดูแลให้กินยากลับว่าจะกลับมีอาการเหมือนเดิมโชคดีที่ว่าผู้ป่วยว่าง่ายยอมกินยา”

“เวลาหงุดหงิดง่าย ฝึกควบคุมอารมณ์ ห่าอะไรทำ เลี้ยงไก่ พยายามใช้พระเป็นที่พึ่งทางใจ.”

กิจกรรมที่ 3 : การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการประเมินศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดจากยาต้านอาการทางจิตอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอจากการใช้ยาต้านอาการทางจิตและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล

สาระสำคัญ

การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงและครอบครัวจะสามารถเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ เกิดทักษะในการเผชิญปัญหา ซึ่งได้แก่ การประเมินศักยภาพของตนเอง การทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาและการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องไปเนื่องจากความสามารถในการจัดระเบียบความคิดมี

จำกัด ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเข้ามาช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยจิตเภทได้

ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงและครอบครัว ควรต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาและหาทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานการณ์นั้น ๆ และพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญทั้งจากการเจ็บป่วยทางจิตและจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยทางจิต และครอบครัวรับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถของครอบครัวในการดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับประทานยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้มีอาการทางจิตลดลง การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวถึงปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาด้านอาการทางจิต รวมถึงการแก้ไขปัญหที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยเอาปัญหาที่ได้มาช่วยกันคิดหาทางแก้ไขตามบริบทของตนเอง
3. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันทบทวนสาระสำคัญที่ได้จากกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่บ้านได้

การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้มีการพูดถึงปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาด้านอาการทางจิต วิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย รับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และรู้จักเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และคิดว่าจะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่บ้านได้

“เขาป่วยเป็นแบบนี้ ก็เป็นห่วงกังวลกลัวไม่หาย เครียดเพราะต้องใช้เงินมาก เวลาเดินทางมาโรงพยาบาล บางทีก็ต้องลางานมา”

“ผมก็จะเลิกกินเหล้า ใช้เงินเท่าที่มีอยู่”

จะให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าญาติเป็นห่วง พูดด้วยคำพูดดี ๆ

“เคยมีน้ำลายไหล พูดซ้ำ ลั่นแข็ง กินยาไม่ดีขึ้นจึงไปหาหมอปรับยาทำให้อาการดีขึ้น”

“อาการข้างเคียงรุนแรง ถ้ามี จะรีบไป รพ.ถ้าอาการไม่แรง แต่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นจะพาไปหาหมอเพื่อปรับยา”

“เวลาผู้ป่วยอาละวาด ครอบครัวจะหา ผู้ใหญ่บ้าน”

“เวลาครอบครัวบ่นว่า ผู้ป่วยจะเปิดเพลงฟังไม่สนใจ”

“ไม่สนใจหากใครจะมองว่าเราเป็นบ้า ก็ทำใจ บางคนชาวบ้านก็เข้าใจ.”

“ไม่กังวลเรื่องที่ว่าต้องกินยานานเท่าไร เดี่ยวแพทย์ก็บอกเอง เรื่องทำงานครอบครัวไม่กังวลขอแค่ผู้ป่วยกินยา ว่าง่าย”

“เวลาหงุดหงิดก็พยายามคุมตัวเอง ไปอาบน้ำให้สบายกาย เย็นใจ กินยาตามที่แพทย์สั่งต่อเนื่อง”

“จะดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง ดูแลให้กินยาเป็นประจำ ดูแลให้อยู่ในบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดก้าวร้าว อาละวาด”

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเข้าใจกับปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรง และความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรง และความเครียดที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวบอกปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรง และความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถบอกวิธีการและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรง และความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไขสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยามีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมกับตน และฝึกการผ่อนคลายความเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากด้วยวิธีการที่เหมาะสม กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยผู้ป่วย

จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

การดำเนินการพยาบาล

1. พยาบาลช่วยค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น
2. พยาบาลแนะนำวิธีการและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้
3. พยาบาลแนะนำวิธีการสังเกตความเครียด ค้นหาสาเหตุและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
4. พยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปลสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อเสนอแนะและแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่ที่บ้านได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวบอกปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ บอกวิธีการและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา การรับประทานยา การเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้ความเครียดและรู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม และสามารถฝึกปฏิบัติผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันสรุปลสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และจะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน

“ผู้ป่วยเคยมีอาการตัวแข็ง ๆ น้ำลายเยอะ จึงพาไปหาหมอโรงพยาบาลแถวบ้าน หมอปรับยาให้รู้สึกดีขึ้นมาก”

“บางครั้งแม่เครียดมาก กินข้าวไม่อร่อย ทั้งกลัวผู้ป่วยจะอาละวาด ทั้งเป็นห่วงลูก บางครั้งต้องไปหาแพทย์เพื่อขอยาคลายเครียด ไปทำบุญฟังธรรม ดิฉันบ้าง”

“ถ้าเขาอาละวาด แม่ก็จะรอดูห่าง ๆ ให้เขาสงบลงก่อน จึงค่อยพูดหวานล่อมให้สิ่งที่ชอบ น้ำหวานน้ำแดง”

“เวลาเครียดผมก็จะเข้าห้อง ฟังเพลง หรือเดินเข้าไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำให้ดีขึ้น”

กิจกรรมที่ 5 : การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้ทราบถึงข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความเข้าใจในการสื่อสารที่ดีและได้พัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวบอกถึงข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และบอกวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้
2. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเข้าใจและบอกถึงลักษณะการสื่อสารที่ดีและมีทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

การรับรู้แหล่งข้อมูลแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกถึงการมีคุณค่า การพร้อมให้การช่วยเหลือในระบบชุมชน แหล่งสนับสนุนทั้งทางด้านบุคคล ทรัพยากร การเงินที่จำเป็นได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะแนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ เงิน การบริการต่าง ๆ การอำนวยความสะดวก ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งจำเป็นสำหรับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำและกำลังใจให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การสื่อสารเป็นการทำให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะมีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างเห็นได้ชัด เช่น การพูดน้อย ไม่สนใจพูดกับใคร แยกตัว ไม่กล้าบอกความรู้สึกความต้องการของตนเอง การให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเรียนรู้เรื่องการสื่อสารจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะการสื่อสารทางบวก การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว คนในชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมั่นใจในการสื่อสาร เห็นคุณค่าของตัวเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

การดำเนินการพยาบาล

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมาว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร การสนับสนุนด้านการประเมินค่าคืออะไร และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นได้

3. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กิจกรรมประกอบด้วย การรู้จักความหมายของการสนับสนุนด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน

4. พยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ช่วยกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และพยาบาลให้ข้อเสนอแนะและแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่ที่บ้านได้

การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวบอกเล่าการนำความรู้สิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาได้ สามารถบอกถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือและรู้จักสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น รู้จักการสื่อสารทางบวกและบอกความต้องการและขอความช่วยเหลือได้ โดยการขอความช่วยเหลือ จะไป รพ.สต.ใกล้บ้าน เช่น พาผู้ป่วยไปฉีดยา เคยให้ตำรวจ 191 พาผู้ป่วยจิตเภทไปโรงพยาบาล โทรเรียกญาติพี่น้องหรือเรียกคนใกล้บ้านมาช่วย การขอความช่วยเหลือจาก อสม อพพร. ผู้ใหญ่บ้าน.รพ.ใกล้บ้าน เพื่อช่วยเหลือทั้งยามที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมกินยา ไม่ยอมไปโรงพยาบาล หรือมีพฤติกรรมรุนแรง .ในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังไม่มีสิทธิผู้พิการก็เข้าใจถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ อยากดำเนินการเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์จากบัตรผู้พิการนั้น

จากการยกตัวอย่างการสื่อสารทางบวก ทางลบ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง สามารถแสดงความคิดเห็นว่าเป็นตนเองก็ไม่ชอบการสื่อสารทางลบเช่นกัน ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จะพยายามนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

“แม่ก็จะพูดว่า ต้องกินยานะลูก คุณหมอให้กินเดี่ยวอาการจะไม่หาย จะกำเริบอีก”

กิจกรรมที่ 6 สรุปทบทวนความรู้และการประเมินผล

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก อารมณ์ บอกเล่าปัญหาของตนเองและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงเหลืออยู่

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงสิ่งที่คิดว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายครั้งนี้ และความเป็นไปได้ในการจัดการ

3. เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการสิ้นสุดของกิจกรรมและการปฏิบัติตามตัวตามคำแนะนำของผู้วิจัย

4. เพื่อทบทวนกิจกรรม ประเมินผลการทำการศึกษาและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวพูดระบายความรู้สึก อารมณ์ บอกเล่าปัญหาของตนเองและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงเหลืออยู่ได้

2. ผู้ป่วยและครอบครัว พูดถึงสิ่งที่คิดว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายครั้งนี้และความเป็นไปได้ในการจัดการ

3. ผู้ป่วยรับทราบถึงการสิ้นสุดของกิจกรรมและบอกวิธีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหลังจำหน่ายได้

4. ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมและประเมินผลการทำการศึกษา รับรู้การนัดหมายติดตามได้

สาระสำคัญ

การทบทวนความรู้ที่ได้รับตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรง อาการเตือน การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ การเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร การรู้จักแหล่งประโยชน์ รวมถึงการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับมาตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติ สิ่งที่จะคิดว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายครั้งนี้ และความเป็นไปได้ในการจัดการ โดยพยาบาลจะช่วยแนะนำ ตอบข้อข้องใจ ปัญหาที่เหลือค้างอยู่หรือที่เพิ่งค้นพบเจอ เพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลที่บ้าน การแนะนำการใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรง การนัดหมายเยี่ยมติดตามอีก 1 เดือน เพื่อแสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจและเป็นที่ยกย่องให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัว เห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีวิธีการดูแลต่อเนื่องส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการใช้ชีวิตตามเกณฑ์การรักษา

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างความเอาใจใส่และสนใจสมาชิกทุกคน และชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ข้อตกลงและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความรู้สึกหรือพูดสิ่งที่คิดว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้ และความเป็นไปได้ ในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เมื่ออยู่ที่บ้านได้

3. พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงการสิ้นสุดของกิจกรรม จากนั้นพยาบาล กล่าวขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่เข้ามาร่วมกิจกรรมการวิจัย และเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องและการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา และบอกถึงการติดตามประเมินอาการและพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังจำหน่าย 1 เดือน

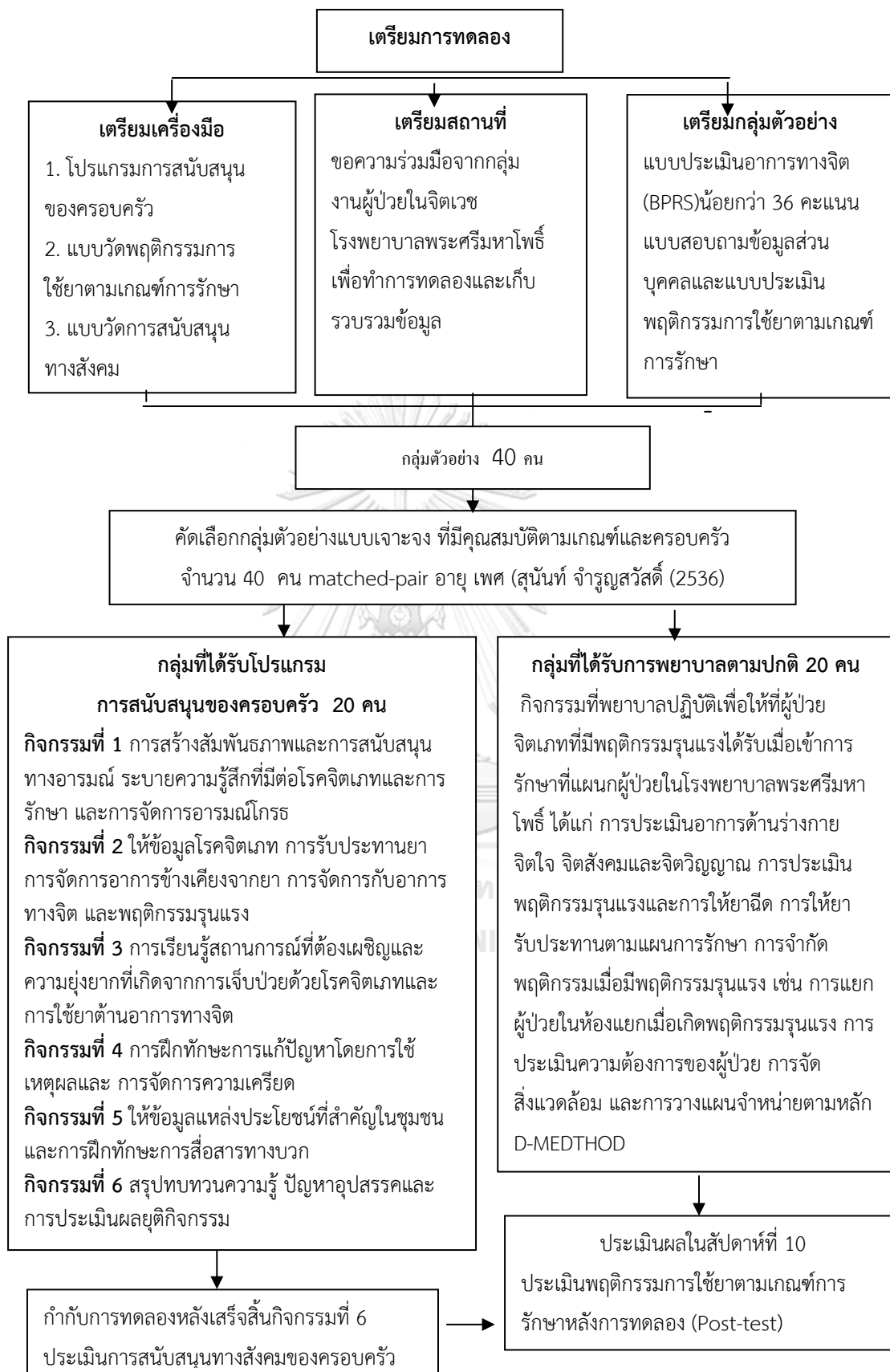
การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งนี้ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายผู้ป่วยและครอบครัวจะได้มีการทบทวนกิจกรรม ปัญหา และการแก้ไขปัญหา หลังจากที่ได้นำความรู้ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษา การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยารักษาอาการทางจิต การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้ ปัญหาอุปสรรคหลังจำหน่าย ครอบครัวยังคงหวาดหวั่นผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด ไปกับเพื่อนจะทำให้ดูแลการรับประทานยากขึ้น แต่ก็พยายามดูแลพูดให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่ได้รับจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวทำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พร้อมกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวในครั้งนี้ นัดพร้อมพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 เดือน

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 โดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านในกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ในโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

3. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวแล้ว 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก แจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก 4 สัปดาห์ ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดพบแพทย์ ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Posttest) จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลตามโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ให้คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน แจ้งการสิ้นสุดกระบวนการวิจัยพร้อมกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้



3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบที (pair sample t – test)
4. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent sample t – test)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems: ICD-10) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเรื่องเพศและอายุ (สุรินทร์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) และถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน และสมาชิกครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน โดยมีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ชาย	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ (ปี)						
20-29	3	15.0	3	15.0	6	15.0
30-39	6	30.0	7	35.0	13	32.5
40-49	8	40.0	6	30.0	14	35.0
50-59	3	15.0	4	20.0	7	17.5
\bar{x}	39.45		40.30		39.88	
min-max	26-59		23-58		23-59	
สถานะภาพสมรส						
โสด	15	75.0	15	75.0	30	75.0
คู่	0	0	1	5.0	1	2.5
หม้าย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
หย่าร้าง	3	15.0	2	10.0	5	12.5
แยกกันอยู่	1	5.0	1	5.0	2	5.0
การศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30.0	7	35.0	13	32.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40.0	4	20.0	12	30.0
มัธยมปลาย/ป.ว.ช.	5	25.0	7	35.0	12	30.0
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	0	0	2	10.0	2	5.0
ปริญญาตรี	1	5.0	0	0	1	2.5

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ต่อ)

ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	6	30.0	10	50.0	16	40.0
รับจ้างทั่วไป	5	25.0	2	10.0	7	17.5
แม่บ้าน	0	0	1	5.0	1	2.5
ค้าขาย	1	5.0	0	0	1	2.5
เกษตรกรรม	6	30.0	6	30.0	12	30.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	0	0	1	2.5
อื่น ๆ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
รายได้						
พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ	5	25.0	2	10.0	7	17.5
พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	6	30.0	2	10.0	8	20.0
ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน	7	35.0	10	50.0	17	42.5
ไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน	2	10.0	6	30.0	8	20.0
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย						
บิดา	3	15.0	4	20.0	7	17.5
มารดา	9	45.0	6	30.0	15	37.5
พี่	4	20.0	4	20.0	8	20.0
น้อง	1	5.0	0	0	1	2.5
สามี	0	0	1	5.0	1	2.5
บุตร	1	5.0	3	15.0	4	10.0
อื่น ๆ	2	10.0	2	10.0	4	10.0

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ต่อ)

ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
1-5	6	30.0	5	25.0	11	27.5
6-10	6	30.0	6	30.0	12	30.0
11-15	5	25.0	4	20.0	9	22.5
>15	3	15.0	5	25.0	8	20.0
\bar{x}	12.05		11.05		11.55	
min-max	2-41		1-25		1-41	
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1-3	8	40.0	6	30.0	14	35.0
4-6	9	45.0	9	45.0	18	45.0
>6	3	15.0	5	25.0	8	20.0
\bar{x}	4.35		5.10		4.73	
min-max	1-15		1-11		1-15	
เคยมีพฤติกรรมรุนแรง						
1-3	11	55.0	8	40.0	19	47.5
4-6	7	35.0	6	30.0	13	32.5
>6	2	10.0	6	30.0	8	20.0
\bar{x}	3.80		5.35		4.58	
min-max	1-10		1-10		1-10	
ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด						
ไม่เคยใช้	5	25.0	3	15.0	8	20.0
เคยใช้	15	75.0	17	85.0	32	80.0

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่ เป็นผู้ชาย ร้อยละ 80 มีอายุ ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35 ไม่ได้ไป ระกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 โดยรายได้ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 50 บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นมารดา ร้อยละ 30 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 30 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4-6 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 45 ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 เคยใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 85

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		ทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	10	50.0	11	55.0	21	52.5
ชาย	10	50.0	9	45.0	19	47.5
อายุ (ปี)						
<40	1	5.0	2	10.0	3	7.5
40-49	3	15.0	4	20.0	7	17.5
50-59	16	80.0	12	60.0	30	75.0
\bar{x}	52		53.60		51.78	
min-max	27-59		20-59		20-59	
สถานะภาพสมรส						
โสด	1	5.0	2	10.0	3	7.5
คู่	15	75.0	14	70.0	29	72.5
หม้าย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
หย่าร้าง	2	10.0	1	5.0	3	7.5
แยกกันอยู่	1	5.0	2	10.0	3	7.5

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		ทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา						
ประถมศึกษา	15	75.0	15	75.0	30	75.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.0	1	5.0	4	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ อนุปริญญา/ป.ว.ส.	0	0	4	20.0	4	10.0
ปริญญาตรี	1	5.0	0	0	1	2.5
อาชีพ						
รับจ้างทั่วไป	2	10.0	0	0	2	5.0
แม่บ้าน	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ค้าขาย	5	25.0	1	5.0	6	15.0
เกษตรกรกรรม	10	50.0	14	70.0	24	60.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อื่น ๆ	0	0	1	5.0	1	2.5
รายได้						
พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ	1	5.0	2	10.0	3	7.5
พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	0	0	1	5.0	1	2.5
ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน	4	20.0	3	15.0	7	17.5
ไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน	15	75.0	14	70.0	29	72.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา	3	15.0	3	15.0	6	15.0
มารดา	6	30.0	7	35.0	13	32.5
พี่	4	20.0	6	30.0	10	25.0
น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สามี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
บุตร	2	10.0	1	5.0	3	7.5
อื่น ๆ	2	10.0	1	5.0	3	7.5

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		ทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
2	2	10.0	2	10.0	4	10.0
3	5	25.0	7	35.0	12	30.0
4	6	30.0	5	25.0	11	27.5
5	4	20.0	2	10.0	6	15.0
>5	3	15.0	4	20.0	7	17.5
\bar{x}	4.10		4.20		4.15	
min-max	2-7		2-10		2-10	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1-5	8	40.0	7	35.0	15	37.5
6-10	7	35.0	8	40.0	15	37.5
>10	5	25.0	5	25.0	10	25.0
\bar{x}	8.60		9.15		8.88	
min-max	1-20		1-26		1-26	
ลักษณะการดูแลผู้ป่วย						
พูดคุยให้กำลังใจ	1	5.0	0	0	1	2.5
พามาพบแพทย์	5	25.0	4	20.0	9	22.5
จัดยาให้รับประทาน	1	5.0	0	0	1	2.5
อื่น ๆ (มากกว่า 1 อย่าง)	13	65.0	16	80.0	29	72.5

จากตารางที่ 4 ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 55 มีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 โดยรายได้ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 72.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา ร้อยละ 32.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี โดยลักษณะการดูแลผู้ป่วย อื่น ๆ (พูดคุยให้กำลังใจ พามาพบแพทย์ จัดยาให้รับประทาน) ร้อยละ 29

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มี
 พฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
 ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองรายบุคคล

คนที่	พฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มทดลอง				พฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มควบคุม			
	ก่อน	แปลผล	หลัง	แปลผล	ก่อน	แปลผล	หลัง	แปลผล
1	2.83	ปานกลาง	4.67	ดีมาก	2.94	ปานกลาง	3.89	ดี
2	3.33	ปานกลาง	4.78	ดีมาก	3.28	ปานกลาง	3.94	ดี
3	2.78	ปานกลาง	4.56	ดีมาก	2.94	ปานกลาง	3.72	ดี
4	2.78	ปานกลาง	4.33	ดี	3.00	ปานกลาง	4.67	ดีมาก
5	2.89	ปานกลาง	4.61	ดีมาก	3.06	ปานกลาง	3.61	ดี
6	3.00	ปานกลาง	4.22	ดี	3.39	ปานกลาง	3.67	ดี
7	3.11	ปานกลาง	4.78	ดีมาก	3.06	ปานกลาง	3.67	ดี
8	3.28	ปานกลาง	4.28	ดี	3.11	ปานกลาง	3.78	ดี
9	3.06	ปานกลาง	4.56	ดีมาก	2.94	ปานกลาง	3.72	ดี
10	3.22	ปานกลาง	4.61	ดีมาก	3.39	ปานกลาง	4.17	ดี
11	2.78	ปานกลาง	4.28	ดี	3.06	ปานกลาง	4.28	ดี
12	3.22	ปานกลาง	4.56	ดีมาก	2.89	ปานกลาง	3.78	ดี
13	3.28	ปานกลาง	4.67	ดีมาก	3.17	ปานกลาง	4.06	ดี
14	3.33	ปานกลาง	4.72	ดีมาก	3.39	ปานกลาง	3.78	ดี
15	2.94	ปานกลาง	4.06	ดี	3.17	ปานกลาง	3.78	ดี
16	3.33	ปานกลาง	4.44	ดี	3.17	ปานกลาง	4.39	ดี
17	3.44	ปานกลาง	4.56	ดีมาก	3.11	ปานกลาง	3.61	ดี
18	3.39	ปานกลาง	4.67	ดีมาก	3.44	ปานกลาง	3.72	ดี
19	3.44	ปานกลาง	4.50	ดีมาก	3.44	ปานกลาง	4.17	ดี
20	3.33	ปานกลาง	4.72	ดีมาก	3.28	ปานกลาง	4.11	ดี

จากตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองรายบุคคล จะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นโดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ในกลุ่มควบคุมรายที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับดีมาก เมื่อวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย อายุ 27 ปี สถานภาพสมรส โสด การศึกษาระดับ มัธยมปลายไม่ได้ทำงานไม่มีรายผู้ดูแลเป็นบิดา ระยะเวลาการเจ็บป่วย 9 ปี เคยนอนรักษาอาการทางจิต 3 ครั้ง สูบบุหรี่ ปฏิเสธสุรา และสารเสพติด ผู้ป่วยจัดยากินเอง โดยบิดาเป็นคนดูแลเวลาจัดยา คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวก่อนการทดลอง 42 คะแนน คะแนนการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลอง 50 คะแนน ผู้ดูแลเป็นบิดา อายุ 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา ระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ 3,000 บาท รายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ดูแลผู้ป่วยมาประมาณ 10 ปี โดยทำหน้าที่พามาพบแพทย์ตามนัด และดูแลเวลาผู้ป่วยจัดยา



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Mean Difference	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
	ก่อนได้รับโปรแกรม						
ด้านพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	3.14	0.27	3.18	0.32	0.039	0.418	0.678
ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	3.14	0.14	0.006	0.082	0.935
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	3.16	0.18	0.022	0.333	0.741
หลังได้รับโปรแกรม							
ด้านพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	4.69	0.21	4.08	0.26	0.617	8.203	<0.001*
ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา	4.36	0.26	3.69	0.33	0.667	7.125	<0.001*
รวมพฤติกรรม	4.53	0.20	3.93	0.29	0.603	7.643	<0.001*

p value from independent t – test, * Significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 6 ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม $p= 0.678$, 0.935 และ 0.741 ตามลำดับ

ในระยะหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม $p<0.001$ โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มควบคุมทุกด้าน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนได้รับ โปรแกรม		หลังได้รับ โปรแกรม		Mean Difference	t	p-value
	(n=20)		(n=20)				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	3.14	0.27	4.69	0.21	1.556	25.339	<0.001*
ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	4.36	0.26	1.222	16.744	<0.001*
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	4.53	0.20	1.389	25.474	<0.001*
กลุ่มควบคุม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	3.18	0.32	4.08	0.26	0.900	9.834	<0.001*
ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา	3.14	0.14	3.69	0.33	0.550	8.564	<0.001*
รวมพฤติกรรม	3.16	0.18	3.93	0.29	0.764	10.279	<0.001*

p value from pair t – test, * Significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 7 ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม $p < 0.001$ โดยหลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.389 คะแนน

ในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม $p < 0.001$ โดยหลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.764 คะแนน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งชายและหญิงในโรงพยาบาลจิตเวชและมาด้วยพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยเจาะจงเลือกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งชายและหญิงอายุ 20-59 ปี ที่มีพฤติกรรมรุนแรง และบุคคลในครอบครัวโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง และความเป็นไปได้ในการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.2 โดยนำการศึกษาของ Hassan and Zaki (2018) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ($r=0.917$, $p \leq 0.000$) ซึ่งมีการศึกษาและตัวแปรใกล้เคียงกันมา กำหนดขนาดอิทธิพล โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.2 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20% (Gray, Grove & Burn, 2013) เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวโดยผู้วิจัยใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมของการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เวลา 60 นาที การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวและการสนับสนุนด้านอารมณ์ การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่ พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ระบายความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเจ็บป่วยทางจิต และช่วยให้ครอบครัวได้ช่วยพูดลดความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความรู้สึก

อารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ และให้ครอบครัวช่วยสรุปสาระและทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรม กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตัวเอง ตระหนักู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองให้รับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เวลา 90 นาที การให้ข้อมูลโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับอาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเรื่อง โรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การรับประทานยาทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยจะตั้งสถานการณ์ว่า ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่รับประทานยา สมาชิกครอบครัวจะทำอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปและให้ข้อเสนอแนะและวิธีการจัดการ เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท เกิดการตระหนักู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ทำให้อาการทางจิตลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) เวลา 60 นาที การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง โดยการเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและ รอคการใช้จ่ายด้านอาการทางจิตโดยการร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้สถานการณ์นั้น ๆ พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น มีอาการตัวแข็ง ไม่สุขสบายจากการใช้จ่ายจะอย่างไร เพื่อประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองทำให้เกิดการตระหนักู้ในการเจ็บป่วยทางจิตครอบครัวรับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถของครอบครัวในการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา เพื่อให้อาการทางจิตลดลง

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) เวลา 60 นาที เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาโดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและช่วยครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไขโดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยามีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมกับตน และฝึกการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การสื่อสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้

เหตุผลส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) เวลา 60 นาที การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้สมาชิกครอบครัว สอบถามสถานพยาบาลที่พาผู้ป่วยไปรักษาเมื่ออาการกำเริบ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การมา ก่อนนัด ให้ข้อมูลแหล่งที่จะช่วยผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ข้อดีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากนั้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นของแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะมีสถานการณ์ว่าหากผู้ป่วย มีอาการผิดปกติ แยกตัว หงุดหงิด มีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวจะทำอะไร ขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษาได้จากที่ใดบ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปช่องทางในการในการพาผู้ป่วยมาก่อนนัด หรือการไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน โทรศัพท์สถานที่สำคัญเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่าง ๆ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จะทำให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการได้ทันที่และสามารถพาผู้ป่วยไปรักษาได้ทันกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือและวิธีการครอบครัวและ แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) เวลา 60 นาที สรุปบทวนความรู้และการประเมินผล ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัว ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด 5 ครั้ง และปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติ จากนั้นประเมินผลการร่วมกิจกรรม แจกสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน และยุติกิจกรรม นัดหมายติดตามเยี่ยม อีก 1 เดือน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องจะส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังตรวจสอบเนื้อหาและภาษา ที่ถูกต้องเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้ครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว

ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา $CVI = .83$

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม พัฒนามาจาก Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne and Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) ไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึง

นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนตรวจสอบประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 4 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน จากนั้นนำมาหาค่าโดยการคำนวณดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .87

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปทำการทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ โดยทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากนั้นมาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

1.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.2.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี BackTranslation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554)

1.3 ผู้วิจัยยื่นโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์แก่คณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้ศึกษาชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเพื่อขออนุญาตดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษาสอบถามความสมัครใจ อธิบายถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากการทดลองจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อเข้าร่วมวิจัยในใบยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนดำเนินการทดลอง (pretest) และนัดหมายประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดการทดลอง (post test) ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนดำเนินการทดลอง (pretest) ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จากนั้นนัดพบกันวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อนัดหมายประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (posttest) ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน

1.8 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการจัดบันทึกการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองโดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยมี ผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 ครอบครัว โดยครอบครัวที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และครอบครัว

ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการขณะทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

3. ชั้นสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

3.1 ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหลังการศึกษา (post-test) ทันทีและติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบที (pair sample t – test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent sample t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เป็น 2 ประการ คือ

สมมติฐาน 1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.14 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.53 ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Informational Support) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอจนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นได้

ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตามแท้จริงจึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของ

ครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอจนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในดังนี้

กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและการระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษา
 กิจกรรมนี้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะแสดงอารมณ์ ความรู้สึกออกมา ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงรับรู้ถึง การเห็นคุณค่า การให้ความรัก ความไว้วางใจความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใยทั้งจากครอบครัวและผู้วิจัย การที่ผู้ดูแลได้พูดแสดงความห่วงใย รับฟังความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วย นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาและการรักษา ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Higashi et al. (2013); Haddad, Brain et al. (2014)) สอดคล้องกับงานศึกษาของ McCabe et al. (2012) ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี สอดคล้องกับงานศึกษาของ Maimunah, Haryanto & Suryani (2016) พบว่าสัมพันธภาพของพยาบาลที่ช่วยสอนทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ($p=0.028$, $OR= 4.400$) และครอบครัวมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ($p=0.002$; $OR=8.960$) (Maimunah, 2016) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคิดเป็น 48.3% โดยเฉพาะด้านทัศนคติครอบครัวต่อการเจ็บป่วย (Ahmed Mostafa Hassinine, Mahmoud Zaki, Mohamed Morsy., 2015). การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวดีขึ้น ทำให้อารมณ์ที่แสดงออกมามีผลลงและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Thanekar, Pawar, & Dhembare, 2021) สอดคล้องกับงานศึกษาของ อุมามพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับอาการเตือน การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยาซึ่งการขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Freudenreich & Cather, 2012) การรับรู้ประโยชน์ของยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Higashi et al. (2013) การที่ผู้วิจัยให้

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การรับประทานยาทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเคยประสบมาเพื่อเรียนรู้จากสถานการณ์นั้น จากนั้นผู้วิจัยจะตั้งสถานการณ์สมมติว่า ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่รับประทานยา ครอบครัวจะอย่างไร จากนั้นจึงช่วยสรุปและให้ข้อเสนอแนะและวิธีการจัดการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านตามบริบทของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท รับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยา เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท มีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ป่วย เห็นความสำคัญของการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา กินยาต่อเนื่อง สามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ส่งผลทำให้อาการทางจิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ SUDJAI (2020) พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นจะต้องมีความรู้เรื่องของโรคจิตเภท การดูแลเมื่อมีอาการกำเริบ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสามารถเผชิญกับอาการทางจิตและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม (Cañas et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ จูตินันท์ อ้วนล้ำและคณะ (2019) ซึ่งพบว่าการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง การเข้าใจประโยชน์และผลกระทบทางลบของยาส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Nisakorn Pothimas et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-yahya (2014) ที่พบว่าภายหลังให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธงรบ เทียนสันต์ และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2558) ที่ทำการศึกษากการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง โดยการเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยการร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานการณ์นั้น ๆ ที่เคยประสบและการจัดการที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ เรียนรู้ พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกความคิดเห็นจากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ ที่ต้องเผชิญ ซึ่งพบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตยา (Chaudhari et al., 2017; Purnama, Amatayakul & Maneerat , 2016) และ ความรุนแรงของอาการทางจิต (Purnama, Amatayakul & Maneerat , 2016) เป็นสาเหตุหนึ่งของ

ความไม่ร่วมมือในการใช้ตามเกณฑ์การรักษา การที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต เช่น อาการตัวแข็ง ไม่สุขสบายจากการใช้ยาต่าง ๆ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สังเกตและจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตยาและสังเกตอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์และสามารถขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพใกล้บ้านได้ กิจกรรมดังกล่าวนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนครอบครัวก็รับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถของครอบครัวในการดูแลให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อให้อาการทางจิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Radeef et al. (2017) การให้สุขภาพ จิตศึกษาโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งช่วยในการสังเกตอาการเตือนและการใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยามีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมกับตน และฝึกการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การสื่อสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหากิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Settem et al. (2019) ที่พบว่าทักษะการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้สมาชิกครอบครัว สอบถามสถานพยาบาลที่พาผู้ป่วยไปรักษาเมื่ออาการกำเริบ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การมาก่อนนัด ให้ข้อมูลแหล่งที่จะช่วยผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ข้อดีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากนั้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นของแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะมีสถานการณ์ว่าหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ แยกตัว หงุดหงิด มีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวจะทําอย่างไร ขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษาได้จากที่ใดบ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปช่องทางในการในการพาผู้ป่วยมาก่อนนัด หรือการไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน โทรศัพท์สถานที่สำคัญเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่าง ๆ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จะทำให้ครอบครัวสามารถ

ประเมินอาการได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถพาผู้ป่วยไปรักษาได้ทันกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือและวิธีการครอบครัวและแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Haddad (2014) การที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและระยะเวลาที่จะหยุดยาเร็วขึ้น ครอบครัวจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งพบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) การมีข้อจำกัดด้านการเงิน (Nisakorn Pothimas et al., 2021) ครอบครัวที่มีรายได้ครัวเรือนต่ำส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Chaudhari et al., 2017) ดังนั้น การให้ข้อมูลเรื่องสิทธิบัตรจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanapathomsinchai et al. (2016) ผู้รับบริการที่ไม่ค่อยมาตามนัดมีการคะแนนการรับรู้ค่าใช้จ่ายและอุปสรรคในการมาตามนัดสูงกว่ากลุ่มที่มาตามนัดอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจกรรมที่ 6 สรุบทบทวนความรู้และการประเมินผล ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัว ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด 5 ครั้ง และการพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดจากการนำไปปฏิบัติที่บ้าน กิจกรรมนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องจะส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาต่อเนื่องเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Eskandari et al. (2021) การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวด้วยการให้ความรู้จะช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.463$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากการที่ผู้วิจัยมีการจัดให้มีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยมีการจับคู่ (Matching) ลักษณะที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ อายุ และเพศ (สุนันท จารุญสวัสดิ์, 2553) เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันและลดปัจจัยแทรกซ้อน เพื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันระหว่าง การได้รับการพยาบาลปกติกับการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างไร ซึ่งจากผลการทดลองจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้มากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลปกตินั้น พบว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ บริการซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับเมื่อเข้าการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การประเมินพฤติกรรมรุนแรงและการให้ยาชนิด การให้ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรมเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ เชื้อมทอง อารีรัช จ่านงค์ผล และกรรตน์ ทองซ้อย (2564) ศึกษาผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแลในด้านความสามารถในการจัดยาของผู้ป่วย ความรู้ของผู้ดูแลความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายของผู้ดูแล และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดยาได้เองและญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต้องมีสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภท พฤติกรรมรุนแรงและการรักษา การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยารักษาอาการทางจิต การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความสามารถในมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และการจัดการอารมณ์โกรธ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การสังเกตอาการเตือนและการดูแลเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากเจ็บป่วยและการใช้ยารักษาอาการทางจิต การเข้าใจปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยการให้เหตุผล และการจัดการความเครียด การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวก ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในโรงพยาบาลหรือในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ดีขึ้น

1.2 เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมีหลายกิจกรรมและใช้ระยะเวลาพอสมควร การนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ พยาบาลจิตเวชสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนในโปรแกรมได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงกับความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมในช่วงวันหยุดเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมโดยไม่กระทบเวลาทำงาน หรือหากอยู่ในชุมชนอาจปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมโดยไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

1.3 พยาบาลจิตเวชที่จะนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ ควรมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าและคงสัมพันธภาพที่ดีตลอดระยะเวลาการดำเนินตามโปรแกรม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมมือในกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมถึงปัญหาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเอง เพื่อให้ นักเรียนนักศึกษาเห็นความสำคัญและนำความรู้ที่ได้จากการนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพและองค์ความรู้ของผู้ที่สนใจศึกษา การช่วยจัดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา

3. ด้านการวิจัย

3.1. ควรมีการศึกษาทั้งในรูปแบบรายครอบครัวและรายกลุ่มครอบครัว รวมถึงการวิจัยที่เป็นแบบระยะยาว โดยมีการศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

3.2 ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ และการนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทดลองในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กขพงศ์ สารการ . (2542). *พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2562). *นิยามและประเภทของครอบครัว*. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศประจำปีงบประมาณ 2563*. ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. พรอสเพอริตี้พลัส. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข*. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมสุขภาพจิตในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565)*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ขวัญสุดา บุญทศ อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554. *Srinagarind Med J 2011*: 26 (Suppl).
- จันทร์ชนก โยธินชัชวาล. (2540). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157
- ชฎาภา ทรงประเสริฐ. (2543). *ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำกรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 14(2), 30-39
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2530). *คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.

- ชุตินา ทองอยู่. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2561).ภาวะฉุกฉินทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีพร วิสุทธิมรรค. (2544). การให้คำปรึกษาทางยาในการรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 26. ฉบับที่ 1. เลขหน้า 1-8 .
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง อารีรัช จำนงค์ผล และกรรติน ทองซ้อย. (2564). ผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 46(3).238-246
- ธงรบ เทียนสันดี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2557). แนวคิดในการบำบัดรักษาทางจิตเวช. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา NUR 3211 ประจำปีการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- บดินทร์ บุญพันธ์ . (2553). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี).
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร . (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : ยูแอนดีไออินเตอร์มีเดีย.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *Journal of Mental Health of Thailand* 2018; 26(1):50-62.
- ปัญญา ทองทัฬและ กฤตยา แสวงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว.วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ที่ 31 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม-ธันวาคม 2556.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ศึกษากรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พยุงค์กิติ์ ผางแก้ว. (2562). ผลการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม -
เมษายน 2562.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้
ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาวนศิลป์. (2549). การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม.
มนุษยศาสตร์สาร. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2549) หน้า 33-47.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ
(วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ภัทรา ถิรลาภ. (2532). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช. วารสารจิตวิทยาคลินิก ปีที่ 20, ฉบับที่ 1
มกราคม-มิถุนายน 2532
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพ.
- ยุภาพร มีหนองหว้า. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ธรรานุช โพธิ์งาม. (2554). ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.
(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแก่กลุ่มต่อความร่วมมือใน
การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- ละเอียด รอดจันทร์ วัชรภรณ์ อุทัยภาคและจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. (2542). *ปัจจัยสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยากรมสุภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
- วรภรณ์ สินธุโสภา. (2560). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วัชรินทร์ วุฒิเจริญฤทธิ์. (2560). *การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาจิตเภทในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 31*. ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2560.
- ศิริพรรณ ธนัชชัย. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สาธิต พุ่มขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สายฝน เอกวารงกูรและเอกรัตน์ วงษ์คำ. (2561). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 2*. นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ . (2536). *ผลของการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .ปทุมธานี.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). *รายงานประจำปี 2548 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ : กรุงเทพฯ.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย . (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร.โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ช้องต๋อง. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแล*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- อุมาพร กาญจรักษ์ . (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

ภาษาอังกฤษ

- Begam, B., & Baruah, A. (2020). Effectiveness of Psychoeducation on Expressed Emotion of Family Members and as Perceived by the Patient with Schizophrenia. *Psychiatry*, 23(1), 21-26.
- Caplan, G. 1974. *Support systems and community mental health*. New York: Behaviora Publicatiems. 11th ed. New York Page.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38(5), 300-314.
- Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A., & Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*, 26(2), 215–222. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_24_17
- De Suasa, A., Kurvey, A., Sonavane, S., (2012). Family Psychoeducation for Schizophrenia: A Clinical Review. *MPJ Online Early*.MPJ-02-08-12
- Deng, M., Zhai, S., Ouyang, X., Liu, Z., & Ross, B. (2022). Factors influencing medication adherence among patients with severe mental disorders from the perspective of mental health professionals. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11.
- Farragher, B., (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6):1-3.
- Farooq, S.& Choudry,A. (2017). Addherence to medication in the community: Audit cycle of interventions to improve the assessment of adherence. *BJPsych Bullitin (2017)*,41,41-44.
- Freudenreich, O., & Cather, C. (2012). Antipsychotic medication nonadherence: Risk factors and remedies. *Focus*, 10(2), 124-129.
- Fryman, M. I. (1981). Social support, life events and psychiatric symptoms: A study of direct, conditional and interaction effects. *Social Psychiatry*,16(April).
- Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia.

Journal of Clinical Psychopharmacology, 31(1), 82-85.

doi:10.1097/JCP.0b013e31820597fa

- Gottlieb, B. H. (1985). *Social support strategies*. Beverly Hills, California: sage Periodications.
- Grove, S. K., Burns, N., and Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication In schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures* 5, 43–62. doi:10.2147/PROM.S42735
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 3(4), 200–218. doi:10.1177/2045125312474019
- House, J.S.; Kahn, R. L.; McLeod, J. D., Williams, D., Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Messures and concepts of social support. *Social Support and Health*, 83 -108.
- Huiting Xei, Xiang Cong Tham., Lee Chmg, Cecilia Mui., Seah, Xin Yi., Lopez, Violeta., Klainin-Yobas, Piyanee., (2016). Factor Affecting Medical Adherence Among Adults with Schizophrenia: A literature Review. *Archives of psychiatric Nursing* 30 (2016) 797-809. journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnu.
- Hassan, S. S., & Zaki, S. M. (2018). Social Support and Its Relation with Medication Adherence among Patients with Psychiatric Illness. IOSR. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. Volume 7, Issue 1 Ver. IV. (Jan-Feb.2018), PP64-7
- Innamuri, R., Palani, K., Silas, M., Samuel, R., George, D. E., Peravali, V., & Ramaswamy, (2019). Effects of group psychoeducation on knowledge of caregivers of people with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 16(2), 105.

- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry (7th ed.). Baltimore, MD US: Williams & Wilkins Co.
- Maimunah, S., Haryanto, S., & Suryani, N. (2016). The Correlation of Educator Nurse and Family Roles toward Schizophrenics' Adherence in Taking Medications.
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., ... & Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, 7(4), e36080.
- Mirr, M. (1992). Family Support. In M. Snyder. (ed.), *Independent Nursing s. Intervention* (2th ed.), New York: Delmar Publishers Inc.
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D., World Health, O., World, B., & Harvard School of Public, H. (1996). *The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez*. In. Geneva: World Health Organization
- Oehl, M., Hummer, M., and Fleischhachhackwer. W. W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Aca Psychiatrica Scandinavia*, 102(407): 83-86.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report*, 10: 790 – 812.
- Paul, S., Joseph, J. W., & Pratap, A. (2020). Impact of empowerment intervention on recovery and symptoms reduction in people with schizophrenia. *National Journal of Professional Social Work*, 56-62
- Pender. (1987). *Health promotion in Nursing Practice*. New York : Appleton Century-Crofts.
- Pothimas, N., Tungpunkom, P., Kanungpiarn, T., & Hannes, K. (2021). Experiences of medication adherence among people with schizophrenia: a qualitative systematic review. *Pacific Rim international journal of nursing research*, 25(2), 229-241.
- P.M. Ljungdahl. (2017). Review article Non adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders – An updated

systematic literature review. *The European Journal of Psychiatry*. Volume 31, Issue 4, October–December 2017, Pages 172-186

- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(2), 70-77.
- Rabinovitch, M., Cassidy, C., Schmitz, N., Joobar, R., & Malla, A. (2013). The Influence of Perceived Social Support on Medication Adherence in First-Episode Psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 59-65.
doi:10.1177/070674371305800111
- Ramírez García, J. I., Chang, C. L., Young, J. S., López, S. R., & Jenkins, J. H. (2006). Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 624-631. doi:10.1007/s00127-006-0069-8
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H., & Hosseizadeh, M. (2015). The effect of group psychoeducational programme on attitude toward Mental illness in Family of Patients with Schizophrenia. *Journal of Caring Science*, 2015, 4(3), 243-251.
- Raviteja, I. (2018). *Effects of Psychoeducation on knowledge of caregivers of people with Schizophrenia* (Doctoral dissertation, Christian Medical College, Vellore).
- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 331-335.
- Sata, C. M., Patel, V. K., Kumar, P., Vasavada, D. A., & Tiwari, D. S. (2021). Impact of Psychoeducation to reduce the burden in primary caregiver of patients with schizophrenia. *Indian Journal of Mental Health*, 8(4).
- Sarkar, N., Singh, A., & Ali, A. (2020). Effectiveness of Social Skills Training in Person with Schizophrenia: A Case Study. *National Journal of Professional Social Work*, 63-69.
- Schaffer, M. A. 2004. *Social support*. In Peterson, Bredow T. S. (Ed.). *Middle range*

theories, Application to nursing research. 1sted. Philadelphia: Lippincott: Williams& Wilkins.

- Shuler K. M. (2014). Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 8, 701–714 . doi:10.2147/PPA.S59371
- Srivastava, P., & Panday, R. (2016). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123-130.
- Suttajit, S., & Pilakanta, S. (2010). Impact of depression and social support on nonadherence to antipsychotic drugs in persons with schizophrenia in Thailand. *Patient preference and adherence*, 4, 363-368. doi:10.2147/ppa.s12412
- Thanapathomsinchai, P., Chompikul, J., Wongsawass, S., Tongmoon, T., & Laosee, O. (2016). Adherence to Outpatient Visit of Persons with Schizophrenia at The Primary Care Units in The Northeastern of Thailand. RSU International Research Conference 2016
- Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P. M., Patel, M. X., & Korhonen, P. (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 603-609.
- Velligan, I.D., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., Dochery, P.J. (2017). why do psychiatry patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence* 2017:11 449-468. *Dovepress*.
- Velligan, D. I., et al. (2009). Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl. 4), 1–46: quiz 47–48.
- Wehring, H. J., & Carpenter, W. T. (2011). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 877-878. doi:10.1093/schbul/sbr094

Weiss, R. (1974). *The provision of social relationships* .in R. Zick (Ed.) Rubin and E. Cliffs, in doing into others. New Jersey : Prentice Hall.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2562.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, w., Endicott, J., & Williams, D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry* 143(1986): 35-39





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์วัฒนพงษ์ พันธุ์สวัสดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
อ.ดร. กชพงศ์ สารการ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี
ดร.อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น
นายดำรงพล จันทร์สดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จ.นครราชสีมา
นางเยาวลักษณ์ การกล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทร. ๖๑ ๕๓๒

ที่ - วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งหนังสืออนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คุณอรุณกมล ทราบรัมย์ และคณะ

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง “ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT ON MEDICATION ADHERENCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENCE BEHAVIORS)” เพื่อขอรับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรม นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคน โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัยรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	050
วันที่	3 ต.ค. 63
เวลา	14.14 น.
ผู้รับ	Amira Kamol

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์ รหัสประจำตัว 6077352336
นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน 12/1
ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง ตระแสง อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด สุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000
โทรศัพท์ 097-296-7539 Email. aroonkamole@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มี
พฤติกรรมรุนแรง

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พ.ท.หญิง ดร.สรินทร เชี่ยวโสธร
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม Amira Kamol ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์)
31 / 10 / 2563

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>Amira</u>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>อรุณกมล</u>
ลงนาม <u>Amira</u> (ผอ.อ. วิชา อ.เสริม)	ลงนาม <u>Amira</u> (รศ.ดร.จิตติมา อรุณกมล)
31 / 10 / 2563	3 / 10 / 63

อนุญาต
Amira อรุณ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

31
31 พ.ย. 63
อรุณ
103 ก.พ. 2563



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริการการศึกษา

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๐-๑๐๗ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ อว ๗๘.๐๒ / ๐๓๗๑๓

วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : น.ส. อรุณกมล ทราบรัมย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง” โดยมี ผศ.ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : น.ส. สุภาวดี เกษไชย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัย
ทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” (พ.ศ. ๒๕๕๕) หลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี
รศ.ดร. ยาใจ สิทธิมงคล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

- ๒ -

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ว่าไม่ขัดข้องและยินดีอนุญาตให้ น.ส. อรุณกมล ทราบรัมย์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทาง ด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ อนึ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบนแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือจำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี “หลักสูตรบัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงิน ส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu และเอกสารฉบับจริงส่งไปที่

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 เลขที่ ๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช
 เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

วรากรณ์ อัครปทุมวงศ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ร่วมวิจัย: อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

งานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมดเพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด เพื่อปรึกษาหารือกับพยาบาลเจ้าของไข้หรือแพทย์เจ้าของไข้ของท่าน หรือปรึกษาญาติ พี่น้อง เพื่อนในกรณีที่มาเยี่ยมท่าน ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ**ของท่านไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการการรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยและลงนามแทนในเอกสารนี้โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-10 เท่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมรุนแรงมีทั้งต่อตนเอง สมาชิกในครอบครัว สถานพยาบาล ตำรวจ และในเรือนจำ พฤติกรรมรุนแรงแสดงออกมาด้วยอาการไม่เป็นมิตร คุกคามทางคำพูด ทำลายข้าวของและทำร้ายร่างกายตนเองรวมถึงคนใกล้ชิด การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงการรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญ ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบเกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำได้บ่อย เป้าหมายที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง คือ ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ลดการกลับเป็นซ้ำเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดตราบาปให้กับสังคม ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยหวังให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อาการทางจิตสงบ ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมรุนแรง
3. มีอาการทางจิตสงบโดยดูจากระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. มีความสามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายรุนแรง
2. มีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน 3 แผนก คือ งานการพยาบาลจิตเวชหญิง งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 และ งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

จากนั้นจะเป็นการติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน โดยนัดเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อท่านพบแพทย์ตามนัดแล้ว

โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 80 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 40 คน และผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 40 คน
ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านจะได้เข้าร่วมโครงการการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นแบบรายครอบครัวทั้งหมด 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่อยู่ในระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ขึ้นติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยการนัดหมายท่านในวันที่ท่านมาตรวจตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ภายหลังจากที่ท่านได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแก่ท่าน

รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ จำนวนครั้งที่นัด 7 ครั้ง หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน และผู้ดูแลจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินที่ท่านต้องตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ท่านจะได้รับการคัดเลือกโดยใช้คะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน และมีอาการทางจิตสงบจากนั้น ผู้วิจัยจะจับคู่ด้วยอายุและเพศ แล้วจับสลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

ท่านที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเพื่อให้ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษา เปิดโอกาสให้เล่าถึงข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทายยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต การสังเกตอาการเตือน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

กิจกรรมที่ 3 เป็นเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทและการใช้ยาด้านอาการทางจิต โดยการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 4 เป็นการทำความเข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการฝึก การแก้ไข รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากในการอยู่ร่วมกันและค้นหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาก่อนนัด สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อมีอาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล เป็นการทบทวนความรู้ และค้นหาปัญหาที่ยังคงค้างจากการทำกิจกรรมทั้ง 5 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ประเมินผลการร่วมกิจกรรม นัดหมายติดตามเยี่ยม อีก 1 เดือน จากนั้นแจกสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน

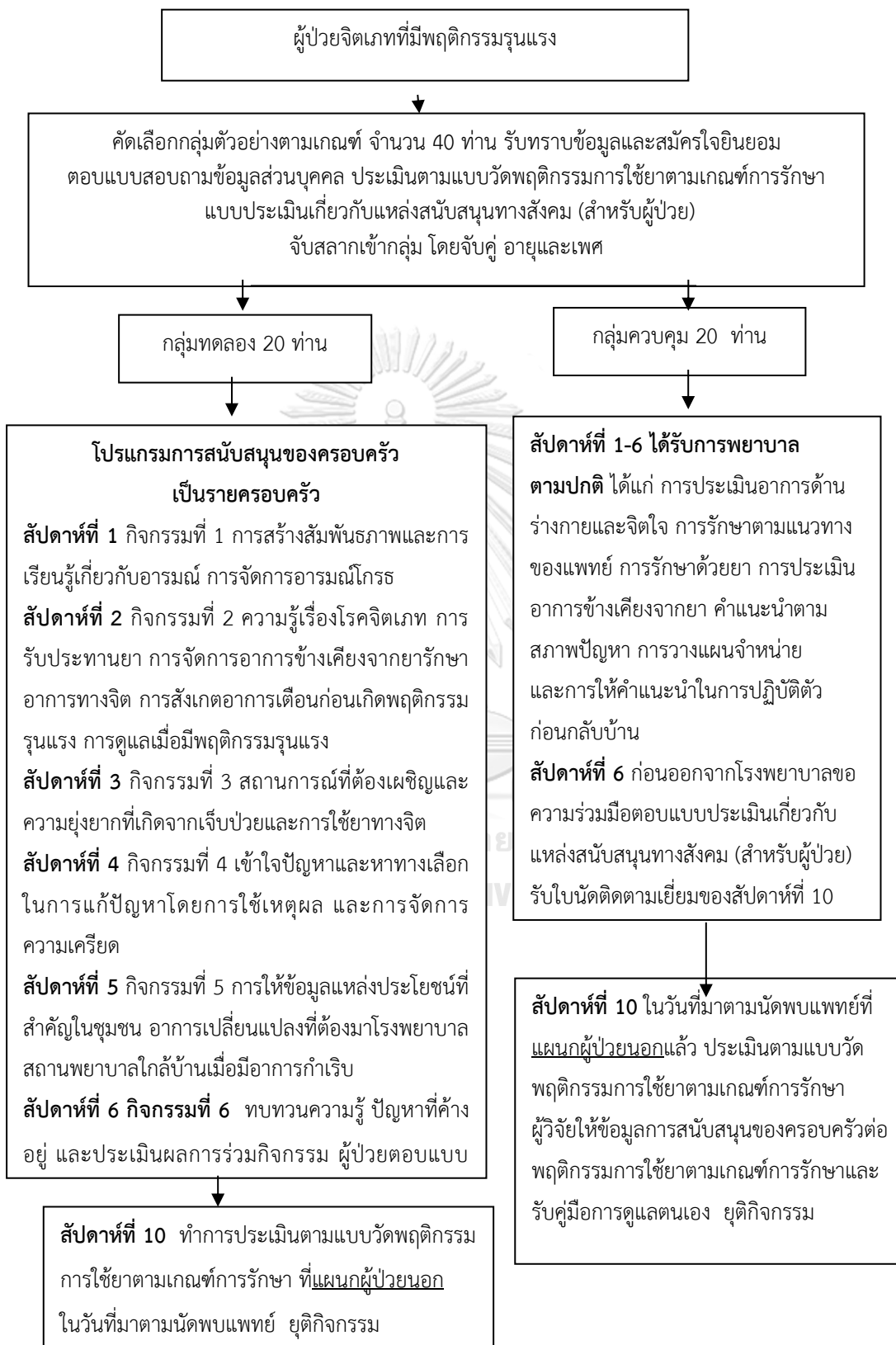
รวมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และ มีการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนอีก 1 ครั้ง เมื่อท่านมาตามนัดพบแพทย์

ท่านที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้รับระหว่างที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของด้านร่างกายและด้านจิตใจ การดูแลขณะมีพฤติกรรมรุนแรง การรักษาตามแนวทางของแพทย์ การรักษาด้วยยา การประเมินอาการข้างเคียงจากการรักษาและการใช้ยารักษาอาการทางจิต การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหา การวางแผนจำหน่ายและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ในสัปดาห์ที่ 6 ก่อนออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยจะขอความร่วมมือท่านในการ

ตอบแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อสิ้นสุดโครงการในสัปดาห์ที่ 10 หรือหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว 4 สัปดาห์ เมื่อท่านมาตามนัดพบแพทย์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือนัดท่านเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เมื่อเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยจะให้ข้อมูลการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อนำไปดูแลตนเองที่บ้าน



สรุปขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย



ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช และดำเนินการอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสามารถปรึกษาจิตแพทย์ได้ตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจของท่าน แต่อาจต้องใช้เวลาในการให้สัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม และการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 และงานการพยาบาลจิตเวชหญิง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่าน หรืออาจได้รับผลกระทบอื่นที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจะควบคุมอย่างใกล้ชิดและในขณะที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดให้มีบุคลากรของหน่วยงานที่เก็บข้อมูลคอยดูแลท่านร่วมกับผู้วิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล หรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยผู้วิจัยหากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดของอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่าน จะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ต่อตัวท่าน

ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิต ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างถูกต้องและปลอดภัย การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง เรียนรู้การจัดการอารมณ์โกรธ วิธีการแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด การขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้การสนับสนุนทั้งในครอบครัวและชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ และได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพของโรงพยาบาล

ประโยชน์ต่อส่วนรวม

ผลจากการวิจัยที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการฟื้นฟู สุขภาพกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นให้

มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ตลอดการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทาง ครั้งละ 150 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งหากท่านไม่สะดวกใจ มีเหตุผลส่วนตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาภายหลังได้ โดยไม่ต้องเปิดเผยเหตุผล การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการของโรงพยาบาล หากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถเข้ารับบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของท่านเช่นกัน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากประสบเหตุอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย คือ นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 12/1 หมู่ที่ 3 ตำบลตระแสง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ (มือถือ) 097-2967539 ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-352533

หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิต และให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษา เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่ นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 12/1 หมู่ที่ 3 ตำบลตระแสง อำเภอเมือง จังหวัดเมือง 32000 โทรศัพท์ (มือถือ) 097-2967539 ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-352533

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ เลขาธิการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตึกอาคารอาคารผู้ป่วยนอกและ
อำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-730-9423, 092-552-5174 หรือ 045-352597

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล
ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทน ชื่อ
นามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัย
เท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่าน
เป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์
ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดย
แยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้และมีกุญแจถือไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้
เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่าน ในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิ
ประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือ
ปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใด ๆ รวมทั้งถ้าท่าน
มีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษา
ภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มี
ผลกระทบ ต่อการได้รับบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอาจถูกขอให้
ออกจากโครงการวิจัยในกรณี เช่น เมื่อโรคมมีอาการรุนแรงขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง
หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)
(สำหรับผู้ดูแลหลัก/สมาชิกในครอบครัว)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ร่วมวิจัย: อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

งานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด เพื่อปรึกษาหารือกับ พยาบาลเจ้าของไข้หรือแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยจิตเภท หรือนำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาญาติ พี่น้อง เพื่อนให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติและท่านก็จะได้รับการบริการการรักษาพยาบาลตาม มาตรฐานวิชาชีพ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วม ในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัคร ในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนาม แทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มาก โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-10 เท่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมรุนแรงมีทั้งต่อตนเอง สมาชิกในครอบครัว สถานพยาบาล ตำรวจ และในเรือนจำ พฤติกรรมรุนแรงแสดงออกมาด้วยอาการไม่เป็นมิตร คุกคามทางคำพูด ทำลายข้าวของและทำร้ายร่างกายตนเอง รวมถึงคนใกล้ชิด การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การรักษาด้วยการใช้ยาเป็นหัวใจสำคัญ ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบเกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำได้บ่อย เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง คือ ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดตราบาปให้กับสังคม ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยหวังให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อาการทางจิตสงบ ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีความสามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ญาติหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้าง และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
4. มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การพามารับรักษา โรงพยาบาล การกักการรับประทานยา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นประจำ
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ท่านที่มีปัญหาสุขภาพจนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัย
2. ท่านที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการใช้ภาษาในการสื่อสาร
3. ท่านที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยในหอผู้ป่วยใน 3 แผนก คือ งานการพยาบาลจิตเวชหญิง งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 และ งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นจะเป็นการติดตามหลังแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน โดยนัดเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อท่านพบแพทย์ตามนัดเรียบร้อยแล้วโดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 80 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 40 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 40 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ท่านจะได้เข้าร่วมโครงการการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นแบบรายครอบครัวทั้งหมด 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่อยู่ในระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ขึ้นติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยการนัดหมายท่านในวันที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากที่ผู้ป่วยตรวจรักษาจากแพทย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ จำนวนครั้งทั้งหมด 7 ครั้ง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ผู้วิจัยจะคัดเลือกท่านจากครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน

ผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามที่ท่านตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก/สมาชิกในครอบครัว

ท่านจะได้รับการคัดเลือกโดยความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยจะจับคู่ด้วยอายุและเพศ แล้วจับสลากสุ่มเข้ากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

ท่านที่อยู่กับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง

จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวทำความรู้จักกัน การพูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตเภทและการรักษา พูดคุยถึงข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ต้องมาโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การจัดการกับอาการทางจิต การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การดูแลเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 เป็นการพูดคุยถึงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 4 เป็นการทำความเข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการฝึกการแก้ไข้ปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาโรงพยาบาล สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อมีอาการกำเริบ

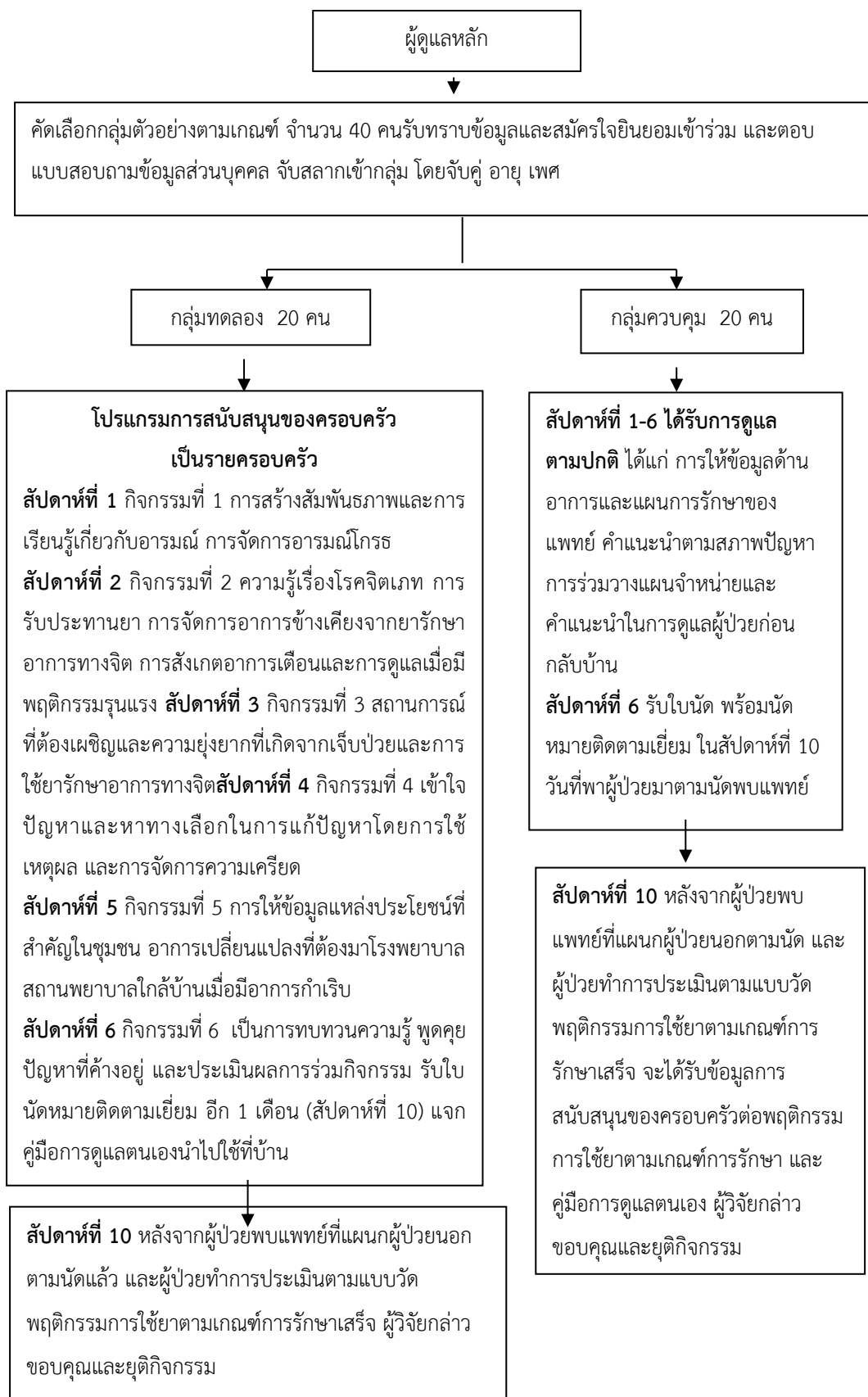
กิจกรรมที่ 6 เป็นการทบทวนความรู้ พูดคุยปัญหาที่ค้างอยู่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ และการประเมินผล ประเมินผลการร่วมกิจกรรม นัดหมายติดตามเยี่ยม อีก 1 เดือน แจกคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน

รวมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และ มีการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนอีก 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมาตามนัดพบแพทย์

ท่านที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม

ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้รับระหว่างที่ท่านพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านอาการและแผนการรักษาของแพทย์ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การร่วมวางแผนจำหน่ายและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และในสัปดาห์ที่ 6 ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะนัดพบท่านเพื่อขอความร่วมมือท่าน ในการพาผู้ป่วยมาตามนัดพบแพทย์หลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน เมื่อสิ้นสุดโครงการในสัปดาห์ที่ 10 หรือหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์ เมื่อท่านพาผู้ป่วยจิตเภทมาตามนัดพบแพทย์หลังจากพบแพทย์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือท่านและผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง แก่ท่านเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สรุปขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย



ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช และดำเนินการอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสามารถปรึกษาจิตแพทย์ได้ตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจของท่าน แต่อาจต้องใช้เวลาในการให้สัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม และการพูดคุยแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 และ งานการพยาบาลจิตเวชหญิง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งใช้เวลาต่อครั้ง 60-90 นาที อาจส่งผล ต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่สบายทางร่างกายอื่นๆ หรืออาจได้รับผลกระทบจากอาการหงุดหงิดของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะทำการควบคุมอย่างใกล้ชิดและจัดให้มีบุคลากรของหน่วยงานที่เก็บข้อมูลคอยดูแลท่าน ร่วมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปัญหาปัสสาวะอุจจาระ หรือมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัย ได้ทันที ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลายและปลอดภัย ผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วย การประเมินอาการที่ไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น และ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัยเอง หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ประจำโรงพยาบาลพร้อมรายละเอียดของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งนี้ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านและผู้ป่วยจะได้รับ **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ประโยชน์ต่อท่าน

ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้ในการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างถูกต้องและปลอดภัย การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมรุนแรง การสังเกตอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดพฤติกรรมรุนแรง เรียนรู้การจัดการอารมณ์โกรธทั้งของตนเองและผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง รู้จักสถานที่และบุคคลที่จะให้การช่วยเหลือในชุมชนที่ครอบครัวท่านอาศัยอยู่ และได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพของโรงพยาบาล

ประโยชน์ต่อส่วนรวม

ผลจากการวิจัยที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงรายอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ตลอดการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกคือ ค่าเดินทางครั้งละ 150 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งหากท่านไม่สะดวกใจ มีเหตุผลส่วนตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาภายหลังได้ โดยไม่ต้องเปิดเผยเหตุผล การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการของโรงพยาบาล หากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถเข้ารับบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของท่านเช่นกัน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากประสบเหตุอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย คือ นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 12/1 หมู่ที่ 3 ตำบลตระแสง อำเภอเมือง จังหวัดเมือง 32000 โทรศัพท์ (มือถือ) 097-2967539 ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-352-533

หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

ท่านสามารถสอบถาม นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ตลอดเวลา ตามที่อยู่ 12/1 หมู่ที่ 3 ตำบลตระแสง อำเภอเมือง จังหวัด

สุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ (มือถือ) 097-2967539 ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ถนนแจ้ง
สนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-352-53

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ เลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตึกอาคารอาคารผู้ป่วยนอกและ
อำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ **081-730-9423, 092-552-5174 หรือ 045-352597**

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล
ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทน ชื่อ
นามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัย
เท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่าน
เป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์
ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดย
แยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือคไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้
เดียวจะไม่มีผู้อื่นเข้าถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิ
ประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือ
ปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใด ๆ รวมทั้งถ้าท่าน
มีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษา
ภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มี
ผลกระทบต่อการใช้บริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัย
ในกรณี เช่น เมื่อมีโรคหรืออาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรง และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม
ได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ
-

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย อายุต่ำกว่า 18 ปี/ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น..... (บิดา-มารดา/
สามี-ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของ.....อนุญาต
ให้ เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ..... บิดามารดา/สามีภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

1. การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิต นรากร, 2553)

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

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity :CVI) ของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

$$CVI = \frac{15}{18}$$

$$= 0.83$$

2. ค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Case Processing Summary

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

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.847	18

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
medication adherence18	3.47	.937	30
medication adherence17	4.87	.346	30
medication adherence16	4.77	.504	30
medication adherence15	4.67	.606	30
medication adherence14	4.50	.820	30
medication adherence13	4.53	.681	30
medication adherence12	3.93	.907	30
medication adherence11	4.50	.630	30
medication adherence10	4.50	.731	30
medication adherence1	3.47	.860	30
medication adherence2	3.87	1.042	30
medication adherence4	4.13	1.074	30
medication adherence3	3.67	1.213	30
medication adherence5	4.60	.724	30
medication adherence6	4.40	.855	30
medication adherence8	4.83	.379	30
medication adherence7	4.37	.999	30
medication adherence9	4.60	.724	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
medication adherence18	74.20	52.717	.417	.841
medication adherence17	72.80	58.648	.094	.849
medication adherence16	72.90	54.162	.654	.834
medication adherence15	73.00	53.586	.598	.834
medication adherence14	73.17	50.764	.670	.828
medication adherence13	73.13	54.189	.460	.839
medication adherence12	73.73	55.306	.232	.850
medication adherence11	73.17	57.592	.133	.851
medication adherence10	73.17	54.764	.366	.842
medication adherence1	74.20	53.269	.418	.840
medication adherence2	73.80	51.683	.434	.841
medication adherence4	73.53	51.154	.453	.840
medication adherence3	74.00	51.034	.390	.846
medication adherence5	73.07	51.857	.660	.830
medication adherence6	73.27	50.823	.632	.829
medication adherence8	72.83	56.420	.474	.841
medication adherence7	73.30	50.286	.563	.833
medication adherence9	73.07	51.857	.660	.830

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
77.67	59.264	7.698	18

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity :CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรา
กูร, 2553)

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

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity :CVI) ของแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน
ทางสังคม

$$CVI = \frac{13}{15}$$

$$= 0.87$$

3. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Case Processing Summary

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

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



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.885	15



Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
social support1	3.4000	1.63158	30
social support2	2.9333	1.31131	30
social support3	4.1000	1.12495	30
social support4	4.4667	.89955	30
social support5	3.4667	1.50249	30
social support6	3.2000	1.37465	30
social support7	3.7000	1.31700	30
social support8	3.6667	1.32179	30
social support9	3.1667	1.46413	30
social support10	3.8000	1.37465	30
social support11	2.8333	1.64177	30
social support12	2.9333	1.46059	30
social support13	2.6667	1.51620	30
social support14	3.6333	1.27261	30
social support15	3.6333	1.21721	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
social support1	48.2000	132.924	.733	.869
social support2	48.6667	143.954	.555	.878
social support3	47.5000	151.155	.388	.884
social support4	47.1333	150.671	.528	.880
social support5	48.1333	135.775	.717	.870
social support6	48.4000	141.145	.616	.875
social support7	47.9000	155.817	.170	.893
social support8	47.9333	138.823	.725	.871
social support9	48.4333	144.737	.462	.882
social support10	47.8000	149.269	.357	.886
social support11	48.7667	134.875	.671	.872
social support12	48.6667	137.747	.679	.872
social support13	48.9333	147.857	.352	.887
social support14	47.9667	144.240	.565	.877
social support15	47.9667	140.240	.743	.871

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
51.6000	163.145	12.77282	15

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว (n=20)

คนที่	คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม			
	การสนับสนุนของครอบครัว			
	ก่อน	หลัง		
1	48	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	12
2	67	73	คะแนนเพิ่มขึ้น	6
3	71	72	คะแนนเพิ่มขึ้น	1
4	49	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	11
5	50	61	คะแนนเพิ่มขึ้น	11
6	33	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	27
7	46	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	14
8	60	62	คะแนนเพิ่มขึ้น	2
9	47	63	คะแนนเพิ่มขึ้น	16
10	49	62	คะแนนเพิ่มขึ้น	13
11	58	65	คะแนนเพิ่มขึ้น	7
12	67	69	คะแนนเพิ่มขึ้น	2
13	53	62	คะแนนเพิ่มขึ้น	9
14	46	61	คะแนนเพิ่มขึ้น	15
15	32	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	28
16	66	68	คะแนนเพิ่มขึ้น	2
17	43	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	17
18	38	61	คะแนนเพิ่มขึ้น	23
19	45	64	คะแนนเพิ่มขึ้น	19
20	48	60	คะแนนเพิ่มขึ้น	12
\bar{x}	50.80	63.15	คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย	12.35
SD.	11.04	4.13		7.94

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว Z= (n=20) แยกตามรายด้าน

คนที่	คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม							
	การสนับสนุนของครอบครัว							
	Tangible support		Affectionate support		Positive social Interact support		Emotional support	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	12	16	6	8	11	13	19	23
2	15	20	9	10	15	15	28	28
3	20	20	8	9	13	15	30	28
4	14	15	5	9	10	14	20	22
5	17	17	2	9	11	11	20	24
6	10	14	4	9	6	13	13	24
7	14	16	6	9	8	11	18	24
8	15	15	7	8	14	14	24	25
9	12	16	9	10	7	11	19	26
10	14	16	4	8	9	11	22	27
11	16	18	7	8	13	13	22	26
12	19	19	9	9	15	15	24	26
13	14	15	4	8	12	14	23	25
14	16	16	7	8	9	13	14	24
15	8	13	4	9	7	13	13	25
16	19	19	10	10	13	13	24	26
17	12	15	4	9	11	13	16	23
18	11	14	5	9	7	14	15	24
19	12	17	6	10	11	13	16	24
20	10	14	5	9	12	12	21	25
\bar{x}	14	16.25	6.05	8.9	10.7	13.05	20.05	24.95
mean	8-20	13-20	2-10	8-10	6-15	11-15	13-30	22-28



เลขที่แบบสอบถาม.....

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในเรื่อง “ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง” ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากท่านจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการช่วยแบบสอบถามนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้จะประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ดูแลหลัก/สมาชิกครอบครัว)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale :BPRS) (ผู้วิจัยทำการประเมินเอง)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สำหรับผู้ป่วย)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (สำหรับผู้ป่วย)

ขอความร่วมมือจากท่านพิจารณาและบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามในหน้าถัดไปที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด **ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้**

โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเผยแพร่ หรือทำให้เสียหายแต่อย่างใด
และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องที่ว่างไว้ ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

1. เพศ 1. หญิง 2. ชาย

2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนให้คิดเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. คู่ |
| <input type="checkbox"/> 3. หม้าย | <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง |
| <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ขอแสดงข้อมูล |

4. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น. |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. | <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ป.ว.ส. |
| <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ..... | |

5. อาชีพ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ว่างาน | <input type="checkbox"/> 2. รับจ้างทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> 3. แม่บ้าน | <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ..... | |

6. รายได้ของผู้ป่วยจิตเภท

1. ไม่มีรายได้

2. มีรายได้ จำนวนบาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้

1. พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ

2. พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ

3. ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน

4. ไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน

8. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

1. บิดา

2. มารดา

3. พี่

4. น้อง

5. สามี

6. ภรรยา

7. บุตร

8. อื่น ๆ ระบุ.....

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน.....ปี (โดยประมาณ)

8. จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง (รักษาทางจิตเวช)

9. ประวัติการเคยมีพฤติกรรมรุนแรง.....ครั้ง

10. ประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

1. ไม่เคยใช้

2. เคยใช้ บุหรี่ ความถี่.....มวน/วัน

สุรา/สุราขาว /เบียร์/อื่น ๆ ระบุ.....ใช้ปริมาณ.....ทุกวัน ,
3-5 วัน ต่อสัปดาห์

อื่น ๆ ระบุ.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ดูแล)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องที่ว่างไว้ ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

1. เพศ 1. หญิง 2. ชาย

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. คู่ |
| <input type="checkbox"/> 3. หม้าย | <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง |
| <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ขอแสดงข้อมูล |

4. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. |
| <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส. | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป | <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ |

5. อาชีพ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 2. แม่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย | <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 6. ว่างาน |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ..... | |

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้

2. มีรายได้ จำนวนบาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้

1. พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ

2. พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ

3. ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน

4. ไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

1. บิดา

2. มารดา

3. พี่

4. น้อง

5. สามเี

6. ภรรยา

7. บุตร

8. อื่น ๆ ระบุ.....

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย..... ปี

11. ลักษณะการดูแลผู้ป่วย

1. พุดคุยให้กำลังใจ

2. พามาพบแพทย์

3. ให้เงินค่ารักษาพยาบาล

4. ให้เงินใช้จ่ายประจำวัน

5. จัดยาให้รับประทาน

6. อื่น ๆ ระบุ.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

.....ส่วนนี้เฉพาะวิจัยเท่านั้น.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale :BPRS) (ผู้วิจัยทำการประเมินเอง)

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่...../...../.....

คำชี้แจง วงกลมรอบระดับคะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	=1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	=5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	=2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	=6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	=3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	=7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	=4 คะแนน		

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
1.ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3.ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4.ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5.อารมณ์ซึมเศร้า (Depress mood)	1	2	3	4	5	6	7
6.ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7.ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8.อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9.เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน
10.อาการไม่รู้สถานที่ วัน เวลา (Disorientation)	1 2 3 4 5 6 7
11.ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)	1 2 3 4 5 6 7
12.การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1 2 3 4 5 6 7
13.ความตึงเครียด (Tension)	1 2 3 4 5 6 7
14.ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1 2 3 4 5 6 7
15.การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1 2 3 4 5 6 7
16.การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1 2 3 4 5 6 7
17.การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunt affect)	1 2 3 4 5 6 7
18.อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1 2 3 4 5 6 7

*** ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ถูกผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการที่สังเกตผู้ป่วย ***

คะแนนรวมคะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในเรื่อง “ ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ” ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากท่าน จะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการช่วยแบบสอบถามนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะถามถึงพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยตัวเลือกมีทั้งหมด 5 ตัวเลือก คือ “ประจำ” “บ่อยครั้ง” “บางครั้ง” “นาน ๆ ครั้ง” และ “ไม่เคย”

ขอความร่วมมือจากท่านพิจารณาและบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามในหน้าถัดไปที่ตรงกับตัวท่าน ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเผยแพร่ หรือทำให้เสียหายแต่อย่างใด และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โปรดพิจารณา ข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึง
ความถูกหรือผิด ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มี
ผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยปฏิบัติในข้อคำถามต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร โดยเลือกตอบได้ 1

คำตอบ

คำอธิบาย	ข้อความ	ความหมาย
	ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
	บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
	บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง
	นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง
	ไม่เคย	ไม่เคย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
6. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
7. ท่านรับประทานยา เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด เพิ่มเองเพื่อให้หลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
8. ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
9. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					
10. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างของยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัวบิดเกร็ง คอแข็ง ตาค้าง ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
11. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยารักษาอาการข้างเคียงของยาตามที่แพทย์สั่งให้					
12. ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
15. แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
17. เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (สำหรับผู้ป่วย)

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในเรื่อง “ ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ” ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากท่าน จะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการช่วยแบบสอบถามนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่ท่านมี โดยมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก “ไม่เคยสักครั้ง” “ไม่กี่ครั้ง” “บางครั้ง” “ส่วนใหญ่” และ “ตลอดเวลา”

ขอความร่วมมือจากท่านพิจารณาและบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามในหน้าถัดไปที่ตรงกับตัวท่าน ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเผยแพร่ หรือทำให้เสียหายแต่อย่างใด และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่ท่านมี ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

1. **คุณมีญาติสนิทที่คน** (คนที่อยู่ในครอบครัวสายตรงของคุณได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร และคู่สมรสที่คุณรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ด้วยและสามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวที่อยู่ในใจคุณได้)

โปรดบอกจำนวนของญาติสนิทที่คุณมีญาติสนิท.....คน

คำอธิบาย

ข้อความ

ความหมาย

ตลอดเวลา	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา
ส่วนใหญ่	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
ไม่กี่ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยสักครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

โปรดบอกในสิ่งที่ตรงกับความคิดของคุณ

ข้อความ	ไม่เคย สักครั้ง	ไม่กี่ ครั้ง	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
1. มีคนช่วยเหลือเมื่อคุณไม่สบายจน ล้มหมอนนอนเสื่อ					
2. มีคนให้คำแนะนำที่ดีแก่คุณ เมื่อ คุณมีปัญหายุ่งยาก					
3. มีคนพาคุณไปพบแพทย์เมื่อคุณ เจ็บป่วย					
4. มีคนที่รักห่วงใยคุณ					
5. มีคนที่อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคให้ คุณเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับคุณ					

ข้อความ	ไม่เคย สักครั้ง	ไม่กี่ ครั้ง	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
6.มีคนที่คุณไว้วางใจที่จะพูดคุยด้วย เกี่ยวกับตัวคุณเองหรือปัญหาของคุณ					
7.มีคนที่คุณอยู่ด้วยแล้วรู้สึกสบายใจ					
8.มีคนที่ช่วยจัดเตรียมอาหารให้คุณ เมื่อคุณไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง					
9.มีคนที่คุณทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย แล้วทำให้คุณลืมเรื่องไม่สบายใจ					
10.มีคนที่ช่วยคุณทำงานบ้านยามที่ คุณเจ็บป่วย					
11. มีคนที่คุณสามารถเล่าหรือบอก ความวิตกกังวลส่วนตัวและความกลัว ต่าง ๆ ได้					
12. มีคนที่คุณสามารถขอคำแนะนำ เกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวที่คุณเผชิญอยู่					
13.มีคนที่คุณทำกิจกรรมที่สนุกสนาน เพลิดเพลินร่วมกันได้ (ยกเว้น กิจกรรมที่ทำให้เกิดผลเสีย เช่น ดื่ม สุรา การใช้สารเสพติด)					
14.มีคนที่เข้าใจปัญหาต่าง ๆ ของคุณ					
15.มีคนที่คุณรักและทำให้คุณรู้สึกว่าคุณ เป็นที่ต้องการ					

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจึงมีหน้าที่หลักในการช่วยดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงป้องกันการเกิดอาการกำเริบและพฤติกรรมรุนแรงได้

ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยครอบครัวจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเล็งเห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ตามศักยภาพต่อไป

นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แนวคิดและหลักการ	4
รูปแบบการดำเนินกิจกรรม	8
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ สนับสุนน ด้านอารมณ์	12
กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท ยา การ จัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับ อาการเตือน	26
กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วย ตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง	45
กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกใน การจัดการกับปัญหา	53
กิจกรรมที่ 5 โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสร้าง ปฏิสัมพันธ์	65
กิจกรรมที่ 6 สรุปบทวนความรู้และการ ประเมินผล	76

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

แนวคิดและหลักการ

การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งแสดงออกด้านการทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุหนึ่งมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงปฏิเสธการเจ็บป่วย (denial of illness) ขาดการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัว (lack of social or family support) (Shuler, 2014) อาการทางจิตและการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย (Lack of awareness of illness) (Ljungdahl, 2017) การวิจัยนี้จึงมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยด้านผู้ป่วยในด้านการปฏิเสธการเจ็บป่วยร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Tham et al., 2016) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (Glick, Stekoll, & Hays, 2011) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงขึ้น (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัณศิริ, 2557) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยหลักการสำคัญคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง (Affirmation) การบอกให้ทราบผลถึงผลดี 4) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social interaction) คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยจัดกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยใน เป็นรายครอบครัว โดยแบ่งเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาทีโดยดำเนินกิจกรรม 1 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว

การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่ พุดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ระบายความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเจ็บป่วยทางจิต และช่วยให้ครอบครัวได้ช่วยพุดลดความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความเครียด อารมณ์ที่เกิดขึ้น และให้ครอบครัวช่วยสรุปสาระและทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรม กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตัวเอง ตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองให้รับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะ และพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต อาการนำ โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเรื่อง โรคจิตเภท การรับประทานยาทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยจะตั้งสถานการณ์ว่า ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่รับประทานยา สมาชิกครอบครัวจะอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปและให้ข้อเสนอแนะและวิธีการจัดการ เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ทำให้อาการทางจิตลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ลี้ภัย

ครั้งที่ 3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรอง ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเอง โดยการเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต โดยการร่วมพุดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้สถานการณ์นั้นๆ พุดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น มีอาการตัวแข็ง ไม่สุขสบายจากการใช้ยาจะอย่างไร เพื่อประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ให้

ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวรับรู้ถึงความสำคัญและความสามารถของครอบครัวในการดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา เพื่อให้อาการทางจิตลดลง

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกการแก้ไขและการฝึกทักษะการเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยามีแนวทางการจัดการอย่างไรบ้าง หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะจัดการอย่างไร การผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและการดูแล ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมกับตน และฝึกการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การสื่อสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมดังกล่าวนี้จะช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ส่งผลต่อการตระหนักรู้และอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง สถานพยาบาลที่พาผู้ป่วยไปรักษาเมื่ออาการกำเริบ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การมาก่อนนัด ให้ข้อมูลแหล่งที่จะช่วยผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ข้อดีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากนั้นให้ครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะมีสถานการณ์ว่าหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ มีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวจะทำอย่างไร ขอความช่วยเหลือ หรือคำปรึกษาได้จากที่ไหนบ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยสรุปช่องทางในการในการพาผู้ป่วยมาก่อนนัด หรือการไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน โทรศัพท์สถานที่สำคัญ เมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่าง ๆ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จะทำให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถพาผู้ป่วยไปรักษาได้ทัน กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเองและการสนับสนุนจากในครอบครัวและแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนความรู้และการประเมินผล ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลในครอบครัว ระบายความรู้สึก บอกปัญหาและค้นหาปัญหาที่ยังคงอยู่ จากนั้นทบทวนความรู้ที่ได้รับมาตั้งแต่เริ่มต้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด 5 ครั้ง สรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติ จากนั้นประเมินผลความร่วมมือกิจกรรม แจกสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้าน และนัดหมายติดตามเยี่ยมอีก 1 เดือน เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรค เกิดการตระหนักรู้ ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีวิธีการดูแลต่อเนื่องส่งผลทำให้อาการทางจิตสงบและผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาต่อเนื่อง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอรุณกมล ทราบรัมย์
วัน เดือน ปี เกิด	21 พฤศจิกายน 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2543 อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตร 4 เดือน จากมหาวิทยาลัยมหาสารคามร่วมกับโรงพยาบาลพระ ศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี พ.ศ. 2559
ที่อยู่ปัจจุบัน	12/1 หมู่ 3 ตำบล ตระแสง อำเภอ เมือง จังหวัด สุรินทร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY