

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH RELATED QUALITY
OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA



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 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	น.ส.พิชญา บัวรุ่ง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พินญา บัวรุ่ง : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON
HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่
ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการกับอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการกับอาการ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) และ 3) แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98 และ 0.86 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977304836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: THE SYMPTOMS MANAGEMENT, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE, SCHIZOPHRENIA
 Pichaya Buarung : THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH RELATED
 QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. Advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn
 Upasen, Ph.D.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were 1) to compare the health related quality of life in persons with schizophrenia before and after received the symptom management program, and 2) to compare the health related quality of life in persons with schizophrenia who received usual nursing care activities. Research sample consisted of forty schizophrenic patients received services in in-patient department, Srithanya Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pairs and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group, The experimental group received The symptom management program for 5 weeks. The control group received usual nursing care activities. Research instruments were: 1) The symptom management program 2) SF-36 questionnaire 3) The negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale. All of instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Cronbach's Alpha coefficient reliability of the SF-36 questionnaire and The negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale was 0.98 and 0.86, respectively. The t-test was use in data analysis.

Major findings were as follows:

- 1) The Health related quality of life in persons with schizophrenia who received the symptom management program was significantly higher than before, at the .05 level.
- 2) The Health related quality of life in persons with schizophrenia who received the symptom management program was significantly higher than those who received usual nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางการพัฒนาการเขียนวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนชี้แนะแนวทางการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ เมตตา อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจ ความทุ่มเทของอาจารย์ที่มอบให้ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบโครงการวิจัยครั้งนี้ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบโครงการวิจัยที่ทำให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งในการนำไปใช้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่เสียสละเวลา ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และเพื่อนร่วมงานในกลุ่มงานผู้ป่วยใน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ที่ให้โอกาสให้เวลาในการศึกษา ขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่แผนกผู้ป่วยใน คณะกรรมการด้านการวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่อนุญาตให้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง และให้คำแนะนำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อฉลาด และคุณแม่เพียวรี่ บัวรุ่ง พิริยา เผติมอรรถกิจ พี่นันทวัฒน์ โคตรเจริญและเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่ให้กำลังใจให้การสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอด อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูกตเวทิตาคุณแต่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พิชญา บัวรุ่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	ง
กิตติกรรมประกาศ..... จ	จ
สารบัญ..... ฉ	ฉ
สารบัญตาราง..... ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญ..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 7	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 7	7
แนวเหตุผลและสมมติฐาน..... 7	7
สมมติฐานการวิจัย..... 13	13
ขอบเขตการวิจัย..... 13	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 14	14
ประโยชน์ที่ได้รับ..... 17	17
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 18	18
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท..... 19	19
2. อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท..... 30	30
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ..... 42	42
4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท..... 49	49
5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ..... 51	51
6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท..... 58	58

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	118
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	120
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	128
สรุปผลการวิจัย.....	134
อภิปรายผลการวิจัย.....	134
บรรณานุกรม.....	144
ภาคผนวก.....	154
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	155
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการหาความเที่ยงของเครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	180
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย.....	184
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	190
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย.....	192



ประวัติผู้เขียน 194



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์โปรแกรมการจัดการกับอาการ	59
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่	88
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา.....	90
ตารางที่ 4 ตัวอย่างกิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลตนเองใน 1 วัน.....	109
ตารางที่ 5 ตัวอย่างการฝึกทักษะแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว.....	113
ตารางที่ 6 คะแนนอาการทางลบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	116
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล.....	121
ตารางที่ 8 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	123
ตารางที่ 9 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	124
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)	125
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	126
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความเรื้อรัง โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (WHO, 2016) พบอัตราความชุก (prevalance) 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.2 ต่อ 1,000 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภท (incidence) 0.24 ต่อ 1,000 ของประชากรทั่วโลก (Sadock&Sadock, 2017) โดยในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับบริการของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 241,838 คน ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติอันดับโรคผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2562 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด 5,913 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2,748 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง (สถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2562) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทยังเป็นโรคทางจิตเวชลำดับต้นๆ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2557) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทพบได้ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางสติปัญญา อาการทางบวก ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด อาการทางลบ เป็น อาการแสดงออกซึ่งเกิดจากการขาด หรือลดลงของสติปัญญา การทำหน้าที่และการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปกติ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น (a volition) ไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยพึงพอใจ หรือภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) และอาการทางสติปัญญา ได้แก่ การขาดความใส่ใจ ว้าวุ่นง่าย สมาธิแย่ง และบกพร่องในเรื่องต่างๆ เช่น ความจำ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการพิจารณา ถึงแม้การรักษาในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทุเลาและสามารถกลับไปอยู่กับสังคมได้ แต่ยังพบบ่อยครั้งที่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังมีอาการหลงเหลือ โดยเฉพาะอาการทางลบ ได้แก่ มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัวออกจากสังคม พูดน้อยหรือไม่พูด ส่งผลทำให้มีอาการกำเริบได้เป็นระยะๆ โดยพบว่า ภายใน 1 ปี หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและไปใช้ชีวิตในชุมชน คิดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก (Chein and Norman, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา

ปีงบประมาณ 2559 พบผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 20.48 โดยอาการที่กำเริบนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่แปลกไปจากคนทั่วไป ได้แก่พูดคนเดียว แยกตัว ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ ขาดการดูแลตนเอง ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ที่ปรากฏส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงาน ทักษะทางสังคม การเข้าสังคม (Martin & Osborne, 1989; Moller & Murphy, 2001; มาโนช เหล่าตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) เกิดอุปสรรคในการดำรงชีวิต ไม่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (อัญชลี ศิริเทพทวี และคณะ, 2554) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้างและซับซ้อนในปัจจุบันจึงทำให้เกิดการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นเพื่อใช้อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท นั่นคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย 2) ข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย 3) ความเจ็บปวดทางกาย 4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม 7) สภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจ 8) ข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ware and Sherbourne, 1992)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่ไม่ดีทั้ง 8 มิติย่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Barnes, Murphy, Fowler and Rempfer, 2012; Azaiez et al, 2018) (\bar{X} =2.32 S.D.=0.79) ดังนี้ 1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง ไม่สามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้อย่างเหมาะสม ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เป็นต้น (Patel et al., 2014) 2. ข้อจำกัดการทาบเทาเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ขาดความกระตือรือร้น ส่งผลต่อการขาดความรับผิดชอบต่อบเทาหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Goreishizadeh et al., 2012) 3. ความเจ็บปวดทางกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเจ็บปวดทางกายจากการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภทและการรักษา เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการตัวแข็งทื่อไม่เคลื่อนไหวร่างกาย นิ่งนิ่งไม่เคลื่อนไหว จนส่งผลต่อความไม่สุขสบายทางกายเกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อเนื่องจากกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งเป็นระยะเวลาานาน 4. การรับรู้สุขภาพ

โดยทั่วไป คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่สนใจที่จะดูแลกิจวัตรประจำวันตนเอง ตั้งแต่สุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร แบบแผนการนอน (Galderisi et al., 2014) 5. ความมีชีวิตชีวา คือ ผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความรู้สึกยินดีต่อสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีความสุข (Anhedonia) หรือ ไม่มีความสุข มีอารมณ์เฉยเมย ไม่มีการแสดงออกของสีหน้า น้ำเสียง ทำทางไม่ว่าจะมีอารมณ์โกรธ หรือ ความรู้สึกดีใจ ขาดความชื่นชอบและความพึงพอใจกับกิจกรรมในชีวิตต่างๆที่สร้างสรรค์ (Fervaha et al., 2014) 6. การทำหน้าที่ทางสังคม คือ ผู้ป่วยจิตเภทหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมบกพร่องไป โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัว (Fervaha et al., 2014) 7. สุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยเฉพาะด้านสภาวะอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิดหวาดระแวง มีหูแว่ว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) 8. ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ware & Sherbourne, 1992) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นรวมถึงบุคคลในครอบครัว จนในที่สุดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่เพื่อการดำเนินชีวิต (Hunter and Barry, 2012) ซึ่งจากปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติย่อย นั้นส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น (Boyer et al., 2013) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ ซึ่งมีการกำหนดไว้ว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องเป็นการพยาบาลที่สามารถทำให้อัตราการกลับป่วยซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนั้นลดลง (สำนักการพยาบาล, 2554) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 8 มิติย่อย จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมิติย่อย ทั้ง 8 มิติ โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรัง ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าคุณภาพชีวิตมิติอื่นๆ (นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส, 2552) ส่วนผลกระทบด้านครอบครัวนั้น พบว่า ครอบครัวเกิดความผิดหวัง โกรธ ความอดทนในการดูแลลดลง จึงแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotional) ด้วยการตำหนิ วิจารณ์ แสดงท่าทีไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้ยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดอิสระในการตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ ด้วยตนเอง (Breitborde, Lopez & Nuechterlein, 2009) ซึ่งหากขาดการเตรียมความพร้อมรับมือกับการ

จัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วยอย่างดีพอ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทลดลงและครอบครัวผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความเป็นภาระมากขึ้น (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) รวมถึงการศึกษาอีกหลายๆเรื่อง เช่น Yu-Tao Xiang et al.(2007); Bobes and Gonzalez (1997); Lehman et al.(1986) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและจากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558; กนกวรรณ บุญอริยะ, รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และ ศรัสนีย์ ประชุมศรี, 2552) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นในการให้การพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละมิติย่อยแย่งลง ได้แก่ 1) อาการทางลบ (Negative symptoms) อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.41$) (กิงกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 47.2 ($r^2 = 0.472$) (Suttajit and Pilakanta, 2015) อาการทางลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ เฉยเมย แยกตัว เป็นต้น 2) อาการทางบวก (Positive symptoms) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.46$) (กิงกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) อาการทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น 4) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = 0.45$) (กิงกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) 5) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = .50$) (กิงกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะอาการทางลบเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทำให้พบว่าอาการทางลบเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีอาการคงอยู่เป็นระยะเวลาานาน จะส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำ ใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้นมากกว่า อาการทางบวกและอาการทางจิตทั่วไป (Patel et al., 2015) กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ (นุจรี ประทีปวิษ จอห์นส, 2552) นั่นคือ ส่งผลต่อผู้ป่วยขาดเรี่ยวแรงในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ในท่าเดียนานๆ ขาดความกระตือรือร้น (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ขาดการออกกำลังกาย (Lindamer et al., 2008; Martin & Philip, 2013) มองตนเองในด้านลบ คุณค่าในตนเองลดลง มีภาวะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง (ละเอียด รอดจันทร์

และคณะ, 2542) ชัดแจ้งในครอบครัว ชุมชนไม่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยถอยห่างจากสังคม (ภัทรภรณ์ พุ่ม ปันคำและคณะ, 2551) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่บกพร่องมากขึ้น (Hunter and Barry, 2012) คือ มีการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง ทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การเลือกรับประทานอาหาร การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร การทำกิจกรรม และด้านเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความเป็นภาระเกิดขึ้น (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ดังนั้นถ้ามีการจัดการกับอาการให้ลดลงจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในประเทศไทยมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (สารินี ไต้ะทอง, 2548) ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ศิริภัทรา จุฑามณี, 2552) ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (ดวงกมล สระบุรี, 2558) ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (จิระภา สุมาลี, 2559) และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Abd ELhay et al. (2017) ได้มีการนำโมเดลการจัดการอาการมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้จะมีโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนามากมายแต่ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ย่อยของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ดี (Azaiez et al, 2018; Benaiges et al., 2012) อันเนื่องมาจากงานวิจัยเหล่านี้ล้วนแต่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมโดยจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่มีการศึกษาการให้การพยาบาลที่เป็นการจัดการกับอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแต่ละมิตีย่อยโดยตรง ที่สำคัญคือ อาการทางลบมักจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ไม่ดีเท่าอาการทางบวก ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบคงอยู่เป็นระยะเวลาานาน จะส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ ส่งผลต่อความตั้งใจ ความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Harvey, Koren, Reichenberg, & Bowie, 2006) ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องมีการให้การรักษาด้านจิตสังคมเข้ามาร่วมด้วย

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Pratt, Bartels, Mueser, & Forester, 2008) อาจทำให้มีอาการทางจิตยังคงอยู่โดยเฉพาะอาการทางลบ เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี เพื่อให้มีอาการทางจิตลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีแนวทาง หรือ โปรแกรมในการดูแลสุขภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ขนาด 750 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้การบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งแบบผู้ป่วยนอกและรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 11 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย หอผู้ป่วยชาย 6 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหญิง 5 หอผู้ป่วย โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ที่เน้นเจาะจงเฉพาะ เรื่องความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค ยา อาการข้างเคียงจากยา และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบจะได้รับการประเมินปัญหารายบุคคลและได้รับรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ซึ่งในกระบวนการจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (sharing) เรียนรู้ (learning) และการประยุกต์ใช้ (application) ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวยังไม่ได้มีการเน้นเจาะจงเรื่องการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของ โรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) โดยเน้นการจัดการกับอาการด้วยตนเอง จากกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่ถูกต้อง และนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง (นิภา ยิ้มเฟื่องและคณะ, 2557; โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) เป็นแนวทางเพื่อการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการทางลบเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการทางจิตเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการนอกจากการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ การจัดการอาการทางจิตด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่นมีส่วนสำคัญ หากมีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลับคืนสู่ภาวะปกติ มีความสนใจตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นอาการทางลบ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ในสังคม

คำถามการวิจัย

- 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีความแตกต่างกันหรือไม่
- 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีการแสดงออกถึงอาการทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอาการทางลบ (กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) โดยอาการทางลบตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป มีอาการคงอยู่เป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำ ใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น มากกว่า อาการทางบวกและอาการทางจิตทั่วไป (Patel et al., 2015) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกระบวนการการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล หากการจัดการกับอาการโดยเฉพาะทางลบเหล่านี้ไม่เหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่บกพร่องมากขึ้น (Hunter and Barry, 2012) ดังนั้นหากประสบการณ์ การรับรู้อาการและการเรียนรู้การจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ถูกต้องมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อมิตย่อยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Azaiez et al, 2018; Benaiges et al., 2012)

จากแนวคิดการจัดการกับอาการ เป็นการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการทางจิตเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการนอกจากการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศล่าสุด พบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ด้วยการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Abd ELhay et al., 2017) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ได้มีการศึกษาการจัดการอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทแต่มีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตเท่านั้น (มณฑา ปิ่นวิเศษ, 2558) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการจัดการอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เน้นเฉพาะ เรื่องความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค ยา อาการข้างเคียงจากยา และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้ 1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท 2. ความสำคัญของการรับประทานยา การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาทางจิตเวช 3. อาการเตือน การจัดการกับอาการเตือน และ 4. การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้กระบวนการในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ ซึ่งยังไม่มีมีการให้การพยาบาลที่เน้นการจัดการอาการทางบวกรวมอาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปที่ชัดเจน แต่พบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ส่งผลให้อัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหมาะสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท (นิภา ยิ้มเฟื่องและคณะ, 2557) ซึ่งหากมีการประยุกต์ใช้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกรวมอาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) จะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น โดยการจัดกระทำกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มเติม จะทำให้อาการทางลบลดลง (Eack & Newhill, 2007) จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Suttajit & Pilakanta, 2015) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการประยุกต์ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกรวมอาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ในการจัดกระทำกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบให้ลดลงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกรวมอาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ที่เน้นการจัดการอาการทางบวกรวมอาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปด้วยตนเองเป็นแนวทางการจัดการกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม ดำรงชีวิตในสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 1. การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด 2. การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะ

อาการทางลบที่ถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการได้ด้วยตนเองดีขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ และ 3. นำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางลบที่ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติย่อยที่ดีขึ้น และเพื่อได้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (ภัทรภรณ์ ทุงปันคำ, 2551; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; Townsend, 2005) นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทจากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ที่เน้นการจัดการอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปด้วยตนเอง โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1. กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น 2. กระบวนการเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่ถูกต้อง และ 3. การนำมาประยุกต์ใช้ (application) ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดำเนินการรายกลุ่มนาน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน กิจกรรมละ 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย และพยาบาลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 1997) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ สามารถประเมินและสังเกตอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รับรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นในอดีต โดยจะมีการทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และวิธีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของ อาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ผ่านมาพร้อมทั้งปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันนำไปสู่การแสวงหาแนว

ทางการจัดการอาการเพื่อลดข้อจำกัดการทำบบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตีย่อยด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาโรคจิตเภท โดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการทางลบที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง วิธีการสังเกตและประเมินอาการด้วยตนเองและการตอบสนองอาการทางลบทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องตลอดจนแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทยังมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของตนเอง การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง ที่ถูกต้องในการเป็นแนวทางในการแสวงหาวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างถูกต้องทำให้เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมิตีย่อยด้านสุขภาพจิต และด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น (Soliman, Mahdy and Fouad, 2018)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบวิธีต่างๆ เช่น ให้ความรู้เรื่องวิธีการสื่อสาร วิธีการเข้าสังคมต่างๆ วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และมีตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางอาการทางลบ ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการทางลบใช้วิธีใดในการจัดการ เช่น การจัดการอาการพูดน้อย ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจตนเอง แยกตัวจากสังคม ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางลบมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลและอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น (Mausbach et al., 2013) รวมถึงสามารถนำทักษะการจัดการกับอารมณ์ไปปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012) เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมิตีย่อยด้านสุขภาพจิต และด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการจัดการกับอาการ ได้แก่ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดร่างกาย ตั้งแต่ ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักขับถ่ายเป็นเวลา รู้จักเข้านอนเป็นเวลา เป็นต้น ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน รู้จักใช้ของใช้

ต่างๆ ภายในบ้านให้ถูกประเภท เป็นต้น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ เรียนรู้การจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ เกิดการเรียนรู้การดูแลตนเอง การจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; Townsend, 2005) นำไปสู่การส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีดีย่อยด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม โดยการฝึกทักษะการจัดการอาการ โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลเพื่อบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา การสิ้นสุดการสนทนาและการปรับตัวในสังคม โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มสำรวจปัญหาด้านการสื่อสารและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่เกิดขึ้นกับตนเอง แล้วให้ทุกคนในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วเลือกปัญหา มา 1-2 ปัญหาแล้วจัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารและทักษะการเข้าสังคมกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติรวมถึงทักษะการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา และนำทักษะที่ได้ไปวางแผนการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, 2557) นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีดีย่อยด้านความมีชีวิตชีวา ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับ การพักผ่อนนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับการพักผ่อนนอนหลับที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม อธิบายถึงความสำคัญ แนวทางของการนอนหลับพักผ่อนที่มีประสิทธิภาพ อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และอธิบายถึงความสำคัญและวิธีการที่นำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนเกิดความ

เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเป็นการจัดการทำให้การนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ เป็นการจัดการเปลี่ยนสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัวให้เป็นสัมพันธภาพที่ดีนำมาสู่ความสมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตย้อยด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคมและข้อจำกัดการทาบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตดีขึ้น (เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมน้อย, 2555)

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยการฝึกทักษะการรับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ถูกต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเอง ฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเองให้ถูกต้อง ควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบอาการข้างเคียงจากยาควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบายนั้นได้ ผู้ป่วยจะเกิดทักษะการบริหารจัดการยาที่ถูกต้องนำไปสู่การรับประทานยาอย่างถูกต้องเป็นการจัดการให้อาการทางจิตลดลงการรับรู้สุขภาพจิตของตนเองที่ดีขึ้น ความคิดและการรับรู้กลับสู่สภาพปกติมากยิ่งขึ้น ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตย้อยด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา สุขภาพจิต ข้อจำกัดการทาบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต ดีขึ้น (วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์, 2560)

กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการฝึกทักษะจัดการกับแบบแผนการนอนให้เหมาะสม โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน และให้ฝึกทักษะการนอนของตนเองโดยการเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้เกิดความเคยชิน โดยอยากนอนและตื่นนอนเมื่อถึงเวลากำหนด ลงบันทึกตารางเวลานอนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว โดยร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ เกิดการเรียนรู้ ในการทำพฤติกรรมนั้นร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตย้อยด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคมและข้อจำกัดการทาบทบาทดีขึ้น (ฐิตวัฒน์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์, 2561)

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการจัดการกับอาการ เป็นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบและการจัดการสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย โดยทบทวนความรู้และประสบการณ์การจัดการอาการทางลบ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการที่อาการทางลบลดลงและจัดการสุขภาพทั่วไปที่มีประสิทธิภาพ สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พัฒนาให้เกิดพฤติกรรมการจัดการกับอาการโดยเฉพาะอาการทางลบอย่างเหมาะสมมีความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติย่อยดีขึ้น (อรสา วัฒนศิริและ เสาวภา ศรีภูสิตโต, 2556)

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi = Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ และติดตามผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยมีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision หรือ ICD-10) ที่มีอาการทางลบเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)อายุ20-59ปี เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(SF-36)ในผู้ป่วยจิตเวชของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ที่ปรับปรุงและแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) ประกอบด้วย การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย 2) ข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย 3) ความเจ็บปวดทางกาย 4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม 7) สภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจ 8) ข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (Schizophrenia F20.0-F20.9) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20-59 ปี ได้รับความดูแลแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยในการวิจัยครั้งนี้จะคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี ได้แก่ การซักประวัติข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม การประเมินความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาการจัดการอาการข้างเคียงของยา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตตามความต้องการของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

โปรแกรมการจัดการกับอาการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม ในลักษณะของการสอนการฝึกทักษะการจัดการอาการกับอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยมีขั้นตอนรายละเอียด วิธีการดำเนินกิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ที่เน้นการจัดการอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปด้วยตนเอง โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่

ถูกต้อง และนำมาประยุกต์ใช้ (application) 9 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน นานครั้งละ 60-90 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 90 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ผ่อนคลายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการโดยเน้นอาการทางลบ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสาเหตุ อาการ และแนวทาง การรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ และมีตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางจิตลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการใช้วิธีใดในการจัดการ เช่น การจัดการอารมณ์ราบเรียบ ไร้อารมณ์ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนอาการจะกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและทักษะการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการทางลบการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดย การฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งระบุสิ่งๆที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น การให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทฝึกกระบวนการทางจิต มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการ

อาการทางจิตอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการทางลบที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลและอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว จัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา และนำทักษะที่ได้ไปวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และการฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยให้สถานการณ์จำลองและให้ผู้ป่วยฝึกมารยาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การรู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักถึงบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เป็นต้น

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบอาการข้างเคียงจากยา มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนที่เหมาะสมในการมีสุขภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลเสียของอาการนอนไม่หลับที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจนนำไปสู่สุขภาพทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเอง ฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยการนำยาของตนเองมาจัดใส่กล่องที่จัดไว้ตามหน้าของยาให้ถูกต้อง

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะจัดการกับแบบแผนการนอนที่เหมาะสม โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน และให้ฝึกทักษะการนอนของตนเอง ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยเริ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อบุคคลในครอบครัวที่ดีให้เกียรติกันและกัน มองในส่วนดีของกันและกัน เปลี่ยนความคิดที่เคยมองในทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวกด้วยการชี้แจงอธิบาย ทำความเข้าใจกันมากขึ้น เป็นต้น

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการของผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์ ทบทวนความรู้และประสบการณ์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการและนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการทางลบและนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน และยุติกลุ่ม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยจิตเภทได้ รับรู้ เข้าใจปัญหา และสามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของอาการทางจิต
 - 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต
 - 2.3 การประเมินอาการทางจิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.2 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การบำบัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ
6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง โดยจิตเภทมาจาก จิต บวกกับคำว่า เกท จิต แปลว่า จิตใจ เกท แปลว่า แยกแยก ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่าจิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมาจากภาษากรีกถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ. 1908 และถูกนำมาใช้จนถึงปัจจุบัน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตไว้มากผู้วิจัยพอที่จะสรุปได้ ดังนี้

ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Disease: ICD-10) ได้จัดโรคจิตเภทอยู่ใน F20 คือ ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการเรียนรู้ (Cognitive) โดยการเรียนรู้จะเสื่อมถอยมากขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท (WHO, 2014)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด ซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ โดยไม่มีอาการทางกายหรือความผิดปกติของการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

จากความหมายต่างๆที่กล่าวข้างต้น สรุปความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ได้ว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยระยะการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน

1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558)

1.2.1 สาเหตุ

1.2.1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.2.1.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติหลายยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆในระบบเซลล์ประสาท ยีนที่สำคัญในกระบวนการดังกล่าวได้แก่ dysindin (หรือ dystrobrevin binding protein 1), neuregulin 1 (NRG1) และ disrupted in schizophrenia

1.2.1.1.2 ระบบสารเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic

hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเกิดเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) สารส่งประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกันคือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

1.2.1.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.2.2 อาการของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

อาการหลักของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1.2.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการกลุ่มนี้ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ประกอบด้วยอาการต่างๆ ที่พบเด่นในโรคจิตเภท ได้แก่ affective flattening และ avolition อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว

1.2.2.2 กลุ่มอาการด้าน cognitive (Cognitive symptoms) ผู้ป่วยมีอาการ Cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่งลง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้าน การจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

1.2.2.3 กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms) อาการด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์คึกคักแบบ mania อย่างไรก็ตามอารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัด

1.2.3 การดำเนินโรค

ลำดับความเป็นไปได้ของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กๆ น้อยๆ ไม่ชัดเจน ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบ

ได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปอีกได้ จึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) ในระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น แม้อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง ก็มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาใน

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยบ่อยที่สุด โดยผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยประเภทนี้การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคมักจะดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นๆ

โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟริเนติก (hebephrenic schizophrenia) พบในวัยรุ่นหนุ่มสาวระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหวอาจเป็นทั้งแบบเฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้วอาการดีขึ้น แต่ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post-schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สู้สิ่งกับใคร

โรคจิตเภทชนิดพหุติกรรมเสื่อมถอย (simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีภาวะพหุติกรรมเสื่อมถอยลงเรื่อยๆตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.4.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากควบคุมอาการทางด้านบวกและยังช่วยลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่จะมีปัญหาจากการขาดยา

1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.3 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้อาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจึงต้องคำนึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ทุกด้าน มิใช่เพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.4.3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาต้องฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถทนเข้าไปปฏิบัติได้

1.4.3.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง

1.4.3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.4.3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทนั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยซึ่งการรักษาที่นอกจากจะเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นด้านปัจจัยทางชีวภาพแล้วปัจจัยทางด้านจิตสังคมก็มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาควบคู่กันไปเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

1.5.1 การประเมินสภาพปัญหา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม คือรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทุกมิติ

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาดของร่างกาย การดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง รวมถึงภาวะโภชนาการ ความเพียงพอของการพักผ่อน นอนหลับ พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย

2) การประเมินทางด้านความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ต้องประเมินต่อว่าอาการหลงผิดมีลักษณะอย่างไร ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีความคิด เช่นความคิดหลงผิดกลัวคนปองร้าย ต้องได้รับการดูแลระดับไหนแรงดันเพียงใด ต้องเฝ้าระวังพิเศษเพียงใด

3) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าการรับรู้ของผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีความผิดปกติของการรับรู้ มีการรับรู้มีลักษณะผิดปกติอย่างไร เช่น มีอาการประสาทหลอนหรือไม่ หากมีเกิดขึ้นตอนใด ความถี่ของการเกิดประสาทหลอน และผู้ป่วยมีการตอบสนองอย่างไรต่ออาการประสาทหลอน เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

4) ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ อยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5) ประเมินด้านสัมพันธภาพ ประเมินสัมพันธภาพทั้งกับผู้อื่น และบุคคลในครอบครัว การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ถ้าพบปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและบุคคลในครอบครัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยแยกตัว จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยพยาบาลต้องใช้

เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจและทำให้ขาดการได้รับความร่วมมือในการรักษาขั้นต่อไป

1.5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ควรมีการพิจารณาทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

- 1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเอง
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- 3) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากอาการหลงผิดประสาทหลอน
- 4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจาก ไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมหลบหนีไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย

1.5.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลจะมีความแม่นยำตรงแค่ไหนขึ้นอยู่กับภาวะประเมินสภาพจิตและอาการทั่วไปในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล โดยมีความสัมพันธ์กับอาการอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่งในใหญ่ทั้งระยะสั้นระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.5.3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

- 1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- 3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า กำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง
- 5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม
- 6) พัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและมองโลกในแง่ดี

1.5.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการวางแผนการพยาบาลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคตข้างหน้า ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล
- 2) การกำหนดแผนการดำเนิน

ชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม 3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน

1.5.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล แผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล พิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาล ดังนี้ 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริงโดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่น ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.5.5 การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณา มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและด้านชีวภาพ 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น 7) ผู้ป่วยสามารถกลับทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นใช้หลักกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ตั้งแต่การประเมินสภาพของปัญหาที่ครอบคลุมทุกมิติจากการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ตรวจสอบร่างกายและการสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมครอบคลุม หลังจากนั้นจึงทำการประเมินผลเพื่อเป็นการดูประสิทธิภาพของการพยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเภท

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นแนวทางการป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากอาการทางจิตอยู่ในระดับที่ยังไม่ทุเลา ซึ่งการบำบัดรักษาในช่วงแรกจะเน้นการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้าในบางรายจนทำให้อาการทางจิตสงบ หลังจากนั้นจึงสามารถให้การรักษาพยาบาลด้วยวิธีบำบัดทางจิต

สังคมจนอาการทุเลาสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ ดังนั้นการพยาบาลการพยาบาลในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในระยะต่าง ๆ

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ 1. ระยะเฉียบพลัน (Acute) 2. ระยะคงเสถียร (Stabilization) 3. ระยะอาการคงที่ (Stable)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลัน (Acute)

ในระยะนี้เน้นการดูแลให้มีพฤติกรรมเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และป้องกันอันตรายต่อผู้อื่น โดยการลดความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหวาดระแวง ลักษณะอาการทางลบ เช่น อาการซึม ไม่พูด แยกตัวเอง การรักษาจะเริ่มทันทีหลังจากการประเมินทางคลินิก พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงรักษากับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือรับประทานยา อาจให้ญาติช่วยเกลี้ยกล่อม ร่วมกับการให้ข้อมูลของการบำบัดรักษา ซึ่งการร่วมมือของคนรอบข้างมีส่วนช่วยในการบำบัดด้วยยา ตลอดช่วงเวลาของการบำบัดรักษา ในระยะนี้พยาบาลควรให้การพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2551) ดังนี้

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ
2. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากอาจเกิดภาวะ CNS depress จะมีอาการหลับลึก และไม่รู้สึกรู้สึกรู้ตัว
3. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่นกลุ่มอาการ EPS ที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ภายใน 1-5วัน เช่น
 - อาการดิสโทเนีย (Dystonia) อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยว ไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาคำ บางรายลิ้นโตยื่นคับ ปาก และ
 - อคาทีเซีย (Akathisia) อาการกระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงง่วง อาการมือสั่นขณะพัก
 - อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome) จะมีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบซอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า ไร้อารมณ์ น้ำลายไหล
 - อะไคเนเซีย (Akinesia) อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทาง แข็งทื่อ
 - อาการ Narcoleptic malignant syndrome (NMS) จะมีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ชีพจรและความดันเลือดผิดปกติ
4. ตรวจสอบความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่
5. สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

6. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม เพื่อลดการระคายเคืองในกระเพาะอาหาร
7. แนะนำผู้ป่วยอย่ารับประทานยาลดกรดหรือแก้ท้องเสียภายใน 2 ชั่วโมง ที่รับประทานยา
8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ชัก หายใจลำบาก มีไข้ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เหงื่อออกมาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ผิวหนังซีด อ่อนแรง ให้รายงานแพทย์
9. สังเกตอาการ agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น
10. ให้เคลื่อนไหวช้า ๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือทำยืน ถ้ามีอาการวิงเวียน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะ Postural hypotension
11. อาจทำให้มีปัสสาวะคั่ง ระวังในผู้สูงอายุเพศชาย 12. ถ้ามีอาการท้องผูกให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2,500 - 3,000 มล.

ระยะคงเสถียร (Stabilization)

ในระยะนี้ พยาบาลควรมีการประเมินประคับประคอง ควบคุมอาการ ลดความเครียดของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกำเริบใหม่ โดยให้การพยาบาลดังนี้

1. การประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหิวแหว่ ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง นอนไม่หลับ อาการง่วงซึม แยกตัวเอง และระดับความสามารถในการดูแลตนเอง
2. ประเมินอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตที่ได้รับ ได้แก่ อาการง่วงซึม อาการตาพร่ามัว หัวใจเต้นเร็ว น้ำนมไหล ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง ฟูดไม่ชัด ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น น้ำลายไหล เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์
3. ประเมินอาการข้างเคียงของยาหลังจากที่แพทย์ได้ปรับแผนการรักษา และให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาดังนี้ หลีกเลี่ยงการขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือการใช้ของมีคม แนะนำจิบน้ำบ่อย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำญาติผู้ดูแล ฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการหกล้ม ดูแลให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำให้ข้อมูลและอธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจถึงยาที่ได้รับ และผลข้างเคียงของยาที่อาจ เกิดขึ้นรวมทั้งแผนการรักษาพยาบาล ไม่ควรหยุดยาเองกรณีผู้ป่วยมีน้ำนมไหล แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยบีบเค้นเต้านมบ่อย ๆ เพราะจะเป็นการกระตุ้นการ ไหลของน้ำนมมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาการจะหายได้เองภายหลัง
4. พยาบาลควรให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นหากรับประทานยาต่อเนื่อง 5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด และการใช้ยาในทางที่ผิด
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ในกรณี que ผู้ป่วยได้รับยา clozapine อาจทำให้เกิด ภาวะ agranulocytosis โดยติดตามผลการตรวจ CBC

ระยะอาการคงที่ (Stable)

ในระยะนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน การพยาบาล ในระยะนี้ เน้นเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาโดยมีแนวทางการพยาบาลดังนี้

1. การสอน แนะนำ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ หวาดระแวง แยกตัว อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันที่

2. สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อาการง่วงซึม อาการตาพร่ามัว หัวใจเต้น เร็ว น้ำนมไหล ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะใช้ยา ดังนี้ มารับการตรวจตามนัด และรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง งดสูบบุหรี่ จิบน้ำบ่อย ๆ ดูแลให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำควมคุมปริมาณอาหาร รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยง อาหารรสหวาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4. การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการป้องกันการกำเริบซ้ำ และพัฒนา ทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้ตามปกติ เมื่อให้การรักษาด้วยจิต สังคมร่วมการให้ยาเพื่อลดอาการทางจิต ก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิตบำบัดรายบุคคล เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด และการที่ผู้บำบัดได้รับรู้ข้อมูลสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจ สามารถวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาของตนเอง และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น

6. กลุ่มบำบัด (Group therapy) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ของสมาชิกในกลุ่ม การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการ พัฒนาทักษะทางสังคม การสร้าง สัมพันธภาพผู้อื่น และ การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

7. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว จะลดความตึงเครียดภายในครอบครัว ทำให้การ กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทร่วมกับการ แนะนำในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ลด

ความรู้สึกโกรธ หรือโทษตัวเองของ ครอบครัว มีความคาดหวังที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการ ดูแลผู้ป่วยและมีกำลังใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยได้เลือกเป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการดูแลจัดการแบบรายกรณี (Case Management) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตสงบจะได้รับการประเมินปัญหาส่วนบุคคลและได้รับรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ซึ่งในกระบวนการจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (sharing) เรียนรู้ (learning) และการประยุกต์ใช้ (application) ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ทั้งสาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาโรคจิตเภท
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านอาการทางจิต อาการข้างเคียงจากยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ พร้อมเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ของแต่ละบุคคลและฝึกทักษะ
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ เกี่ยวกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล แนวทางการแก้ไขอาการเตือนในอดีต แนวทางการแก้ไขอาการเตือนที่เหมาะสม และแนวทางการประยุกต์ใช้รายบุคคล พร้อมทั้งมีการฝึกทักษะ
4. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม เมื่อต้องกลับไปอยู่กลับบ้านครอบครัว และชุมชน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ ประสบการณ์การของตนเองพร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและฝึกทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนในสังคม

2. อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางจิต

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวถึง อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ประกอบด้วย กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ดังนี้ กลุ่มอาการทางบวก หมายถึง อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกมีคนมุ่งร้ายละความรู้สึกไม่เป็นมิตร กลุ่มอาการทางลบ หมายถึง อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ ดังนี้ การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแสดง การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติซึ่งแสดงออกทางสีหน้าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และ ทำทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น การแยกตัวทางอารมณ์ คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ อาการแยกตัวจากสังคม คือ การมีความสนใจและเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมถอยลง เนื่องจาก มีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายในทำให้แรงผลักดันที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาด้านความคิดแบบนามธรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องด้านความคิดแบบนามธรรม โดยมีปัญหาด้านการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดระดับสูง การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล มีความระมัดระวังตนหรือมีความบกพร่องด้านการรับรู้ แสดงออกจากการพูด โดยคำพูดไม่มีความไหลลื่น เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารลดลง การคิดอย่างตายตัว คือ ความคิดขาดความไหลลื่น ขาดความเป็นธรรมชาติและความอิสระ ซึ่งแสดงออกโดย จากความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น คิดซ้ำซาก หรือเนื้อหาความคิดค่อนข้างว่างเปล่า กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป หมายถึง อาการวิตกกังวล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความตึงเครียด อาการซึมเศร้า ความรู้สึกผิด การไม่ร่วมมือ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ความคิดหมกมุ่น ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบ เป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกจากผลทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ความคิดและการที่พูดช้าลงหรือไม่พูดเลย (alogia) และมีลักษณะทางพฤติกรรมที่ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มาโนช หล่อตระกูล (2542) กล่าวว่า อาการทางจิต สำหรับผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการชนิดบวก (positive symptoms) และอาการชนิดลบ (negative symptoms) ได้แก่ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ พูดน้อย และเฉื่อยชา

Steel & Wykes (2013) กล่าวว่า อาการทางจิตของโรคจิตเภท ประกอบด้วยอาการหลัก 5 อาการ คือ 1) อาการประสาทหลอน 2) อาการหลงผิด 3) พฤติกรรมผิดปกติ 4) ความคิดไม่เป็นระบบ 5) กลุ่มอาการด้านลบ

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญ ดังนี้ 1) อาการทางบวก 2) อาการทางลบ 3) การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและการรับรู้ 4) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ 5) การฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ประกอบด้วยกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม (Halter and Varcarolis, 2014) ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกา รักษา ขาดความเข้าใจเรื่องการใช้ยาต้านอาการทางจิต ขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท ทำให้ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (วาสนา เหล่าคณธรรม, 2551) ขาดทักษะการจัดการอาการทางจิต ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ อาการทางจิตทั่วไปเกิดเป็นปัญหากระทบชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับสังคมได้ (Erol et al., 2009) ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงมากขึ้น (Kaplan and Sadock, 2000)

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในใจ ไม่สามารถควบคุมความต้องการเบื้องต้นได้ ความรู้สึกผิดชอบ ชั่ว ดี บกพร่องไป และขัดแย้งกับผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

2.2.3 ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ก่อให้เกิดการปฏิเสธการเข้าทำงานในหลายๆแห่ง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความทุกข์ใจ เกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ไม่มีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและอาการทางจิตที่เกิดขึ้น (Marwaha and Johnson, 2004) ขาดทักษะในการแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นรวมถึงบุคคลในครอบครัว

จนในที่สุดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่เพื่อการดำเนินชีวิต (Hunter and Barry, 2012)

โดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม หากมีการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

2.3 การประเมินอาการทางจิต

2.3.1 ลักษณะทั่วไป(General appearance) ได้แก่รูปร่าง ท่าทาง ตลอดจนการแต่งกาย และพฤติกรรมของผู้ป่วย ควรสังเกตการเปลี่ยนแปลง ระหว่างการตรวจด้วย สิ่งที่ต้องสังเกตและบันทึก ได้แก่

- ลักษณะภายนอก(appearance) ได้แก่รูปร่างหน้าตา ขนาดตัว การแต่งกาย ความสะอาด และความเหมาะสม ของเครื่องแต่งกาย สุขภาพ สีหน้าแสดงความไม่สบายใจ เช่น กงวาล์ กลัว ตกใจ เศร้า หรือ เฉยๆ สีหน้าท่าทาง เหมาะกับวัยและเพศหรือไม่ควรสังเกตท่าทางเครียดและไม่สบายใจหรืออึดอัด

- ท่าที(attitude) ท่าทีต่อผู้ตรวจ ได้แก่ท่าทีให้ความร่วมมือ เป็นมิตร ไว้วางใจ รู้จุดมุ่งหมาย และมีท่าทีเป็นผู้ใหญ่สมวัย บางคนอาจก้าวร้าว ไม่เปิดเผยและระวังตัวมาก ตอบคำถามตรงๆ หรือคอยเลี่ยงการตอบคำถามบางคนอาจมีท่าทียัวยวน (seductive) ออกท่าออกทางมาก (dramatizing) วางตัวเหนือพยาบาลหรือ ถ่อมตัวจนเกินไป

- พฤติกรรม(behavior) ได้แก่การเคลื่อนไหว (motor activity) ที่อาจมีมากหรือน้อยกว่าปกติทำเดิน การเคลื่อนไหวซ้ำๆ (mannerism) มีอาการกระตุก(tics) ของหน้าหรือหนังตา บางรายอาจเดินไปมา นั่งขยับตัวบ่อย หรือเคลื่อนไหวมือและเท้าตลอดเวลา อยู่ไม่สุข (agitate) ทำท่าแปลกๆ ทำกิริยาซ้ำๆ กระทำตามอย่างการกระทำของผู้อื่น (echopraxia) หรือการใช้มือและเท้าไม่ประสานงานกัน (uncoordinated) ควรบันทึก ด้วยว่าพฤติกรรม เกิดขณะกำลังสัมภาษณ์เรื่องเกี่ยวกับอะไรเพราะอารมณ์อาจมีส่วนทำให้มีอาการนั้นๆ ได้

2.3.2 การพูดและกระแสคำพูด (Speech and stream of talk) การตรวจการพูด ได้แก่การตรวจสิ่งต่อไปนี้

- อัตราการพูด(rate) อยู่ในเกณฑ์ปกติเร็ว หรือช้า
- จังหวะ(rhythm) การพูดราบรื่นดีหรือมีการติดขัด เช่น มีการลังเล (hesitation) ติดอ่างตอนตั้งต้นประโยค (stammering) ติดอ่างพูดคำซ้ำๆ กลางประโยค (stuttering) หรือมีการหยุดยั้งการพูด (blocking) การพูดขาดเป็นช่วงๆ (fragmented) การพูดแบบมีความกดดัน (pressured)

- ความดัง (volume) พูดค่อยหรือดัง เสียงดังอาจเพราะโกรธ
- ความผิดปกติของคำพูด ได้แก่คำพูดที่แปลกใหม่ที่ผู้อื่นไม่รู้ความหมาย (neologism) การพูดโดยนำคำหรือวลีมาผสมกันแต่ไม่มีความหมาย (word salad) พูดเสียงเดียว (monotonous) เสียงขึ้นๆ ลงๆ (singsong)
- กระแสคำพูด (stream of talk) ความผิดปกติได้แก่การพูดที่ไม่สมเหตุสมผล (illogical) ไม่ปะติดปะต่อกัน (incoherence) ไม่รัดกุม (unconscious) และไม่ได้ใจความตรงกับความเป็นจริง (irrelevance) ความผิดปกติของกระแสคำพูดอาจเป็นแบบพูดวกวน (circumstantial) ซึ่งมีรายละเอียดมากแต่ยังตอบตรงคำถาม
- การไม่เข้าใจความหมายของคำพูด (sensory aphasia) และการไม่สามารถพูดตามที่ตนต้องการ แม้จะเข้าใจคำพูดของผู้อื่น (motoraphasia) ส่วนมากเป็นอาการของโรคสมองและระบบประสาท
- การอ่านและการเขียน ควรให้ผู้ป่วยอ่านบทความสั้นๆ และเขียนข้อความหนึ่งประโยคเพื่อจะได้ตรวจความผิดปกติของการอ่าน และยังทราบความถนัดของมือซ้าย

2.2.3 อารมณ์ (Emotion) ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ (mood) ภาวะผู้ป่วยถึงอารมณ์ที่เขามี ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกของเขาต่อสิ่งต่างๆ ควรถามถึงระยะเวลา ความรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นั้นๆ อารมณ์ที่ตรวจจะพบได้บ่อยคืออารมณ์ปกติ (normal) เศร้า (Depressed) สิ้นหวัง (despair) หงุดหงิด (irritable) กังวล (anxious) กลัว (fearful) ครื้นเครง (euphoric) ความรู้สึกผิด (guilty) ความรู้สึกว่างเปล่า (empty) เบื่อหน่าย (boredom) เป็นต้น

- การแสดงอารมณ์ (affective expression) สังเกตการแสดงออกของความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยว่ามีเปลี่ยนแปลงไปตามเรื่องราวที่พูดคุยกันหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญได้มากน้อยเพียงไร การแสดงออกของอารมณ์มีได้หลายลักษณะคือ เปลี่ยนแปลงได้ช่วงกว้าง (broad range) จำกัด (restricted) เศร้า (depressed) เฉย (blunted or flat) แสดงอารมณ์ตื้น (shallow) เปลี่ยนแปลงง่าย (labile) ช่วงแคบ (constricted) กลัว (fearful) กังวล (anxious) และความรู้สึกผิด (guilty) ควรตรวจความลึกซึ้งของการแสดงออก ความยากลำบากในการแสดงอารมณ์อารมณ์ต่อเนื่อง และการที่อารมณ์นั้นหมดไปอย่างไร ควรสังเกตอารมณ์จากสีหน้า น้ำเสียง และการแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วย

- ความเหมาะสม (Appropriateness) ความเหมาะสมในการแสดงอารมณ์ว่าเหมาะสมกับเรื่องราวที่กำลังพูดคุยกันอยู่หรือไม่ โดยเฉพาะอารมณ์ที่สอดคล้องกับความคิดของผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น ขณะเล่าเรื่อง ความตายของมารดาผู้ป่วยมีอารมณ์ร่วมคือเศร้า ก็ถือว่ามีความ

เหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการ ครั้นเครงก็ถือว่ามีอาการไม่เหมาะสม (inappropriate) ถือเป็นความผิดปกติที่ควรบันทึกรายละเอียดข้อมูลไว้เพื่อ ประกอบการตัดสินใจในการวินิจฉัย

2.2.4 การรับรู้ (Perception) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสอาจมีความผิดปกติจนขาดเหตุผลของความเป็นจริง เช่น

- การได้ยินเสียงในขณะที่ไม่มีผู้อื่นได้ยินเสียงนั้น หรือเห็นภาพในขณะที่ผู้อื่นไม่เห็น ความผิดปกติของการรับรู้ ได้แก่ ประสาทหลอน(Hallucination)คือการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ที่ผิดไปจากความเป็นจริง โดย ปราศจากสิ่งเร้าจากภายนอก (external stimulus) การแปลการรับรู้สัมผัสผิด (illusion)คือ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ผิดปกติชนิดแปลสิ่งเร้าผิดไปจากความจริง (misinterpretation of read external sensory stimuli) ในผู้ป่วยโรคสมองอาจมีอาการเห็นสายให้ น้ำเกลือเป็นงูหรือเห็นม่านที่ลมพัดปลิวเป็นคนที่กำลังเคลื่อนไหว เป็นต้น .3 ความรู้สึกว่าตนมิใช่ตนเอง (Depersonalization) คือผู้ป่วยรู้สึกวาทนมิใช่ตนเอง รู้สึกตนเองแปลก ไปหรือมีบางอย่างเปลี่ยนแปลงไปแต่อธิบายไม่ได้ในบางรายรู้สึกวาทเพียงบางส่วนของร่างกายแปลกไป เช่น มือ ขาไม่ใช่มือขาของเขา หรือหน้าของเขาแปลกไป เป็นต้น ความรู้สึกวาทสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงหรือแปลกไป (Dercalization) ผู้ป่วยรู้สึกวาทสิ่งแวดล้อมต่างไปจากเดิม มีบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป แต่อธิบายไม่ได้ว่าเปลี่ยนไปอย่างไร

2.2.5 ความคิด(Thought process) พยาบาลจำเป็นต้องตรวจความคิดของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผล มีความต่อเนื่องเป็นระบบ และสามารถอธิบายความคิดของตนให้ผู้อื่นเข้าใจได้ความผิดปกติควรมีความกระຈ้างขัดและ ไม่สับสนการตรวจความคิดของความคิด แบ่งเป็นการตรวจในด้านต่างๆ ของความคิดดังต่อไปนี้

- กระแสความคิด (Stream of thought)ได้แก่ การใช้ความคิด(Productivity) ใช้ความคิดได้มากหรือน้อย มีการคิดสะดุด มีการคิดเร็ว (rapid) หรือช้า(slow) ลังเล(hesitant) คิดเร็วมากและเปลี่ยนเรื่องมาก(flight of ideas) ผู้ป่วยพูดเล่าเรื่องเอง หรือ ต้องถามจึงจะตอบ ความต่อเนื่องของความคิด (Continuity of thought) ผู้ป่วยตอบตรงคำถามหรือไม่ คำตอบมีจุดมุ่งหมายได้เรื่องราวและมีเหตุผลหรือไม่การขาดเหตุผล (illogical) พูดนอกเรื่อง(tangential) พูดไปเรื่อยๆ (rambling) พูดเลี่ยง (evasive) ตอบคำถามต่างๆ ด้วยคำตอบเดิมซ้ำๆ (perseveration) การหยุดพูดโดย กระตันหัน(blocking) การถูกชักจูงไปเรื่องอื่นได้ง่าย (distractibility) และมีความคิดไม่ต่อเนื่องกันคือเปลี่ยนเรื่องไม่มีความสัมพันธ์กัน (loose association) ความผิดปกติของภาษาอื่นเนื่องมาจากความคิด(Language impairment) ได้แก่คำพูดที่ ปะติดปะต่อ (incoherent) นำคำต่างๆ มาผสมกันโดยไร้ความหมาย (word salads) พูดโดยใช้คำที่มีเสียงคล้องจองกัน (clang

association) สร้างภาษาพูดขึ้นใหม่สำหรับตนเองซึ่งผู้อื่นไม่เข้าใจ (neologism) และพูดตาม คำพูดผู้อื่นแบบนกแก้ว นกขุนทอง (echolalia)

- เนื้อหาของความคิด(Content of thought) หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยคิดซึ่งแสดงออกทางคำพูด ซึ่งผู้ป่วย อาจพูดเองหรือ พยายามตั้งคำถามเพื่อให้ได้คำตอบ เช่น พยายามตั้งคำถามเรื่องความคิดฆ่าตัวตาย

- ความคิดหมกมุ่น(Preoccupation) คือครุ่นคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น เรื่องความเจ็บป่วย ครอบครัวหรือการงาน เป็นต้น ผู้ป่วยคิดวนเวียนในเรื่องนั้น ๆ จนไม่สนใจเรื่องอื่น อาจมีอาการเหม่อใจลอย ลักษณะการ หมกมุ่นในความคิดที่ผิดปกติอื่นๆ ได้แก่

- การย้ำคิดย้ำทำ (obsession compulsion) การย้ำคิด คือการคิดซ้ำๆ ในเรื่องหนึ่งอย่างมากเป็นความคิดที่รบกวนผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่อาจหยุดคิดได้ทำให้ผู้ป่วยกังวลมากและพยายามขจัดความคิดนั้น การย้ำทำ คือ การกระทำซ้ำๆ ซึ่งคล้อยตามการย้ำคิด ผู้ป่วยรู้สึกบังคับให้กระทำในสิ่งนั้น ๆ แม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่ควรทำ แต่ก็ต้องทำและรู้สึกสบายใจขึ้นภายหลังทำ เช่น อาการปิดสวิตซ์ไฟบ่อยๆ นับจำนวน เสื้อผ้าในตู้วันละหลายๆ ครั้ง ล้างมือบ่อยวันละ 20-30 ครั้ง เป็นต้น

- ความคิดต้องการฆ่าตัวตาย (suicidal thought) ความคิดต้องการฆ่าผู้อื่น (homicidal thought) หรือทำร้ายผู้อื่น ควรถามโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ ก้าวร้าว และแสดงความอาฆาตพยาบาท

- อาการหลงผิด(delusion) คือ ความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง แต่ต้องมีได้เป็นความเชื่อ ตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมของผู้ป่วย อาการหลงผิดแบ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีได้ เกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ (primary delusion) เช่น หลงผิดว่ามีสิ่งมาบังคับความคิด (secondary delusion) เช่น อาการหลงผิดที่เกิดตามที่เป็นประสาทหลอน อาการหลงผิดอื่นๆ ที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติของอารมณ์

2.2.6 การควบคุมอารมณ์และการแสดงออก (Impulse control) ได้แก่ความสามารถในการควบคุมการแสดงอารมณ์ต่างๆ ได้แก่อารมณ์ไม่พอใจ โกรธ ก้าวร้าว กลัว ฟุ้งซ่าน อารมณ์รัก และอารมณ์ทางเพศ อาจเป็นการแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมและไม่ เป็นที่ยอมรับของสังคม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกได้ก็คือผู้ที่มีความอดทนน้อยต่อ ความคับข้องใจที่ตนได้รับ (lowfrustration threshold) เขาอาจกล่าวคำหยาบหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง ซึ่งมีผลเสียทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้

2.2.7 การตัดสินใจ(Judgement) ตรวจการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าเหมาะสมหรือไม่ ประกอบด้วยเหตุผลอย่างไร และผู้ป่วยประพฤติตาม การตัดสินใจนั้นได้เพียงใด การตัดสินใจและการ

กระทำของผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับของสังคมและเหมาะสมกับ วัฒนธรรมประเพณีหรือไม่การตัดสินใจของผู้ป่วยกระทำโดยใช้เหตุผลหรือใช้อารมณ์

2.2.8 การหยั่งรู้ตนเองและแรงจูงใจ (Insight and motivation) การหยั่งรู้ตนเอง (Insight) คือการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและยอมรับตนเองมีปัญหาหรือป่วยด้วยโรคทาง จิตใจ มีความพยายามในการค้นหาสาเหตุและวิธีการบำบัดรักษา ตลอดจนยินยอมและร่วมมือในการรักษาเพื่อแก้ปัญหาของตนเองอย่างมีเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางลบ มีดังนี้

Kay, Fiszbein & Opler (1987) สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ดัดแปลงมาจาก แบบวัดอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ คือ 1) Positive Scale 2) Negative Scale 3) Composite Index 4) General Psychopathology Scale และ 5) Supplement Aggression risk เกณฑ์การให้คะแนน มี 7 ระดับ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในดี ตั้งแต่ .73 ถึง .8

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นนำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางบวก 7 อาการ อาการทางลบ 7 อาการ อาการผิดปกติทั่วไป 16 อาการ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวมมีคนมุ่งร้าย และ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร

กลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาการใช้ความคิดแบบนามธรรม การสนทนาขาดความต่อเนื่อง ความคิดอย่างตายตัว

กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ทำทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลาสถานที่ บุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจ และการหยั่งรู้เสีย การไม่สามารถควบคุมตัดสินใจด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับโดยคะแนนจะแสดงถึงความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ การคิดคะแนนโดยรวมคะแนน ซึ่งค่าคะแนน

อยู่ระหว่าง 30-210 คะแนน และผู้สร้างเครื่องมือได้มีการทดสอบการเปรียบเทียบ inter-rater reliability ของผู้วิจัย 4 คน เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบว่า Correlation ของคะแนนผู้วิจัยให้เมื่อใช้ PANSS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 10 ราย และ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกันและไม่มีมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

The Brief Negative Symptom scale (BNSS) และ The Clinical Assessment interview of Negative Symptom (CAINS) เป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท BNSS ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ สามารถทำได้ภายใน 15 นาที พบว่ามีความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือสูง คะแนนทั้งหมดของ BNSS มีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับการวัดระดับการทำหน้าที่ ทำให้เกิดความแตกต่างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ต่ำของการวัดอาการทางบวก ความวิตกกังวลและซึมเศร้า

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ ใช้เวลาน้อย เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ในระหว่างเรียนภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติรวมระยะเวลา 2 ปี จึงมีการใช้เครื่องมือนี้ได้อย่างถูกต้อง

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถาม จึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว จะเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง มักพูดไม่ตรงจุด อาจพูดซ้ำๆ โดยไม่มีความหมาย บางรายพูดสัมผัสอักษรแต่ไม่ได้ใจความหรือเพิ่มเติมรายละเอียดซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องที่พูด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

- 1.ด้านสุขภาพทั่วไป ผู้ป่วยที่มีคิดผิดปกติ อาจมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย ตรวจร่างกาย บริเวณผิวหนัง รอยแผล รอยเข็มจากการใช้ยาฉีด ถ้าผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) อยู่ควรสอบถามชนิดของยา ปริมาณและระยะเวลาที่ใช้ เพราะพยาบาลจำเป็นต้องแยกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นผลมาจากยาที่ได้รับหรืออาการทางจิตโดยแท้จริง นอกจากนี้ต้องรวบรวมข้อมูลการใช้ยาประเภทอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เช่น ยาเสพติดต่างๆ

2. ด้านโภชนาการ อาจมีภาวะทุโภชนาการได้ เพราะจัดการตนเองไม่ได้ในเรื่องของอาหารอาจขาดแร่ธาตุบางอย่างไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือในรายที่แยกตัวมากจะไม่สนใจ ไม่รับรู้ความรู้สึกหิวหรืออยากอาหาร แต่อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิตไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนมากมักมีน้ำหนักมากขึ้น เพราะยาไปกระตุ้นความอยากอาหาร

3. ด้านการขับถ่าย ผู้ที่มีอาการทางจิตมาก อาจจะไม่รู้ว่าตนเองต้องไปห้องน้ำ หรือมีอาการ disorientation ไปห้องน้ำไม่ถูกหรือสับสน ซึ่งปัญหาส่วนมากเกิดขึ้นเพราะอาการทางจิต

4. ด้านกิจกรรมประจำวัน มี 2 ด้าน คือ

4.1 Underactivity ไม่ทำค้อยอะไร หรือไม่เคลื่อนไหว มักแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวันของตนเอง จะนำมาซึ่งปัญหาและอาการทางจิตอื่นๆ

4.2 Overactivity ไม่อยู่เฉย เดินไปมา นั่งไม่ติด จะเป็นผู้ป่วยที่พูดเสียงดัง พูดเร็ว เคลื่อนไหวมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงกับการมีพฤติกรรมรุนแรง

5. ด้านการพักผ่อน-นอนหลับ อาการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายวันในผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นอาการนำเริ่มแรกก่อนมีอาการทางจิตอื่นๆ พยาบาลควรพิจารณาว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ในด้านการนอนหลับและการพักผ่อนของผู้ป่วย ก่อนมีอาการทางจิตชัดเจน และหลังจากอาการทางจิตสงบลง

6. ด้านความคิดและการรับรู้ ส่วนมากผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการคิดและการตัดสินใจ แม้ในสถานการณ์ง่าย ๆ ความคิดที่แปรปรวนมากขึ้นมักจะเป็นเรื่องของความหลงผิด มีความคิดไม่เหมือนคนอื่น ไม่สามารถคิดให้เป็นนามธรรมได้ ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิดร่วมกับรับรู้ต่อสิ่งเร้าบกพร่อง อาจทำให้มีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน ซึ่งอาจสังเกตเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว มีกิริยาเหมือนเงี้ยวหูฟังคนพูดที่ไม่มีตัวตน

7. ด้านการรับรู้ตนเอง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเอง เช่น ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีพลังกำลังมาก มีความสามารถสูง หรือบางคนหมกมุ่นอยู่กับอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ในด้าน self-concept มักเป็นการมองภาพตนเองในด้านไม่ดี ไม่มีตัวตน

8. ด้านบทบาทและสัมพันธภาพ ความสามารถในการเข้าสังคมของผู้ป่วยบกพร่อง การใช้คำพูดหรือการใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารเป็นลักษณะไม่พัฒนา หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมมีความบกพร่องในการปฏิบัติตนตามบทบาท เช่น ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่การงานได้ตามกติกาของสังคม

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลควรกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เป้าหมายระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการระยะวิกฤต และอาการไม่รุนแรงมาก เป้าหมายระยะยาว สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับบ้าน การปฏิบัติการพยาบาลต่อไปนี้จะกล่าวถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่นเนื่องจากมีความคิดหลงผิด

เป้าหมาย

เพื่อช่วยให้มีความคิดอยู่ในความเป็นจริงและป้องกันไม่ให้เกิดผลของความคิดหลงผิดเกิดเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

การปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลต้องประเมินความคิดของผู้ป่วยว่ามีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมและการกระทำของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคิดว่าเขาควรจะตาย ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลจึงควรระมัดระวังในประเด็นนี้

2. พยาบาลต้องตระหนักว่า ความคิดของผู้ป่วยเป็นความคิดที่ยึดแน่นและผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น

3. พยาบาลต้องยอมรับในความคิดหลงผิดของผู้ป่วย โดยพยาบาลไม่ควรโต้แย้ง หรือท้าทายว่าที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังนั้นไม่จริง และพยาบาลไม่ต้องปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยเชื่อ และไม่ควรรำคาญพูดของผู้ป่วยไปพูดล้อเล่น

4. การเข้าไปเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยนั้นกระทำได้ค่อนข้างยาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีความไว้วางใจและเชื่อถือในตัวพยาบาล การแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน ด้วยการให้ความจริง (Present reality) ยังเป็นที่ยอมรับได้

5. พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิดของเขาได้อย่างอิสระ และเพื่อได้รับฟังความคิดของผู้ป่วย

6. สำหรับผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดแบบระแว้ง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

- 6.1 พยาบาลต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยสงสัยในพฤติกรรมของพยาบาล เพราะผู้ป่วยจะระมัดระวังตัว

- 6.2 การเข้าไปสนทนากับผู้ป่วยต้องแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน

- 6.3 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยต้องคงเส้นคงวา เมื่อมีข้อตกลงต่อกันแล้วจะต้องปฏิบัติตามข้อตกลง

- 6.4 หลีกเลี่ยงการเข้าไปจับต้องตัวผู้ป่วย และไม่ควรรำคาญหรือกิริยาที่ก่อให้เกิดความสงสัยหรือตีความได้ไม่ชัดเจน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการประสาทหลอน

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันไม่ให้ผลของอาการประสาทหลอนเกิดเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น และช่วยให้มีการรับรู้ตามความเป็นจริง

การปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลต้องประเมินอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกี่ยวข้องกับระบบรับสัมผัสใด ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาอย่างไรต่อการรับรู้บ้าง และอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด
2. ถ้าพยาบาลพบผู้ป่วยที่กำลังแสดงอาการประสาทหลอน พยาบาลควรบอกสิ่งที่เป็นจริง (Present reality) กับผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น ผู้ป่วยบอกว่าเห็นแม่มาหา ซึ่งขณะนั้นไม่มีแม่ผู้ป่วย พยาบาลควรบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลไม่เห็นแม่ของเขา
3. พยาบาลต้องแสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการรับฟัง และไม่ได้แย้ง แต่ถ้าผู้ป่วยถามว่าพยาบาลเห็นหรือได้ยินเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลควรตอบให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน หรือกล่าวแต่เพียงว่า “ฉันคิดว่าเสียงที่คุณได้ยินเป็นเสียงจริงสำหรับคุณ แต่ฉันไม่ได้ยินเสียงที่คุณได้ยิน”
4. หลีกเลี่ยงการเข้าไปจับต้องตัวผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยจะรู้ตัวเพราะผู้ป่วยมีแนวโน้มจะตีความหรือรับรู้ผิด
5. ไม่ส่งเสริมและลดโอกาสในการเกิดอาการประสาทหลอนต่างๆ โดยการสนทนากับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงอาการประสาทหลอน และหาวิธีที่จะให้ผู้ป่วยเผชิญอาการประสาทหลอนของเขาอย่างเหมาะสม เช่น ใช้เสียงของเขาเองที่จะโต้ตอบกับเสียงที่เขาได้ยิน หรือริบมาบอกพยาบาลถ้าเขาเห็นภาพบางอย่างที่ไม่เป็นจริง
7. ให้ผู้ป่วยแยกแยะว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นนั้น เขารู้สึกอย่างไร อาการเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด หรือมีเหตุการณ์อะไรนำมาก่อน เพราะผู้ป่วยจะได้รู้จักป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นพยาบาลต้องตระหนักว่า มีอาการประสาทหลอนบางประเภทมีแนวโน้มจะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3. มีความบกพร่องในการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัวจากผู้อื่น

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยสื่อสารด้วยภาษาพูดที่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจ และลดพฤติกรรมแยกตัว

การปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วยว่ามีความบกพร่องอย่างไร เช่น พูดหลายเรื่องผสมกันจนคนฟังไม่เข้าใจ หรือไม่พูดเพราะอาการทางจิตต่างๆ

2. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพแบบ one to one เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และไว้วางใจ จัดเวลาเข้าไปพบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด หรือผู้ป่วยไม่โต้ตอบ เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและยังเป็นที่ต้องการของผู้อื่นพยาบาลควรสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่น สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง

3. พยาบาลต้องนำเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ เช่น ในกรณีที่พูดหลายเรื่อง พยาบาลควรให้ผู้ป่วยหยุดพูดเป็นครั้งคราว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายสิ่งที่เขาได้พูดไป กรณีผู้ป่วยไม่พูดหรือไม่โต้ตอบ พยาบาลควรใช้การตีความหรือการคาดเดาจากภาษาท่าทาง(non-verbal)ของผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ความรู้สึกของผู้ป่วย (verbalizing the implied) เช่น คุณกังวลใจเมื่อใกล้จะถึงเวลาที่แม่จะกลับบ้าน

4. เมื่อสัมพันธภาพดำเนินมาสู่ระยะ พยาบาลควรชักชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมระยะแรกควรเป็นกิจกรรมที่ง่ายๆ ไม่ต้องใช้ความสามารถเฉพาะตัว และมีสมาชิกกลุ่มไม่มากเกินไป กระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสารมากขึ้น เช่น จัดกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กัน มีกิจกรรมการแนะนำตนเองให้ผู้อื่นรู้จัก พยาบาลควรร่วมกิจกรรมกลุ่มพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นสบายใจ เมื่อเห็นคนที่คุ้นเคย

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นตัวของตัวเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกับสมาชิกอื่นที่ผู้ป่วยพอใจ และพยาบาลควรให้กำลังใจ หรือแรงเสริม เมื่อเห็นผู้ป่วยร่วมในกิจกรรม

6. พยาบาลต้องตระหนักว่า พฤติกรรมแยกตัวนี้เป็นปัญหาด้านความสามารถทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องอดทนให้เวลาผู้ป่วยในการปรับปรุง

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทที่มีอาการทางจิต มีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว/หวาดระแวง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงผู้ป่วยที่มีความสับสนต่างๆ นอกจากนี้พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือญาติผู้ป่วย เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เป็นลักษณะการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในลักษณะการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ไว้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยคำ 3 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ซึ่งไม่ใช่จำกัดเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น ดังนั้น ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีในด้านความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคลซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น

Stewart and Ware (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Bowling (2001) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งนี้ด้านบวก คือ ความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจการมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง ความสามารถในการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม ด้านลบ คือ การเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ

Guyatt et al. (2007) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบของอาการจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต

จากการให้ความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคที่ส่งผลต่อ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิต สภาวะจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

3.1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

Ware and Sherbourne (1992) ศึกษาและสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว

2) ข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Limitations in usual role activities because of physical health problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) ความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล

4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นกับการรับรู้ของแต่ละบุคคล

5) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล

6) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมของแต่ละบุคคล

7) สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล

8) ข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Limitations in usual role activities because of emotional problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Ware (1996) ได้ศึกษาและกำหนดองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) อาการของโรคหรือผลกระทบที่เกิดจากโรค (Disease)
- 2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล (Personal function)
- 3) ความกดดันทางจิตใจ/ความผาสุก (Psychological distress and well-being)
- 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง (General health perception)
- 5) ความสามารถใการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม (Social/Role functioning)

Clancy and Eisenberg (1998 cited in Lin et al., 2012) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception) เป็นลักษณะของความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง
- 2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Functional status) เป็นลักษณะ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวัน
- 3) ลักษณะอาการ (Symptom) เป็นลักษณะความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจที่ ผู้ป่วยรับรู้ได้เอง
- 4) ค่านิยม (Preferences and Value) เป็นลักษณะของเจตคติและความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (Quality of life) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่แคบกว่า โดยให้ความสำคัญเฉพาะการประเมิน องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้นิยมนำแนวคิดนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจาก สุขภาพถือเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด (นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส, 2552) รวมถึงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีลักษณะ การดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2017) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษา โปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึง เลือกลงใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 2 แบบ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพโดยทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

1) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไป

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีทั้งแบบทั่วไปมีทั้งแบบประเมินภาวะ สุขภาพมิติเดียวและแบบประเมินภาวะสุขภาพหลายมิติ แต่ที่นิยมใช้เป็นแบบหลายมิติเนื่องจาก สามารถประเมินองค์ประกอบทางสุขภาพได้ครอบคลุมมากกว่าแบบมิติเดียว ซึ่งแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพที่นิยมใช้มีดังนี้

1.1) Short Form Health Survey-36 (SF-36) เป็นหนึ่งในเครื่องมือ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความ แม่นยำทั้งความเที่ยงและความตรง มีการแปลเป็นภาษาต่างๆมากมายรวมทั้งภาษาไทย SF-36 เป็น แบบสอบถามที่สร้างโดย Ware and Sherbourne (1992) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น ทั้งหมด 8 มิติย่อย ได้แก่ 1) Physical functioning 2) Role limitation due to physical

problems 3) Bodily pain 4) General health perceptions 5) Vitality 6) Social functioning role 7) Limitation due to emotional problems 8) Mental health แต่ละมิติมีจำนวนข้อคำถามแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมาโดยมีคำตอบให้เลือกตอบ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนข้อคำตอบให้เลือกตอบทั้งหมด 2,3,5 หรือ 6 คำตอบ โดยสามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ การรายงานคะแนนของ SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามจำนวนมิติย่อย ซึ่งมีทั้งหมด 8 มิติ แต่ละมิติจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า คะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า

1.2) SF-12 คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจาก SF-36 (Ware et al., 1996) มีทั้งหมด 12 ข้อ จำแนกเป็น 8 มิติย่อยเช่นเดียวกับ SF-36 มีความแม่นยำ ทั้งด้านความตรงและความเที่ยงแต่น้อยกว่า SF-36 ข้อดีของ SF-12 คือ สั้นกว่า SF-36 มาก การรายงานผลคะแนนรายงานเป็นผลคะแนนรวมทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งช่วงระดับค่าคะแนนในแต่ละข้อเท่ากับ 0-100 การแปลผลคะแนนมากหมายถึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า

1.3) Sickness Impact Profile (SIP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bergner et al., 1981) พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความไวเพียงพอที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกเป็นมิติย่อยทั้งหมด 12 มิติ โดยมีมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติ ย่อย ได้แก่ 1) Ambulation 2) Mobility 3) Body care and Movement มิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) Social interaction 2) Communication 3) Alertness behavior 4) Sleep 5) Rest 6) Eating 7) Home management 8) Recreation 9) Employment การรายงานผล คะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อย และคะแนน 2 มิติใหญ่ด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวม ของแบบสอบถาม SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี

1.4) Nottingham Health Profile (NPH) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดย Hunt, McKenna and McEwen (1980) มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรก มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ 1) Physical functioning, 2) Vitality (Sleep & Energy), 3) Pain, 4) Emotional functioning, 5) Social functioning ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่อง 1) Job/Work 2) Home management 3) Social life 4) Home life 5) Sex life 6) Interests/Hobbies 7) Holidays

2) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Atherly, 2006) คือ

2.1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากอาการทางคลินิก เช่น อาการอาการแสดง และการทดสอบ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมักเน้นการประเมินอาการเป็นหลักเนื่องจาก เป็นอาการที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินอาการประเมินได้จาก ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง(Severity) และผลกระทบหรือการรบกวน(Bothersome) ต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ลักษณะแบบวัด Symptom ของผู้ป่วยมักจะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale มีตัวเลือกให้เลือกตอบ

2.2) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากผลกระทบหรือปัญหาต่างๆของโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีมิติย่อยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกับที่พบในแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ Kongsakorn and Silpakit (2000) แพลและพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า มีความแม่นยำมากกว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (SF-12) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทและประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมาซึ่งมีความเหมาะสมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยที่ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และเครื่องมือนี้ได้รับการนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 100 คน มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ามีค่าความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหาที่ดีสามารถนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชได้

3.2 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตโดยรวมจากการสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่ออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกต่ำกว่าบุคคลทั่วไป และกลุ่มบุคคลเรื้อรังทางกาย (Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman, Possidente & Hawker, 1986) ส่วนการศึกษาในประเทศสวีเดน (Skantze et al., 1992) พบว่าร้อยละ 84 ของผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพ

ชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว ไม่มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความทุกข์กับประสบการณ์ภายในใจ มีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและชีวิตด้านการเงิน นอกจากนี้ยังพบว่าความไม่พึงพอใจในชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ คือ ความพอใจและความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนาน ความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนา และสุขภาพร่างกาย (Katsching, 2000) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (กาญจนา นันทไพบุลย์, 2552) แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ (นุจรี ประทีปวิช จอห์นส, 2552) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียวแต่มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.3.1 ความสัมพันธ์และส่งผลในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่

1) อาการทางลบ (Negative symptoms) อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Barry & Crosby, 1996; กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 47.2 (Suttajit & Pilakanta, 2015) หมายถึง หากมีการจัดการทำให้อาการทางลบลดลงย่อมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น อาการทางลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ เฉยเมย แยกตัว เป็นต้น 2) อาการทางบวก (Positive symptoms) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Tomotake, 2011 ; กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) หมายถึง หากมีการจัดการกับปัจจัยอาการทางบวกให้มีอาการที่ลดลงจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น อาการทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น

3.3.2 ความสัมพันธ์และส่งผลในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พฤติกรรมการ

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Adelufosi et al., 2012; กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) หมายถึง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น 4) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวทำให้เป็นแรงสนับสนุนทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น 5) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (หงษ์ บันเทิงสุข, 2545; กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมยิ่งดีเท่าไรจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ เพศ พบว่า เพศหญิง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37.8 โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (หงษ์ บันเทิงสุข, 2545)

3.4 การบำบัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไว้ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (สารินี โต๊ะทอง, 2548) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจากแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพของ Lubkin (1986) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ศิริภัทตรา จุฑามณี, 2552) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2557) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาโลม และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของไฮน์ริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิระภา สุมาลี, 2559) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่เป็นการจัดกระทำกับ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีเพียงการศึกษาที่เป็นในลักษณะปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (กึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559)

สรุปได้ว่า การบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำได้หลายรูปแบบทั้งในด้านให้ความรู้หรือให้คำปรึกษา รายกลุ่มหรือรายบุคคลโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การพยาบาลที่คำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดย ด้านร่างกาย เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีผลกำลังที่สมบูรณ์ ด้านจิตใจ เน้นการมีสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีความสุข ด้านสังคม เน้นความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ด้านจิตวิญญาณ เน้นการมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ และเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภท

4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรังตั้งนั้นจากการศึกษาของ Lubkin (1986) ได้มีการเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเรื้อรังไว้ดังนี้

กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น สามารถประเมินสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมและหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานาน

มีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแผนการพยาบาลที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง

ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้าน ให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการทางด้านจิต สังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความครอบคลุมทุกมิติจึงมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่ทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

ตระหนักถึงการทำงานประสานร่วมกับบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยในการกลับไปสู่ชุมชนอย่างมีคุณภาพ

4.1 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย จึงเป็นลักษณะของการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 และจรรยา คงพยัคฆ์, 2535)

4.1.1 บทบาทในด้านการให้ความรู้ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการที่จะนำความรู้ทางการแพทย์และความรู้ในศาสตร์ที่หลากหลายมาใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงใช้ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ ความรู้สึกนึกคิด เพื่อออกแบบการให้การพยาบาลที่เหมาะสมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.1.2 บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมินโดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาล ผลการวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อยู่ร่วมกับสังคม โดยการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับแบบแผนประจำวันของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1995) โดยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ความสามารถของพยาบาลทางเทคนิคการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนระดับระครองดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.1.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่สามารถกระทำได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้คำปรึกษาที่เป็นบทบาทที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลเนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสที่จะรับรู้ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยการให้คำปรึกษาของพยาบาลเป็นการช่วยผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง ค้นหาแบบแผนการแก้ไขปัญหาเดิมของตนเองและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาวิธีใหม่ ซึ่งแบบแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานของตนเองสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.1.4 บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจาก เป็นผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการคุณภาพการให้บริการ ทางพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย นั่นคือการที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดี

4.1.5 บทบาทนักวิจัย เป็นการสร้างงานวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการ พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ศึกษาค้นคว้าวิจัยผลงานวิจัยที่ นำเชื่อถือเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้อง อาศัยพื้นฐานจากกระบวนการพยาบาลที่ต้องมีการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน มีการประเมินทุกมิติ อย่างเป็นองค์รวมแล้วนำวางแผนการพยาบาลได้หลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ ให้ คำปรึกษา โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักและการประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อหา แหล่งสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนก็เป็นอีกบทบาทที่มีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือหรือ ส่งเสริมวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ได้มีการใช้คำอธิบายถึงความพยายามที่จะจัดการกับ อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping) (Cohen & Berk, 1985) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) (Breire & Strauss, 1983) และการจัดการกับอาการ (Symptom management) มีแนวคิดที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วย ได้แก่ แนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการแสวงหาความช่วยเหลือและมีความพยายามที่จะ เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการจัดการอาการด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการ เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ภายในขอบเขตการควบคุมตนเอง (Kanfer & Goelick, 1991) หรือการจัดการ กับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการใช้กลุ่มอาการมาเป็นข้อมูลในการประเมินพิจารณาตัดสินใจและคิดค้นหาวิธีการ จัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ สรุปการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้อง อาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ต่ออาการหรือการให้ความหมายที่เกี่ยวกับ อาการ และผลที่เกิดจากการจัดการกับอาการมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีการ จัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปในรูปแบบของ กรมสุขภาพจิต (2559) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทั้ง 3 มิติดังนี้

บุคคล (Person variables) เป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญมาก หากปัจจัยด้านตัวบุคคลนี้มีอยู่ก่อนอาการปรากฏ จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล (Demographic) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติสถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) รวมถึงบุคลิกภาพความสามารถ ในการรู้คิด การจูงใจ ลักษณะทางสังคม (Sociological) หมายถึง ครอบครัววัฒนธรรม ศาสนา ลักษณะทางสรีระวิทยา (Physiological) ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การมีกิจกรรม ความสามารถทางร่างกายรวมทั้งระดับการพัฒนา (Development) ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยเสี่ยง หมายถึง บุคลิกภาพที่เกิดขึ้นโดยกำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย โรคและการบาดเจ็บ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเบี่ยงเบนอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง บรรยากาศและสภาพภูมิหลังในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งสภาพการณ์ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้านพักที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยมและประเพณี

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตโดยเน้นในผู้ป่วยระยะอาการทางจิตสงบของ กรมสุขภาพจิต (2559)

ในระยะอาการทางจิตสงบ การดูแลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการอาการทางจิตด้วยตนเอง การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชน ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันในสังคม
2. เตรียมการสนับสนุนช่วยเหลือ
3. ส่งเสริมการใช้กระบวนการ Recovery
4. ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ
5. ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

6. พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ
7. พัฒนาคุณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา
8. ติดตามอาการของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระยะสงบ

1. ต้องเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ

2. การสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยจิตเภทไว้วางใจ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้เขาร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานยา หรือการยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเปิดประตูใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองและการปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

3. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย ทักษะต่างๆซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเน้นการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน 6 ทักษะ ดังนี้

- 3.1 ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ รู้จักขยับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ มีพฤติกรรมการรับประทานอย่างเหมาะสม รู้จักเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมีปัญหาด้านการรักษาความสะอาด โดยผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำ กรมยุงเหยิง มีกลิ่นตัวไม่ยอมสระผม แต่งตัวแปลกๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ สำหรับผู้ป่วยที่มีทักษะด้านการทำความสะอาดที่เพียงพอแล้ว อาจมีปัญหากิจวัตรประจำวันอื่นๆ เช่น นิสัยการกินที่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

- 3.2 ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มเครื่องนอนการจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ภายในบ้าน ให้ถูกประเภทรักษาความสะอาดที่อยู่อาศัย (ปัด กวาด เช็ด ถู) การประกอบอาหาร เป็นต้น

- 3.3 ทักษะทางสังคม ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ รู้จักสนใจตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้จักบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่นมีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม รู้จักการรับและการให้ที่เหมาะสม และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ เป็นต้น

3.4 ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงานหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายและมีความร่วมมือในการทำงานกับผู้อื่น ให้มีสมาธิ มีความอดทนในการทำงาน รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

3.5 ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬาในร่ม กีฬากลางแจ้ง การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

3.6 ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคต่างๆ ในชุมชนอย่างถูกต้อง เช่น การใช้เงินอย่างถูกต้องและเหมาะสม ห้องน้ำสาธารณะ รวมทั้งการใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น กิจกรรมตามประเพณีและศาสนา มีความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น

4. ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโดยการหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของอาการ

5. ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามสิ่งที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยเริ่มต้นชีวิตใหม่พยายามพาผู้ป่วย ออกจากเหตุการณ์บาดเจ็บทางใจต่างๆ จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าญาติ

6. ด้านการพัฒนาอาชีพ ให้ผู้ป่วยทำงานง่ายๆ ใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาชีพในครอบครัว เช่น การชั่งของขาย การปลูกผักสวนครัว ให้ผู้ป่วย ช่วยงานที่บ้าน เช่น ยกของ ล้างจาน ตัวอย่าง ของงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เช่น แบ่งของขาย ให้นำเงินไปฝากธนาคาร ช่วยทำงานในห้างร้าน แผนกที่ไม่ยุ่งยาก เช่น จัดเรียงสินค้า

7. ด้านการสื่อสาร โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไพเราะ ไม่ตำหนิ ไม่ขู่ ตัวอย่างคำถาม เช่น นอนหลับมั้ย/ เครียดมั้ย อยู่ว่างๆ เบื่อมั้ย/ลุกตื่นได้แล้ว สายแล้วจะเอาอะไร ให้บอก สอบถามให้ผู้ป่วยพูด ปัญหาคนป่วยทำผิดอย่าตำหนิ ینگเสีย หายโมโหคอยบอกเตือนผู้ป่วยให้กินยา โดยใช้คำพูดว่า กินยา หรือยังลูกเวลาลูกไม่อาบน้ำ บอกว่า ใครมาบ้านจะเหม็นสาบ ฝึกการสื่อสารเพื่อรับยาการตอบสนอง ต่อท่าทางของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ถ้าลูกฮึดฮัด โต้เถียง แม่บอกว่า ขอโทษ เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร ขอสัญญาว่าต่อไป จะปฏิบัติตัวอย่างไรแทนการตำหนิผู้ป่วย ให้ขอความช่วยเหลือ โดยการเสนอตัวให้ความช่วยเหลือ สม่่าเสมอ

8. ด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง เมื่อญาติมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียด หรือพบจิตแพทย์ควรเปลี่ยนบรรยากาศ คลายเครียด มีความคิดว่า ทำวันนี้ให้ดีที่สุด อยู่กับปัจจุบัน ยึดธรรมมะ

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบของ โรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 โรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง โดยรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิตที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด เป็นการที่บุคคลมีการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การตอบสนองการรักษา ตั้งแต่ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่ง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการ เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อป่วยเป็นโรค จิตเภทได้อย่างถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทการจัดการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเองขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น สร้างความเข้าใจการจัดการภาวะสุขภาพและอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง ผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ

การนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการกับภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติย่อยที่ดีขึ้น และเพื่อได้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะจนเกิดผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยรายละเอียดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยา ที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความสำคัญของยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด เป็นการที่บุคคลมีการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การตอบสนองการรักษา ตั้งแต่ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการ เป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่ง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ มีส่วนช่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทการจัดการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเองขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น สร้างความเข้าใจการจัดการภาวะสุขภาพและอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง ผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ

การนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการกับการใช้ยาตามเกณฑ์ได้ด้วยตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติย่อยที่ดีขึ้น และ เพื่อได้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะจนเกิดผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 อาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือน โดยรายละเอียดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือน ที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการเตือนที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงความสำคัญของการจัดการอาการเตือนที่เหมาะสม โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด เป็นการทำบุคคลมีการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การตอบสนองการรักษา ตั้งแต่ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคม วัฒนธรรมซึ่ง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากอาการเตือน เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ การจัดการอาการเตือน มีส่วนช่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มี กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับอาการเตือนวิธีการจัดการอาการเตือนของตนเองเมื่อป่วยเป็น โรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการเตือนที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย จิตเภทมีความรู้การจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเองขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสังเกต การจัดการอาการเตือน เพื่อไม่ให้เกิดการกลับป่วยซ้ำของตนเองมากยิ่งขึ้น สร้างความเข้าใจการ จัดการภาวะสุขภาพและอาการเตือนได้ด้วยตนเอง ผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายใน การปฏิบัติ

การนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการเตือนที่เหมาะสม ซึ่ง ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการกับการกับอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบได้ด้วย ตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับความรู้สึก หรือการนึก คิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติย่อยที่ดีขึ้น และ เพื่อได้มี การตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะจนเกิดผลลัพธ์จากการ จัดการกับอาการสามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่าง ต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยรายละเอียดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านของตนเอง ที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่อการดูแลตนเองที่ เกิดขึ้นการรับรู้ถึงความสำคัญของการจัดการกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้

ความคิด เป็นการที่บุคคลมีการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การตอบสนองการรักษา ตั้งแต่ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่ง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ การจัดการกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีส่วนช่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง

การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทและต้องกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ไม่ให้เกิดการกลับป่วยซ้ำของตนเองมากยิ่งขึ้น สร้างความเข้าใจการจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ

การนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการกับภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน นำมาซึ่งอาการทางจิตที่ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติ ส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติย่อยที่ดีขึ้น และ เพื่อได้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะจนเกิดผลลัพธ์จากการจัดการกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถประเมินจากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง

6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ที่เน้นการจัดการอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 กระบวนการในแต่ละกิจกรรม คือ 1. กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิต 2. กระบวนการการเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการ

จัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ 3.การนำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 9 กิจกรรม โดยการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์โปรแกรมการจัดการกับอาการ

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ</p> <p>การเรียนรู้ (learning) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูก ต้อง โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น</p> <p>การนำมาประยุกต์ใช้(application) เป็นขั้นตอนที่นำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 2006) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ สามารถประเมินและสังเกตอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รับรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นในอดีต ทบทวนถึงสาเหตุ อาการผลกระทบ พร้อมทั้งปัญหาด้านสุขภาพ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสาเหตุ อาการและแนวทาง การรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง</p>

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ</p> <p>การเรียนรู้ (learning) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูก ต้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น</p> <p>การนำมาประยุกต์ใช้(application) เป็นขั้นตอนที่นำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ โดยเฉพาะอาการทางลบ กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการจัดการอาการลบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆ ในการจัดการอาการทางลบ และมีตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางลบ ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการใช้วิธีใดในการจัดการ เช่น การจัดการอารมณ์ราบเรียบ ไร้อารมณ์ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนอาการจะกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการทางลบการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางลบมากขึ้นการให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทฝึกระบุอาการทางลบ มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการอาการทางลบอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางลบมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการทางลบที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลและอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต</p>

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ</p> <p>การเรียนรู้ (learning) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูก ต้อง โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น</p> <p>การนำมาประยุกต์ใช้(application) เป็นขั้นตอนที่นำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบ การให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อถึงบุคคลในครอบครัว จัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สสำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติมา แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา และนำทักษะที่ได้ไปวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และการฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยให้สถานการณ์จำลองและให้ผู้ป่วยฝึกมารยาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การรู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักถึงบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เป็นต้น</p> <p>กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เรื่องการรับประทานยาการพักผ่อนนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบอาการข้างเคียงจากยา ควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบายนั้นอย่างไร ส่วนการนอนหลับพักผ่อนเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดี อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริม</p>

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ</p> <p>การเรียนรู้ (learning) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูก ต้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น</p> <p>การนำมาประยุกต์ใช้(application) เป็นขั้นตอนที่นำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง</p>	<p>สุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน เรียนรู้วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับในเบื้องต้น การจัดการอาการข้างเคียงจากยาและการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนำไปสู่สุขภาพทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น</p> <p>กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ กิจกรรมการฝึกทักษะการรับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การใช้ยาที่ต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเอง ฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยการนำยาของตนเองมาจัดใส่กล่องที่จัดไว้ตามหน้าซองยาให้ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว กิจกรรมฝึกทักษะจัดการกับแบบแผนการนอนให้เหมาะสม โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอนและให้ฝึกทักษะการนอนของตนเอง ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยเริ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อบุคคลในครอบครัวที่ดีให้เกียรติกันและกัน มองในส่วนตัวของกันและกัน เปลี่ยนความคิดที่เคยมอง</p>

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ</p> <p>การเรียนรู้ (learning) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูก ต้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น</p> <p>การนำมาประยุกต์ใช้(application) เป็นขั้นตอนที่นำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางลบได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ในทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวกด้วยการชี้แจงอธิบาย ทำความเข้าใจกันมากขึ้น เป็นต้น</p> <p>กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการจัดการกับอาการ ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้และประสบการณ์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการและนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการและนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางจิต สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน และยุติกลุ่ม</p>

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศ

สุตาพร สถิตยุทธการ (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังและเคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน จำนวน 80 รายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1-3 ใช้ระยะเวลา 90 นาที กิจกรรมที่ 4-6 ระยะเวลาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยบริหารจัดการของผู้ป่วยเอง โดยผลของโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจัดการอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสัดส่วนการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญศิริ สมใจและคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน เป็นโปรแกรมให้ความรู้ คำแนะนำและการออกกำลังกาย จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน เป็นโปรแกรมที่เน้นการจัดการอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมละ 60-90 นาที โดยผลของโปรแกรมพบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑา ปันวิเศษ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทั้งอาการทางลบ อาการทางบวกและอาการทางจิตทั่วไปต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรค จิตเภทดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มนาน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยผลของโปรแกรมพบว่าอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิระภา สุมาลี (2559) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดำเนินกิจกรรม 12 กิจกรรม

สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินการ ครั้งละ 60 นาที โดยผลของโปรแกรมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพันธ์ ลีทองคำ (2559) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 60-90 นาทีต่อกิจกรรม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลของโปรแกรมพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิงกาญจน์ ไชยบุศย์ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาคกลาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ปริมาณกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการทางบวกและอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Kyung Hee Shon (2003) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการรักษาขณะรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่สองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมให้ความรู้ที่เน้นการจัดการอาการกับอาการที่หลงเหลืออยู่และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกิจวัตรประจำวันโดยประกอบด้วย 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 70 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น และมีคะแนนของการกลับเป็นซ้ำของอาการน้อยกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Yang CY et al. (2015) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยโปรแกรมประกอบด้วย 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยผลของโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วมีระดับความรุนแรงของหูแว่ว และอารมณ์ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Abd ELhay et al. (2017) ได้มีการนำโมเดลการจัดการอาการของ Bucherri et al. (1997) มาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผลการวิจัย

โดยโปรแกรมประกอบด้วย 10 กิจกรรม ระยะเวลา 10 สัปดาห์ กิจกรรมละ 60-90 นาทีพบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าโปรแกรมการจัดการกับอาการหิวแหว่ที่ประยุกต์จากโมเดลการจัดการอาการนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Soliman (2018) ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลหลักจำนวน 116 คน จำนวน 6 กิจกรรม ทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ครั้งละ 60 นาที พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้รู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่ไม่ดี ในแต่ละมิติย่อยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยมีสาเหตุมาจากการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบยังไม่เหมาะสม การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ทั้งสาเหตุ อาการ อาการแสดง อาการเตือนและวิธีการรักษา โดยวิธีที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น คือ การจัดการกับอาการจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การได้รับสุขภาพจิตศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 9 กิจกรรมดังต่อไปนี้

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต ของ กรมสุขภาพจิต (2559) 9 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และ ทักษะการเข้าสังคม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการจัดการกับอาการ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

(Ware and Sherbourn, 1992)
ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่

1. ทางด้านร่างกาย
2. ข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย
3. ความเจ็บปวดทางกาย
4. การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป
5. ความมีชีวิตชีวา
6. การทำหน้าที่ทางสังคม
7. สุขภาพจิต
8. ข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	x	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย O₁ = คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

O₂ = คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

O₃ = คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ = คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X = ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

Inclusion Criteria

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10
- 2) อายุ 20-59 ปี
- 3) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 4) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ (BPRS คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน)
- 5) อาการทางลบเด่น ประเมินโดยเครื่องมือ PANSS ฉบับภาษาไทย โดยพิจารณาจากค่าผลต่างคะแนน Composite Scale มีคะแนนน้อยกว่า 0 ซึ่งค่า Composite Scale จะเป็นการแยกประเภทผู้ป่วยจิตเภทว่ามีลักษณะอาการทางบวกหรือทางลบเด่นกว่ากัน คะแนน Composite Scale คิดจากการนำคะแนน Positive Scale ลบด้วย Negative Scale ถ้า Composite Scale เป็นบวก คือมากกว่า 0 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางบวกเด่น แต่ถ้า Composite Scale เป็นลบ คือน้อยกว่า 0 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, ม.ป.ป)
- 6) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ยุติร่วมด้วย
- 7) ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

Exclusion Criteria

- 1) มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง (คะแนน BPRS มากกว่า 36 คะแนน) ขณะเข้าร่วมการวิจัย
- 2) มีอาการทางกายกำเริบรุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลอง คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน (Burn & Glove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (Lehman, 1983; Norman et al., 2000) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานสารสนเทศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดของการวิจัยหรือไม่

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ประเมินผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกจากหอผู้ป่วยใน จำนวน 4 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยหญิง 2 หอผู้ป่วยชาย 2 หอผู้ป่วย และทำการจับฉลากเลือกหอผู้ป่วยหญิงและชายอย่างละ 1 หอผู้ป่วย เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และตึกที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม จนได้จำนวนที่กำหนด

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ได้แก่ เพศ (Lehman, 1983; Norman et al., 2000) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Bobs & Gonzalaze, 1997; Makara-Studzinska et al., 2011) และคะแนนอาการทางลบ (Llorca et al., 2012)

วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง มีวิธีปฏิบัติดังนี้ คือ เมื่อสุ่มเลือกได้หอผู้ป่วยชาย 1 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยหญิง 1 หอผู้ป่วย เป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นทำการจับคู่ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย โดยกำหนดให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ไม่เกิน 10 ปี และมีอาการทางลบที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 5 คะแนน โดยผู้วิจัยทำการเรียงลำดับระยะเวลาความเจ็บป่วย เพศ และคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แล้วทำการเลือกจับคู่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ให้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยเมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

เนื่องจากเมื่อนำคุณสมบัติของการจับคู่ เรื่องคะแนนอาการทางลบมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แม้จะพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนอาการทางลบ 26.55 และ 26.85 ตามลำดับ แต่เมื่อนำข้อมูลรายคู่มาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ pair t-test พบว่า คะแนนอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.513$) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะกระทำโดยผู้วิจัยและมีการกำหนดรหัสในแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะถูกปกปิด (Single-blind trial) ไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนที่เข้าร่วมในการวิจัย จัดอยู่ในกลุ่มใด ผู้ช่วยวิจัยจะทราบเพียงแต่ว่ามีกลุ่มตัวอย่างใดบ้างเท่านั้น ซึ่งในการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัย ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยไม่แยกกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการประเมินผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลศรีธัญญาให้ดำเนินการวิจัย (ดังเอกสารแนบในภาคผนวก จ) โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ยื่นเอกสารตามที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลศรีธัญญา ครบถ้วน

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งระบุว่าในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ใช้คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2544) และแบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับ

ภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามอาการทางบวก 7 ข้อ อาการทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992)

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) เฉพาะข้อคำถามอาการทางลบที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543)

โดยเครื่องมือแต่ละชุดมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ใช้คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดยโอเวอร์ออล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธันภากิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย (Somatic concern) ความรู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดในอนาคต (Anxiety) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง (Depress mood) รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต (Guilt feeling) หงุดหงิด อารมณ์เสีย (Hostility) ทำทางหยิ่งยโส ยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น (Grandiosity) รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสังค์ร้ายต่อตน (Suspiciousness) อาการหูแว่ว (Hallucination) ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด (Unusual thought content) สับสนต่อเวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง (Conceptual disorganization) สีหน้าไม่ค่อยแสดงอารมณ์ความรู้สึก (Blunted affect) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับบุคคลอื่น (Emotional withdrawal) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย (Tension) ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น (Uncooperativeness) ลุกลี้ลุกลอน มีปฏิริยาโต้ตอบเร็ว (Excitement) การพูด การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ (Motor

retardation) และพฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ (Manner and posturing) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ระดับคะแนนมีตั้งแต่ 1-7 ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 2 หมายถึง มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย คะแนน 4 หมายถึง อาการปานกลาง คะแนน 5 หมายถึง อาการค่อนข้างรุนแรง คะแนน 6 หมายถึง อาการรุนแรงคะแนน 7 หมายถึง อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18 – 126 คะแนน

การแปลผล มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18 – 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับอาการทางจิตน้อย คะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.2 แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวก และแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามอาการทางบวก 7 ข้อ อาการทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ ในงานวิจัยนี้เลือกส่วนอาการทางลบ เพราะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างโดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

1= ไม่มีอาการ 2= มีอาการขั้นต่ำสุด 3= มีอาการเล็กน้อย

4= มีอาการปานกลาง 5= มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6= มีอาการรุนแรง

7= มีอาการรุนแรงมาก

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้ง 7 ข้อในแต่ละด้านมารวมกัน โดยคะแนนอาการทางบวกและคะแนนอาการทางลบมีค่าคะแนนเป็นไปได้ระหว่าง 7-49 คะแนน ในการแยกกลุ่มผู้ป่วยว่ามีอาการแสดงทางด้านบวกหรือลบเด่นกว่ากัน คิดผลต่างคะแนนจาก Composite Scale โดยการนำคะแนนอาการทางบวกมาลบกับ คะแนนอาการทางลบ ถ้าคะแนนน้อยกว่า 0 (มีค่าเป็นลบ) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่นกว่า ถ้าคะแนนมากกว่า 0 แสดงว่า อาการทางบวกเด่นกว่า สำหรับงานวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากค่า Composite Scale มีค่าเป็นลบ แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบ

2. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการ กำหนด การศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิต ทั่วไป โดยเน้นการจัดการกับอาการทางลบ

1.2 พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยผู้วิจัยใช้ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิต เภทที่มีอาการทางจิตในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2553) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิต ทั่วไป ของ กรมสุขภาพจิต (2559) ที่เน้นการจัดการอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิต ทั่วไปด้วยตนเอง โดยกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการโดยเน้นการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 9 กิจกรรม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน นานครั้งละ 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย และพยาบาล เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 1997) และ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ สามารถประเมินและสังเกตอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วย ตนเอง รับรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นในอดีต โดยจะมีการทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และวิธีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของ อาการทางลบ ที่ผ่านมาพร้อมทั้งปัญหาด้าน สุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ส่งผลกระทบต่อ การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อให้ ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาโรคจิตเภท โดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการทางลบที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ ลดลง วิธีการสังเกตและประเมินอาการด้วยตนเองและการตอบสนองอาการทางลบทางด้านสุขภาพที่ เกิดขึ้นอย่างถูกต้องตลอดจนแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ

สาระสำคัญ

กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ วิธีต่างๆ เช่น ให้ความรู้เรื่องวิธีการสื่อสาร วิธีการเข้าสังคมต่างๆ วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และมีตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางอาการทางลบ ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการทางลบใช้วิธีใดในการจัดการ เช่น การจัดการอาการพูดน้อย ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจตนเอง แยกตัวจากสังคม ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นในการจัดการอาการทางลบซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ได้แก่ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดร่างกายตั้งแต่ ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักขับถ่ายเป็นเวลา รู้จักเข้านอนเป็นเวลา เป็นต้น ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน รู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ภายในบ้าน ให้ถูกประเภท เป็นต้น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ เรียนรู้การจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางลบมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลและอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบของตนเอง

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา

และการสิ้นสุดการสนทนา โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มสำรวจปัญหาด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับตนเอง แล้วให้ทุกคนในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วเลือกปัญหา 1-2 ปัญหาแล้วจัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา และนำทักษะที่ได้ไปวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เรื่องการรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบอาการข้างเคียงจากยา ควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบายนั้นอย่างไร ส่วนการนอนหลับพักผ่อนเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดี อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการรับประทานยาที่ต้องตรงตามแผนการรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยการให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเอง ฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเองโดยการนำยาของตนเองมาจัดใส่กล่องที่จัดไว้ตามหน้าซองยาให้ถูกต้อง ผู้ป่วยจะเกิดทักษะการบริหารจัดการยาที่ต้องนำไปสู่การรับประทานยาอย่างถูกต้องอาการทางลบลดลงการรับรู้สุขภาพจิตของตนเองที่ดีขึ้น และลดข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

สาระสำคัญ

กิจกรรมฝึกทักษะจัดการกับแบบแผนการนอนให้เหมาะสม โดยการให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน และให้ฝึกทักษะการนอนของตนเองโดยการเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้เกิดความเคยชิน โดยอยากนอนและตื่นนอนเมื่อถึงเวลากำหนด ลงบันทึกตารางเวลานอนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ฝึกทักษะการสร้าง

สัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว โดยร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการจัดการกับอาการ

สาระสำคัญ

การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ และการจัดการสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย โดยทบทวนความรู้และประสบการณ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการที่อาการทางลบลดลงและจัดการสุขภาพทั่วไปที่มีประสิทธิภาพ สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน และยุติกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วย แผนกิจกรรมโปรแกรมการจัดการกับอาการ และคู่มือการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาวิจัย ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยหาค่าความตรงของเนื้อหา จากการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและให้คำแนะนำแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้กิจกรรมต่างๆมีเนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจนและภาษาที่เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ไขรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ควรใช้ใบงานที่ 1.2 แบบประเมิน นำมาใช้ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนแล้วจึงใช้ใบงานที่ 1.1 ในการสอบถามถึงสาเหตุและประสบการณ์

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเนื้อหา 1) ควรเน้น อาการแสดงทางบวกและทางลบของโรคจิตเภทมากกว่าอาการเตือน 2) สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มแบบฝึกหัด

เรื่องสาเหตุ ปัจจัยที่มีต่ออาการทางลบและควรเพิ่มวิธีการจัดการกับอาการทางลบเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ

ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อ 3.1.2 และข้อ 3.1.3 ข้อคำถามคล้ายกันควรปรับเป็นข้อเดียวกัน

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม

เพิ่มเนื้อหา ปัญหาของการติดต่อสื่อสารหรือการเข้าสังคม มีอะไรบ้าง บางครั้งผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นปัญหาจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ และควรเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้กลุ่มได้ช่วยกันคิดวิเคราะห์หาทางแก้ปัญหาด้วยกัน

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ควรเพิ่มปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท เช่น จากการใช้ยาต้านอาการทางจิตจะมีผลข้างเคียง เรื่อง ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น และเพิ่มวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์

ควรเพิ่มการจัดการกับอาการข้างเคียงของการรับประทานยาจิตเวชด้วย

กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว

ควรเพิ่มวิธีการจัดการปัญหาการนอนของผู้ป่วยจิตเภทถ้ามีปัญหาการนอนหลับจะทำอย่างไร หลังจากปรับแก้ไขกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มละ 5 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ ทั้ง 9 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกลุ่ม หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมจนเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมได้เป็นอย่างดี เข้าใจเนื้อหาและกิจกรรมต่างๆ แต่ต้องได้รับการกระตุ้นในการแสดงความคิดเห็นค่อนข้างเยอะ แต่ลักษณะคำถามในใบกิจกรรมที่ 1.1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำถามที่บอกว่า ท่านคิดว่าสาเหตุของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกิดจากอะไร และคำถามในใบงานที่ 3.1 ที่ถามว่า โปรดระบุจุดมุ่งหมายในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ผู้วิจัยต้องมีการอธิบาย และชี้แนะเพิ่มเติมโดยเฉพาะในช่วงกิจกรรมที่ 1 เนื่องจากต้องสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะรับฟังและเปิดใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผู้ป่วยยังไม่คุ้นชินกับลักษณะข้อคำถามต่างๆ เมื่อผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างประกอบและฝึกทำใบงาน ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจมากขึ้นและสามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยระยะเวลาในกิจกรรมช่วงแรกใช้เวลาประมาณ 90 นาที กิจกรรมครั้งต่อไปประมาณ 60 นาที ผู้ป่วยทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ 9 กิจกรรม ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์พร้อมนำไปใช้มากที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36)

เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 มิติย่อย ประกอบด้วย 1) Physical functioning เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) Role limitation due to physical problems การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ 3) Bodily pain การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 4) General health perception การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับรับรู้ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 5) Vitality การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ 6) Social functioning การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 7) Mental health การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 8) Role limitation due to emotional problem การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ นอกจากนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1 ข้อซึ่งไม่นำมาคิดค่าคะแนน

เครื่องมือนี้มีรายละเอียดลักษณะข้อคำถามดังนี้ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อดังนี้

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย มีการคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดจากคะแนนดิบโดยแปลงคะแนนจากแบบประเมิน (สูตรการแปลงคะแนนดังแสดงในภาคผนวก) จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน คะแนนแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-100 ความหมาย คะแนนสูงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี คะแนนต่ำแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า คำถามข้อที่ 2 ซึ่งถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับปีที่แล้วจะไม่นำมาคำนวณคะแนนแต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบข้อเลือกในแต่ละข้อซึ่งมีการแปลผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

50 -100 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

0 – 49 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงระดับ 1 คือ ไม่เห็นด้วย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่า CVI ที่ยอมรับ คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ $CVI = 1.0$ ดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Dixon, 2001) ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ .98

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (มปป.) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบ (Negative symptoms) ของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 7 อาการ คือ อาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม การมีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว นิยมนำมาใช้วัดอาการทางจิตด้านอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทโดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านลบ

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

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

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบประเมินซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 7-49 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (7ข้อ) และแปลผลของระดับอาการทางลบจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 7 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 6.50 – 7.00 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับรุนแรงมาก
- คะแนนเฉลี่ย 5.50 – 6.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับที่รุนแรง
- คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับต่ำสุด

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ไม่มีอาการทางลบ

เกณฑ์กำกับการทดลอง

สำหรับการวิจัยนี้จะใช้แบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 9 กิจกรรม โดยหากค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางลบลดลงอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าคะแนนก่อนการทดลอง ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน และหากผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางลบภายหลังเข้าร่วมการทดลองสูงกว่าคะแนนอาการทางลบก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจะต้องกลับไปดูคะแนนในแต่ละหัวข้ออย่างละเอียด เพื่อพิจารณาถึงสาเหตุและปัญหา ผู้วิจัยและผู้ช่วยกลุ่มทดลองต้องร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนตามที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงระดับ 1 คือ ไม่เห็นด้วย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่า CVI ที่ยอมรับ คือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ $CVI=0.97$ ดังนั้นแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

- ปรับข้อความอาการทางลบข้อที่ 2 จากเดิม การแยกตัวทางอารมณ์ เปลี่ยนเป็น การไม่สามารถสื่ออารมณ์กับผู้อื่นได้

- ปรับข้อความอาการทางลบข้อที่ 7 จากเดิม การคิดอย่างตายตัว เปลี่ยนเป็น การคิดที่ไม่ยืดหยุ่น

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อความ ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Dixon, 2001) ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินการทดลองเพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมการจัดการอาการโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN)

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการกับอาการ และเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เนื้อหา มีความครอบคลุม ชัดเจน มีภาษาที่เหมาะสมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะผู้วิจัยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่ให้ทราบ

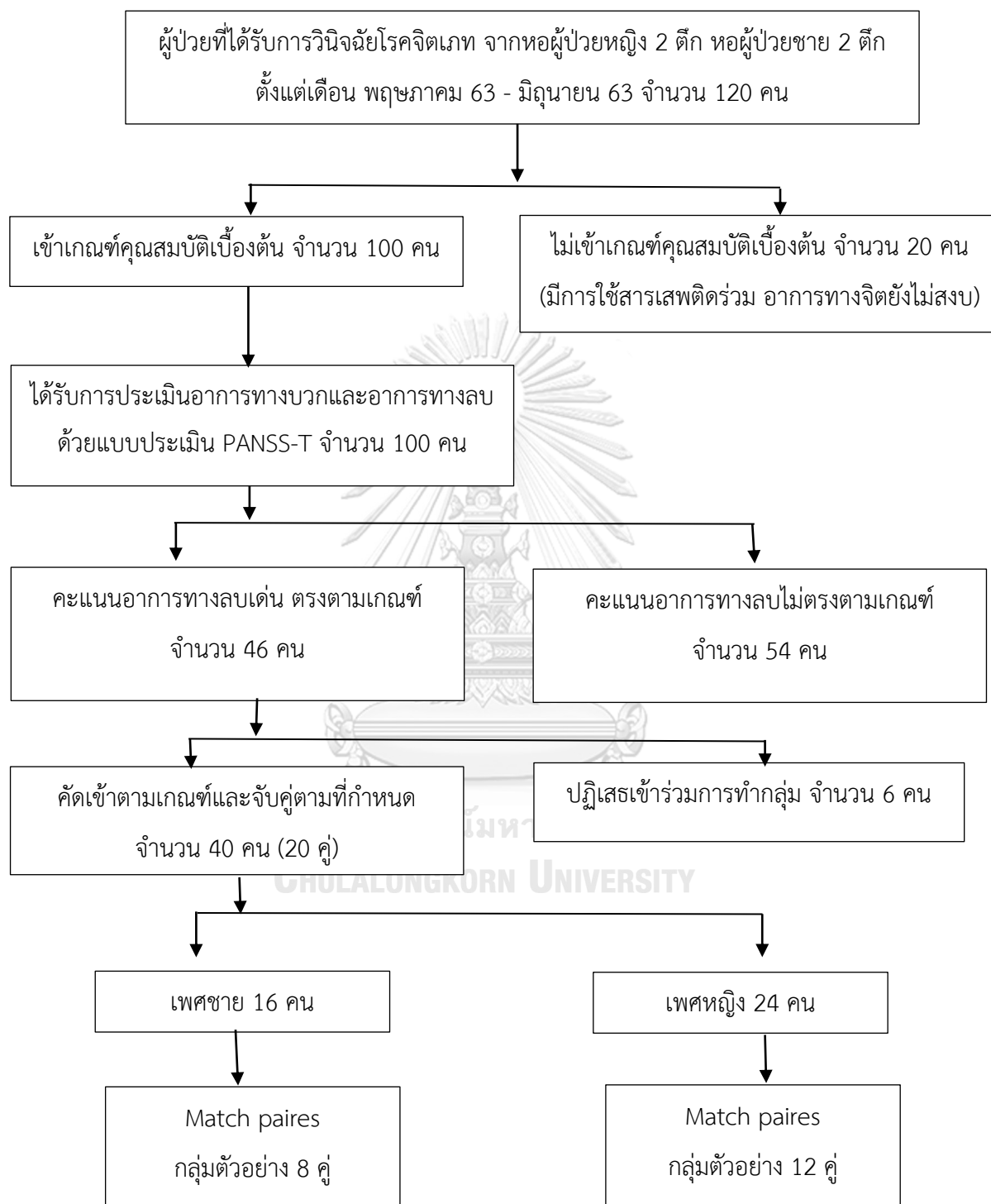
1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและสุขภาพจิต หลักสูตร 4 เดือน มีประสบการณ์การใช้เครื่องมือประเมินอาการทางจิต(PANSS-T) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอน วิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายและชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบประเมินอาการทางจิต(PANSS-T) พร้อมทั้งให้คู่มือการใช้แบบประเมินอาการทางจิต เพื่อประเมินคัดเลือกร่วมงานวิจัย และประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ .98 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทและคณะ (มปป.) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.86

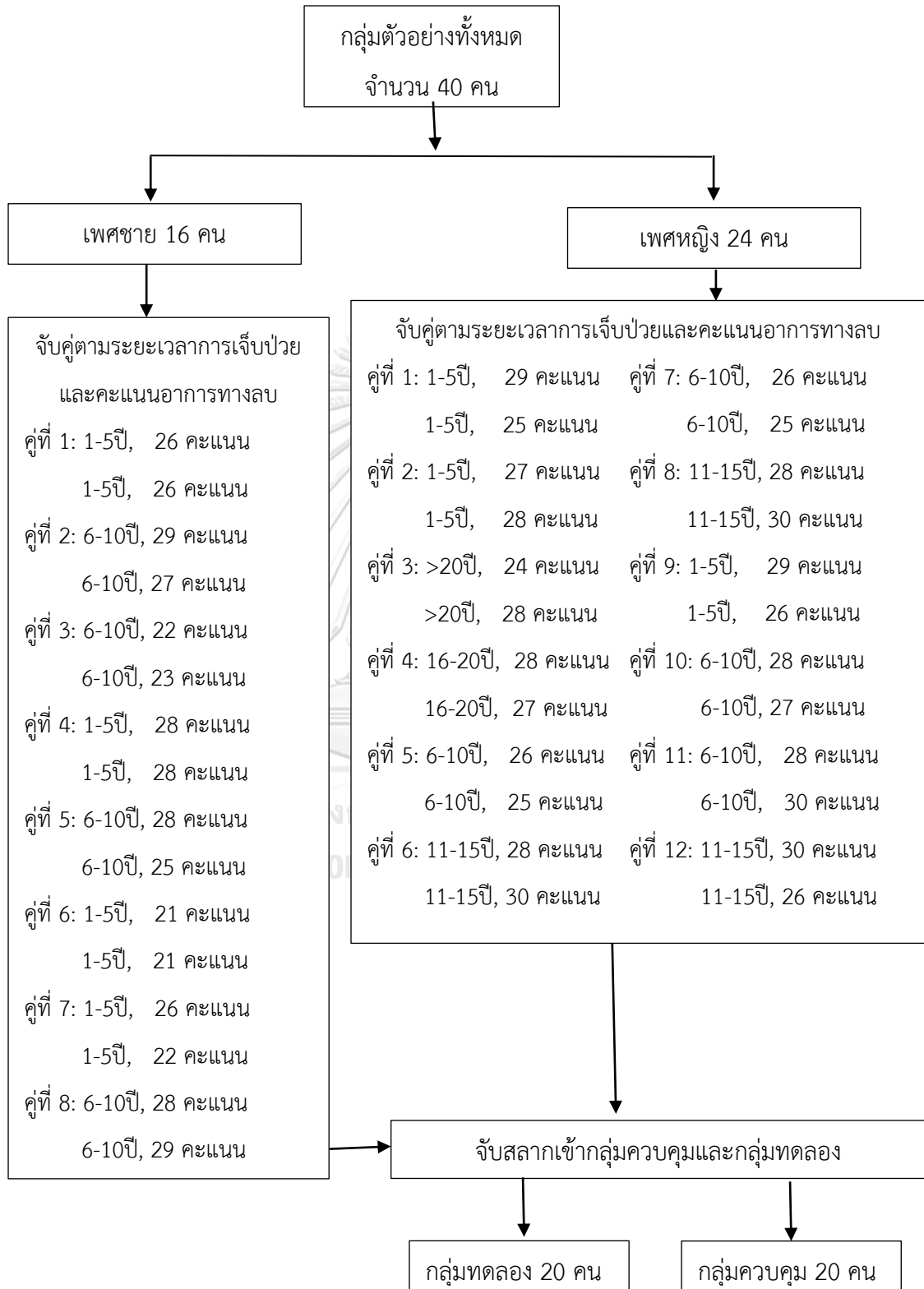
1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มจากการสุ่มเลือกโดยวิธีจับสลากตีกผู้ป่วยชายและตีกผู้ป่วยจำนวน 4 ตีก โดยจับสลากเลือกตีกผู้ป่วยชายจำนวน 2 ตีก จากทั้งหมด 6 ตีก จับสลากเลือกตีกผู้ป่วยหญิง 2 ตีก จากทั้งหมด 5 ตีก หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน และเลือกจับคู่แยกตามตีก จากจำนวนตีกหญิง 2 ตีก ตีกชาย 2 ตีก จับคู่ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย เพศ และคะแนนอาการทางลบ เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย โดยกำหนดให้แต่ละคู่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี และคะแนนอาการทางลบแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 20 คู่ หลังจากนั้นจับสลากเลือกตีกหญิงและตีกชาย อย่างละ 1 ตีก เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะแบ่ง ชาย 1 กลุ่ม หญิง 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มควบคุมจะแบ่ง ชาย 1 กลุ่ม หญิง 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน อยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

1.9 ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน PANSS เฉพาะข้อคำถามกลุ่มอาการลบ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn and Silpakit (2000) เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria



แผนภูมิแสดงขั้นตอนการ matched paired กลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	คะแนน อาการทางลบ	เพศ	ระยะเวลาการ เจ็บป่วย	คะแนน อาการทางลบ
1	ช	1-5 ปี	26	ช	1-5 ปี	26
2	ช	6-10 ปี	29	ช	6-10 ปี	27
3	ช	6-10 ปี	22	ช	6-10 ปี	23
4	ช	1-5 ปี	28	ช	1-5 ปี	28
5	ช	6-10 ปี	28	ช	6-10 ปี	25
6	ช	1-5 ปี	21	ช	1-5 ปี	21
7	ช	11-15 ปี	26	ช	11-15 ปี	22
8	ช	6-10 ปี	28	ช	6-10 ปี	29
9	ญ	1-5 ปี	29	ญ	1-5 ปี	25
10	ญ	1-5 ปี	27	ญ	1-5 ปี	28
11	ญ	>20 ปี	24	ญ	>20 ปี	28
12	ญ	16-20 ปี	28	ญ	16-20 ปี	27
13	ญ	6-10 ปี	26	ญ	6-10 ปี	25
14	ญ	11-15 ปี	28	ญ	11-15 ปี	30
15	ญ	6-10 ปี	24	ญ	6-10 ปี	28
16	ญ	11-15 ปี	28	ญ	11-15 ปี	30
17	ญ	1-5 ปี	29	ญ	1-5 ปี	26
18	ญ	6-10 ปี	28	ญ	6-10 ปี	27
19	ญ	6-10 ปี	28	ญ	6-10 ปี	30
20	ญ	11-15 ปี	30	ญ	11-15 ปี	26
รวม			$\bar{x}=26.85$			$\bar{x}=26.55$

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ทำการจับคู่กันมีคะแนนอาการทางลบแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว มีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบ pair t-test เพื่อดูความแตกต่างของคะแนนอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนอาการทางลบของสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และประเมินตนเองโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมโดยให้การพยาบาลตามปกติและให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยทำการกำกับทดลองจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) และประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.2.2 ภายหลังจากประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต อาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน แล้วนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้มอบคู่มือโปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่ม	วันที่	เวลา
1	1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 มิ.ย. 63	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	2 มิ.ย. 63	10.00-11.30 น.
	2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	3 มิ.ย. 63	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	4 มิ.ย. 63	10.00-11.30 น.
2	3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	8 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	9 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
	4 ฝึกทักษะการดูแลตนเองทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	10 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	11 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
	5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารและทักษะการเข้าสังคม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	12 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	13 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
3	6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	15 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	16 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
	7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	17 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	18 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่ม	วันที่	เวลา
4	8 การฝึกทักษะการจัดการ แบบแผนการนอนและ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	22 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	23 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
	9 การประเมินผลการจัดการ กับอาการ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	26 มิ.ย. 63	10.00-11.00 น.

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 9 ในกลุ่มทดลอง และในสัปดาห์ที่ 2 สำหรับกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เฉพาะด้านลบ จำนวน 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธ์ภาพที่ผ่อนคลายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด

4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สามารถเปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2. สามารถบอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้

3. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและ

ผลกระทบได้

4. สามารถรับรู้การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในระยะแรก ด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นๆมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของตนเองได้ดีขึ้น โดยในโปรแกรมการจัดการกับอาการได้จัดให้มีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพโดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย และพยาบาลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขหรือวิธีการที่จัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ที่ผ่านมาอย่างไร พร้อมทั้งปัญหาด้านสุขภาพและการหาแหล่งสนับสนุน และผลลัพธ์ภายหลังการจัดการอาการเป็นอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ หากวิธีการจัดการอาการนั้นได้ผล หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะหาวิธีใหม่มาเพื่อจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ป่วย
2. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
3. ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินการรับรู้สาเหตุการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา
4. ใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง
5. ใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบประเมินผลกระทบจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการจัดการกับอาการ
6. ใบกิจกรรมที่ 1.4 การรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบ
7. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น เช่น “สวัสดีค่ะสมาชิกทุกท่าน พยาบาลมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกทุกท่านมาเข้าร่วมกลุ่มในวันนี้ ” จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษแผ่นสีขาวที่เตรียมไว้ให้คนละ 1 แผ่น เขียนชื่อตนเอง ชื่อจริง ชื่อเล่น และสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นรู้

3. ให้สมาชิกแต่ละคนลุกขึ้นออกมาแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่นๆ รู้จักและนำกระดาษแปะไว้บริเวณบริเวณที่กำหนดอธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับ โดยการดำเนินการประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 3-5 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 6-7 สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรม 8-9 พร้อมมอบตารางนัดหมายและคู่มือในการทำกิจกรรมแก่สมาชิกกลุ่มเป็นรายบุคคล

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายข้อซักถาม

6. ผู้นำกลุ่มเริ่มพูดคุยเข้าสู่กระบวนการกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงการมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ผ่านมามาตามความเป็นจริง

7. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประสบการณ์การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของแต่ละบุคคล และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม (ใบกิจกรรมกลุ่ม 1.1-1.3)

8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิกกล่าวขอบคุณ ในการให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

9. ผู้นำกลุ่มเริ่มพูดคุยเข้าสู่กระบวนการกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมเรื่อง “อาการทางจิตน่ารู้” โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงสาเหตุการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองที่ผ่านมามาตามความเป็นจริง

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนถึงผลกระทบจากการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง พร้อมทั้งสรุป

11. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มพิจารณาถึงความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบ พร้อมทั้งสรุปข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบที่เกิดขึ้น

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงประสบการณ์การจัดการอาการของตนเองได้
3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการรับรู้ถึงอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ และการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสม

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยยังไม่กล้าที่จะพูดคุย นั่งเงียบเป็นส่วนใหญ่ เมื่อผู้วิจัยเริ่มพูดคุยแนะนำตัว พูดคุยเรื่อง

ทั่วไปตามกระบวนการกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุน และบอกถึงการพูดคุยในวันนี้จะมีการรักษาความลับและใช้เพื่อการรักษาเท่านั้น ผู้ป่วยบางส่วนเริ่มผ่อนคลายมากขึ้น โดยสังเกตได้จากการพูดคุย สีหน้า ท่าทางขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และขณะที่อีกผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งยังเงิบและนั่งฟัง เมื่อผู้วิจัยมีการกระตุ้นถามเป็นรายบุคคลก็สามารถตอบคำถามและให้ความร่วมมือในกิจกรรมได้ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีความยินดีในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม

จากการที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดี มีการซักถามข้อสงสัยระหว่างการทำกลุ่ม ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มที่ดีและเป็นมิตร สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมได้

ช่วงที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบและผลกระทบ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงสาเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยเข้าใจในวิธีการและกระบวนการทบทวนประสบการณ์ของตนเอง ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยการนั่งเงิบเป็นส่วนใหญ่และมีบางส่วนที่ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายพร้อมยกตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นและทวนซ้ำ ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินการรับรู้สาเหตุการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยใช้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วยจึงเริ่มเข้าใจกระบวนการสำรวจเรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ซึ่งประเมินได้จากใบกิจกรรม

ลำดับต่อมาผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองตามใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกถึงอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองพร้อมระดับความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยส่วนใหญ่มีอาการทางลบสำคัญดังต่อไปนี้

- อาการแยกตัวทางสังคม เช่น ไม่ค่อยอยากพูดคุยกับใคร อยู่คนเดียว
- มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง เช่น ไม่ค่อยสบตาเวลาพูด ถามคำตอบคำ ไม่ค่อยมีเพื่อน

แต่ผู้ป่วยยังไม่คิดว่าอาการทางลบดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องจัดการ เช่น “ก็ไม่เห็นเป็นอะไร”

ช่วงที่ 3 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองจากอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองและการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยสำรวจตามใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบประเมินผลกระทบจากอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ คือ ท้อแท้ ห่อเหี่ยว เกือบตลอดเวลา มีความสุขบางเวลา รู้สึกเหนื่อยล้า บ่อยๆ

รู้สึกตนเองเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการกับอาการทางลบของตนเองโดยการนอนหลับ ไม่พูดคุยกับใคร และบางส่วนบอกว่า ไม่ได้ทำอะไรเลย

ช่วงที่ 4 ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยทบทวนและสำรวจตนเองตามใบกิจกรรมที่ 1.4 การรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบ ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยสามารถจัดลำดับความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบจากมากไปน้อยได้ คือ อยากรู้คนเดียวมากกว่าอยู่กับผู้อื่น แยกตัว พูดน้อย มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกอยากนอนทั้งวัน ไม่อยากพูดคุยกับใคร ซึมเฉยไม่สบตา เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา รู้สึกไม่อยากทำอะไร ความสนใจต่องานอดิเรกและกิจกรรมลดลง ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดความรู้สึกชื่นชอบหรือมีความสุข ไม่รู้สึกอยากที่จะวางแผนหรือเริ่มที่จะทำงานหรือรับผิดชอบอะไร และให้เลือกว่าอาการทางลบ 3 อันดับแรกและเขียนอธิบายว่า อาการทางลบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไร โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ ตอบว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน เช่น ไม่อยากออกจากบ้านไปไหนวันไหนไม่มีใครทำกับข้าว ไว้ให้ก็ไม่ได้รับประทานอาหารส่งผลให้ขาดยาบางมื้อ ไม่อยากพูดคุยกับใครทำให้ในบางครั้งมีทะเลาะกับครอบครัว เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 : การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทอย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เป็นส่วนหนึ่งของโรค

จิตเภทได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายสาเหตุ อาการ อาการเตือน อาการแสดง และวิธีการรักษาโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการรับรู้ถึงอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ และสามารถบอกได้ว่าอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภท

สาระสำคัญ

เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการเตือน และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา, กระดาษ
3. ใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท
4. ใบกิจกรรมที่ 2.1 โรคจิตเภท คืออะไร สาเหตุเกิดจากอะไร
5. ใบกิจกรรมที่ 2.2 โรคจิตเภทมีอาการทางบวกและทางลบอย่างไร
6. ใบกิจกรรมที่ 2.3 แนวทางการรักษาโรคจิตเภท
7. ใบกิจกรรมที่ 2.4 อาการเตือนของโรคจิตเภท
8. โปสเตอร์ และวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทตามความเป็นจริงของตนเอง
4. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประสบการณ์การจัดการอาการของแต่ละบุคคล และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ โดยเฉพาะอาการ ทางลบ และแนวทางการรักษา (ใบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท)

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอธิบายถึงความเข้าใจของตนเองต่อโรคจิตเภทหลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

7. ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการทางลบ และแนวทางการรักษาอีกครั้ง พร้อมให้ทำใบกิจกรรมที่ 2.1-2.4

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิก

9. หลังจากผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดง แล้วในลำดับถัดไปจะเป็นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบที่ทำให้ประสบการณ์ของผู้ป่วยถูกปรับให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบ

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

11. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับอาการทางลบของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้นพร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบที่พบได้บ่อยในโรคจิตเภท

12. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรมที่ 2.5

13. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิก กล่าวขอบคุณ ในการให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการเตือน และแนวทางการรักษาได้อย่างถูกต้อง

3. สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบของโรคจิตเภทที่ถูกต้อง

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า หลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าโรคจิตเภท คืออะไร สาเหตุเกิดจากอะไร อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท คืออะไร โดยเฉพาะอาการทางลบ โดยผู้ป่วยสามารถแยกความต่างของอาการทางบวกและอาการทางลบได้ถูกต้อง ในใบกิจกรรมที่ 2.2 โรคจิตเภทมีอาการทางบวกและอาการทางลบอย่างไร ดังนี้

อาการ	อาการทางบวก	อาการทางลบ
หูแว่ว	✓	
แสดงออกด้านสีหน้าเฉยเมย		✓
หลงผิด	✓	
ไม่พูด แยกตัว		✓
ไม่แสดงอารมณ์ใด		✓
ภาพหลอน	✓	
สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมน้อย		✓
มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว	✓	
ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ		✓

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการรักษาโรคจิตเภทตามทฤษฎีอย่างน้อย 3 ข้อ ได้ถูกต้อง คือ รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ รักษาด้วยไฟฟ้า รักษาด้วยจิตสังคมบำบัด(ทำกลุ่ม) เป็นต้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยอธิบายถึงวิธีการรักษาโรคจิตเภทได้จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาและการทำกลุ่ม และผู้ป่วยยังสามารถระบุอาการเตือนของโรคจิตเภทที่ถูกต้องได้อย่างน้อย 5 ข้อ คือนอนไม่หลับ เริ่มมีหูแว่ว หงุดหงิด ไม่สามารถคุมอารมณ์ได้ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข ขาดสมาธิ รู้สึกซึมเศร้า ซึ่งจากกิจกรรมที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 : การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ร่วมกัน
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการรับรู้ต่ออาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ร่วมกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายการจัดการอาการทางลบด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการใช้วิธีใดในการจัดการได้
3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการใช้วิธีใดในการจัดการได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และมีตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางลบ ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนอาการจะกำเริบซ้ำเช่น การจัดการอาการพูดน้อย ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจตนเอง แยกตัวจากสังคม ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบที่เทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น (มณฑา ปิ่นวิเศษ, 2558)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกา กระดาษ
3. ใบความรู้เรื่องการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ
4. ใบกิจกรรม 3.1 เกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ
5. โปสเตอร์ และวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่ม ประเมินการรับรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ การตอบสนองต่ออาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ละคนเมื่อผู้ป่วยประเมินอาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานเมื่อมีสิ่งผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีวิธีการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้นอย่างไร ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการบรรเทาอาการดังกล่าวรวมถึงเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตพฤติกรรม การทำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง

4. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประสบการณ์การจัดการอาการของแต่ละบุคคล และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ (ใบความรู้เรื่องการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ)

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงการรับรู้อาการทางลบ และลักษณะที่เกิดขึ้นได้
3. สมาชิกบอกวิธีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการทางลบที่เกิดขึ้น สามารถบอกได้ว่าอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง คืออะไร มีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด และผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่ได้มีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ คืออะไร บอกว่าความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบเหล่านั้นได้ โดยผู้ป่วยสามารถระบุถึงจุดมุ่งหมายในการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง แนวทางการจัดการอาการ พร้อมระบุระยะเวลาในการเริ่มปฏิบัติ ได้ได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกถึงประโยชน์ของการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ตัวอย่างดังนี้

ใบกิจกรรมที่ 3.1 แนวทางการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ

3.1.1 ท่านรู้สึกว่าการอาการทางลบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร (โปรดระบุอาการทางลบที่เกิดขึ้น)

ตอบ อาการทางลบโดยเฉพาะอาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่อยากพูดคุยกับใคร คนในครอบครัวถามก็ไม่อยากตอบ เปื่อ โดยอาการเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิม คือความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ง ทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกครอบครัวต่อว่าด้วยคำพูดที่รุนแรง

3.1.2 ท่านคิดว่าอาการทางลบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบเป็นอย่างไร (ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0-10 0=ไม่รุนแรง, 10 คือรุนแรงมากที่สุด)

ตอบ โดยมีความรุนแรง เท่ากับ 7 คะแนน

3.1.3 ท่านมีความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมอย่างไรภายหลังการเกิดอาการทางลบ
ตอบ รู้สึกเศร้า เสียใจ คิดว่าถ้าไม่มีตนเองในบ้านน่าจะดีกว่า ทำให้ไม่อยากอยู่หรือพูดคุยกับ
 คนในครอบครัว

3.1.4 ท่านวางแผนอย่างไรในการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้น
ตอบ วางแผนว่าจะเริ่มพูดคุยบอกความรู้สึกของตนเองมากขึ้น พยายามสื่อสารกับคนใน
 ครอบครัวมากขึ้น

โปรดระบุจุดมุ่งหมายในการจัดการอาการทางลบ

ตอบ จุดมุ่งหมาย คือ อยากอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ไม่ต้องไปอยู่ รพ.จิตเวช

โปรดอธิบายแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะไปถึงจุดมุ่งหมายนั้นพร้อมระบุระยะเวลาใน
 การเริ่มปฏิบัติ

ตอบ เริ่มเข้าไปพูดคุยกับคนในครอบครัวที่สนิทที่สุด พยายามสื่อสารกับคนในครอบครัว
 สนใจตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และช่วยเหลืองานบ้านบ้าง โดยเริ่มจากวันนี้ในการที่จะสื่อสาร
 กับคนที่บ้าน ถ้าพูดคุยแล้วเข้าใจจะเริ่มมีกำลังใจในการสนใจตนเองมากขึ้น

หากท่านปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นข้างต้นท่านคิดว่า จะเกิดผลลัพธ์อย่างไรกับตัวท่าน

ตอบ น่าจะมีความสุขมากขึ้น อยู่บ้านได้โดยไม่ต้องเข้าๆออกๆ โรงพยาบาลจิตเวช

**กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการ
 จัดการกับอารมณ์**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการ และค้นหาวิธีการจัดการอาการ
 ทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและทักษะ
 การจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถจัดการอาการได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกสามารถบอกปัญหา อาการที่เป็นอยู่และแนวทางการจัดการการดูแลตนเอง ทักษะ
 การอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. สมาชิกมีทักษะในการจัดการกับปัญหากับสถานการณ์สมมติขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. สมาชิกมีทักษะในการจัดการอาการการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลใน
 ครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การให้ผู้ป่วยจิตเภท ฝึกทักษะการจัดการอาการ โดยการฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตร ประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดร่างกายตั้งแต่ ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักขยับถ่ายเป็นเวลา รู้จักเข้านอนเป็นเวลา เป็นต้น ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความ สะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน รู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้ถูกประเภท เป็นต้น ทักษะ การจัดการกับอารมณ์ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ เรียนรู้การจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลและอภิปรายใน กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไป วางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคตต่อไป (มณฑา ปิ่นวิเศษ, 2558) เกิดทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่ ลดลง การทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการ อยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์
2. ปากกา กระดาษ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบกิจกรรมที่ 4.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับ บุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์
4. ใบกิจกรรมที่ 4.2 สถานการณ์จำลอง (การบ้าน)

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วย น้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบาย กติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนับเลข 1 ถึง 3 นับจากทางด้านซ้ายของผู้นำกลุ่มแล้วเลขเดียวกันอยู่ กลุ่มเดียวกัน และเลข 3 คนสุดท้ายเป็นคนช่วยจดสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเสนอ
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเลือกอาการที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม (ใบกิจกรรม 4.1)

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการจัดการ (ใบกิจกรรมที่ 4.2) การดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับ อารมณ์ได้อย่างเหมาะสม วิธีการจัดการ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการ

6. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดการอาการ และวิธีการจัดการอาการ

7. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่ม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สามารถเลือกวิธีการที่จะจัดการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ได้ถูกต้องเหมาะสม

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการจัดการตนเอง เกี่ยวกับอาการทางลบจิตโดยเฉพาะอาการทางลบด้านปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวบกพร่อง ทักษะ การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม โดยประเมินได้จากใบงานที่ 4.1 หลังจากผู้ป่วยทำกลุ่มแล้วสามารถ ตอบได้ว่าการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับครอบครัวที่เหมาะสม คือ การอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น รับประทานอาหาร หรือ สามารถออกไปซื้ออาหารด้วยตนเองได้ การปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคล ในครอบครัว คือ ต้องเคารพผู้ที่อาวุโสกว่า พูดคุยด้วยคำพูดที่สุภาพ ใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมไม่แสดงที่ อารมณ์เกี่ยวกับกราด ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากคนในครอบครัวโดยเป็นหน้าที่ที่ไม่เกิน ความสามารถของตนเอง เป็นต้น และสามารถบอกวิธีการจัดการอารมณ์โกรธของตนเอง โดยการนับ 1-10 เดินเลี้ยวออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ หายใจเข้าออกลึกๆ เมื่อตนเองควบคุม อารมณ์ได้จึงค่อยมาคุยปรับความเข้าใจกับคนในครอบครัว ด้วยเหตุและผล จากสถานการณ์จำลอง จากใบกิจกรรมที่ 4.2 ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถึงวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เหมาะสมแต่ต้องได้รับการ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากคนในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5: ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการบกพร่องด้านการติดต่อสื่อสาร และแยกตัวจากสังคม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการกับอาการบกพร่องด้านการ ติดต่อสื่อสาร และแยกตัวจากสังคม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกสามารถบอกถึงความสำคัญของการจัดการกับอาการบกพร่องด้านการติดต่อสื่อสาร และแยกตัวจากสังคม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงวิธีการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคมได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มสำรวจปัญหาด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับตนเอง แล้วให้ทุกคนในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วเลือกปัญหา 1-2 ปัญหาแล้วจัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา และนำทักษะที่ได้ไปวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และการฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยให้สถานการณ์จำลองและให้ผู้ป่วยฝึกมารยาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การรู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักถึงบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เป็นต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการจัดการภาวะสุขภาพและการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม
2. ปากกา, กระดาษ, ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบความรู้เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสาร
4. ใบความรู้เกี่ยวกับทักษะการเข้าสังคม
5. ใบกิจกรรม 5.1 เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคม (การบ้าน)

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านการสื่อสารและการเข้าสังคม
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเลือกปัญหาด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ใน การจัดการกับอาการด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมที่เป็นปัญหาที่เลือกไว้
6. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดการด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา และ การฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยให้สถานการณ์จำลองและให้ผู้ป่วยฝึกรายาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การรู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักถึงบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เป็นต้น
7. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่ม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สามารถบอกวิธีการจัดการอาการด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมได้

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า หลังจากผู้ป่วยได้เข้ากลุ่ม ได้รับความรู้เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า ลักษณะสีหน้า ท่าทางที่ควรแสดงออก เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคืออะไร ทักษะการเข้าสังคม ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า การรู้จักสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมต้องทำอย่างไร รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น บอกถึงการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล บอกวิธีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม การรับการให้ที่เหมาะสม และการช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ

ตัวอย่าง การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการเข้าสังคม

ใบกิจกรรมที่ 5.1 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคม (การบ้าน)

คำชี้แจง ท่านโปรดอธิบายขณะที่ท่านอยู่ที่บ้านท่านได้พัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคมอย่างไรบ้าง

วัน/เดือน/ ปี	ทักษะการสื่อสาร/การเข้าสังคม	ผู้ดูแลประเมิน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
13 มิ.ย. 63	ได้พูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับข้อตกลงในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เช่น เวลาการรับประทานอาหาร การปิดเปิดไฟ การทำความสะอาดเตียงนอน	ผ่าน
13 มิ.ย. 63	พูดคุยกับพยาบาลด้วยสีหน้าแจ่มใสมากขึ้น ไม่เจ็บเมื่ออีกฝ่ายถามคําอารมณืได้	ผ่าน
14 มิ.ย. 63	เมื่อพยาบาลให้เลิกดูโทรทัศน์ต่างๆที่กำลังสนุกอยู่ รู้สึกโกรธพยาบาลแต่พยายามนับ 1-20 หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ก็สามารถลดความโกรธลงได้ และพูดคุยกับพยาบาลตกลงเวลา และทำตามเวลาที่ตกลงกัน	ผ่าน
14 มิ.ย. 63	ขณะพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่ายังไม่ให้กลับบ้านต้องมีการปรับยา ซึ่งตนเองอยากกลับบ้านมาก จึงทำการสอบถามกับแพทย์ถึงเหตุผลของการต้องอยู่โรงพยาบาลต่อ รับฟังด้วยเหตุผลและปฏิบัติตามที่ตกลงกับแพทย์	ผ่าน

กิจกรรมที่ 6: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจการจัดการด้านสุขภาพทั่วไป และค้นหาวิธีการจัดการภาวะสุขภาพโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการจัดการภาวะสุขภาพโดยทั่วไปได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกสามารถบอกปัญหาด้านสุขภาพ อาการที่เป็นอยู่และแนวทางการจัดการกับอาการเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม

2. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. สมาชิกสามารถอธิบายถึงวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เรื่องการพักผ่อนนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบอาการข้างเคียงจากยา ควรจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อทุเลาอาการไม่สุขสบายนั้นอย่างไร ส่วนการนอนหลับพักผ่อนเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดี อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน เรียนรู้วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับในเบื้องต้น การจัดการอาการข้างเคียงจากยาและการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนำไปสู่สุขภาพทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะการจัดการภาวะสุขภาพ
2. ปากกา กระดาษ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบกิจกรรมที่ 6 สถานการณ์จำลองฝึกทักษะการจัดการภาวะสุขภาพ (การบ้าน)

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนับเลข 1 ถึง 3 นับจากทางด้านซ้ายของผู้นำกลุ่มแล้วเลขเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกัน และเลข 1 คนสุดท้ายเป็นคนช่วยจดสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเสนอ
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเลือกภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาของสมาชิกในกลุ่มย่อยและช่วยกันคิดหาวิธีจัดการกับปัญหาสุขภาพนั้น
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ส่งตัวแทนในการนำเสนอผลงาน
6. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดการกับภาวะสุขภาพ และให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการรับประทานยาการพักผ่อนนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว(ใบกิจกรรมที่ 6)
7. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่ม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สามารถเลือกวิธีการที่จะจัดการกับภาวะสุขภาพตนเองสังคมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่จะจัดการกับ

ภาวะสุขภาพตนเองสังคมได้อย่างถูกต้อง ประเมินได้จาก ใบกิจกรรมที่ 6.1 การวางแผนการดูแลตนเอง และใบกิจกรรมที่ 6.2 แบบบันทึกการฝึกทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน มีตัวอย่างดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คำชี้แจง ให้ท่านเรียงลำดับปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่ท่านคิดว่าเป็นปัญหาสำหรับท่านมากที่สุด โดยใส่หมายเลข 1 ถึง หมายเลข 5 หน้าปัญหานั้นๆ โดยหมายเลข 1 หมายถึง เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด จนถึงหมายเลขที่ 5 หมายถึง เป็นปัญหาที่สำคัญน้อยที่สุด

.....1.....การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การทำความสะอาดเสื้อผ้า การแต่งกาย)

.....5.....การเลือกรับประทานอาหาร

.....2.....การจัดการอาการข้างเคียงจากยา

.....3.....ปัญหาการนอนหลับ

.....4.....การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน

กิจกรรมที่ 2 คำชี้แจง จากกิจกรรมที่ 1 ให้ท่านวางแผนการดูแลตนเองตามหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญอันดับที่ 1 ของท่านเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้บรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ตามหัวข้อที่กำหนดไว้

1. ปัญหาการดูแลตนเองที่สำคัญที่สุดของท่านที่ท่านเลือกจะแก้ไขเป็นลำดับแรก คือ

ตอบ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การทำความสะอาดเสื้อผ้า การแต่งกาย)

2. เป้าหมายในการดูแลตนเองของท่านคืออะไร

ตอบ ร่างกายสะอาด ไม่โดนคนที่บ้านปน

3. ถ้าท่านจะไปสู่เป้าหมายในข้อ 2 ได้ ท่านจะต้องทำอย่างไร

ตอบ กำหนดเวลาในการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม และต้องเลือกเสื้อผ้าที่ซักรีดแล้วมาใส่หลังทำความสะอาดร่างกายแล้ว

ตารางที่ 4 ตัวอย่างกิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลตนเองใน 1 วัน

คำชี้แจง ท่านโปรดอธิบายขณะท่านอยู่ที่บ้านท่านได้พัฒนาทักษะการดูแลตนเองอย่างไรบ้างใน 1 วัน

วัน/เดือน/ปี เวลา	ทักษะการดูแลตนเองที่ได้ปฏิบัติ	ผู้ดูแลประเมิน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
15 มิ.ย. 63	กำหนด เวลา 8.00-9.00 น. และ 19.00-20.00 น. อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า	ผ่าน
15 มิ.ย. 63	เวลา 9.30 น. รับประทานอาหารเช้า เวลา 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน เวลา 17.00-18.00 น. รับประทานอาหารเย็น	ผ่าน
16 มิ.ย. 63	เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง จิบน้ำเปล่า ทาลิปมัน	ผ่าน

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามเกณฑ์ได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกได้ใช้ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกเห็นความสำคัญและสามารถอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์ได้อย่างถูกต้อง
3. สมาชิกมีทักษะในการจัดยาและการใช้ยาตามเกณฑ์ได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมการฝึกทักษะการรับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ถูกต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเอง ฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยการนำยาของตนเองมาจัดใส่กล่องที่จัดไว้ตามหน้าของยาให้ถูกต้อง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการฝึกการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ปากกา กระดาษ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย กล่องสำหรับใส่ยา
3. ใบกิจกรรมที่ 7 ผู้ป่วยเขียนปัญหาจากสถานการณ์จริงของตนเองพร้อมแนวทางแก้ไข

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายการรับประทานยาของตนเอง
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชของตนเองและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (ใบกิจกรรมที่ 7)
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้การใช้ยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการ

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรมการจัดยา การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิกสามารถบอกวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถจัดยาได้ถูกต้อง

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด จึงไม่ได้รับยารับประทานอย่างต่อเนื่อง คิดว่า ตนเองรับประทานยาแค่ชุดนี้คือหายป่วยแล้วไม่ต้องรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ง่วงนอน คิดช้า น้ำหนักขึ้น ท้องผูก น้ำลายไหลเยอะ ลื่นแข็ง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการอาการข้างเคียงจากยา เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการข้างเคียงจากยาที่สำคัญของตนเองได้และบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ดังตัวอย่าง

- ปากแห้ง คอแห้ง แก้ไขโดย อมน้ำแข็ง หรือจิบน้ำบ่อยๆ
- อาการง่วงนอน แก้ไขโดย พักผ่อนให้เพียงพอ นิ่งหลับตาสักพัก
- น้ำหนักขึ้น แก้ไขโดย เลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย
- ท้องผูก รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ต้มน้ำเปล่าให้เพียงพอ
- ตัวแข็ง ลื่นแข็ง น้ำลายไหลเยอะ แก้ไขโดย รับประทานยาแก้ ตามแพทย์สั่ง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยมีการฝึกจัดยารับประทานเอง โดยเริ่มจากการฝึกอ่านฉลากยาและทดลองจัดยาใส่กล่อง ซึ่งจากการฝึกอ่านฉลากยา พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เข้าใจการรับประทานยา เช่น ยาที่ให้รับประทานเพิ่ม 1 เม็ดได้กรณีที่นอนไม่หลับ การจัดยายังพบว่า บางส่วนยังจัดยาไม่ครบ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการอธิบายเป็นรายบุคคลและฝึกจัดยาซ้ำ ผู้ป่วยก็สามารถจัดยาได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยลองฝึกวางแผนการใช้ยาตามเกณฑ์ของตนเอง โดยพบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามากขึ้นไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยเลือกที่จะไปพบแพทย์เพื่อปรับยา โดยผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายของการรับประทานยาตามเกณฑ์ และมีแนวทางการปฏิบัติที่นำไปสู่การรับประทานยาที่ถูกต้องได้อย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 8: การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพใน

ครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 8 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพในครอบครัว
3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพ

ในครอบครัว

สาระสำคัญ

กิจกรรมฝึกทักษะจัดการกับแบบแผนการนอนให้เหมาะสม โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน และให้ฝึกทักษะการนอนของตนเองโดยการเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้เกิดความเคยชิน โดยอยากนอนและตื่นนอนเมื่อถึงเวลากำหนด ลงบันทึกตารางเวลานอนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยตีมเครื่องตีมอ่อนๆ ก่อนนอน งดชาหรือกาแฟ ให้ผู้ป่วยงีบในเวลากลางวันได้หลังอาหารกลางวันแต่ไม่ควรเกิน 30 นาที ก่อนนอนควรจัดห้องนอนให้มืด เงียบ สบาย ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเท เป็นต้น ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยเริ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการ

จัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อบุคคลในครอบครัวที่ดีให้เกียรติกันและกัน มองในส่วนตัวของกันและกัน เปลี่ยนความคิดที่เคยมองในทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวกด้วยการชี้แจงอธิบาย ทำความเข้าใจกันมากขึ้น เป็นต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
2. ปากกา กระดาษ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบกิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายการนอนหลับพักผ่อนและสัมพันธภาพในครอบครัว
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปัญหาการนอนหลับพักผ่อนและสัมพันธภาพในครอบครัว
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้การเกี่ยวกับแบบแผนการนอนที่เหมาะสม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอธิบายแบบแผนการนอนที่เหมาะสมของตนเองและอธิบายการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของตนเอง
7. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่มและนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สามารถบอกแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวได้

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน พบว่า ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการนอนที่ ประสิทธิภาพและแบบแผนการนอนที่เหมาะสม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้วิจัยจึง ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว หลังจากผู้วิจัยได้อธิบาย พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นโดยผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าปัญหาการ นอนของตนเอง คืออะไรและวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการนอนที่เหมาะสมต้องทำอะไร และ ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของตนเอง คืออะไร และต้องปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับการ กระทำของคนในครอบครัวให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น มองในส่วนที่ดีของกันและกันมากขึ้น เป็นต้น

ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการฝึกทักษะแบบแผนการนอนที่เหมาะสมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีใน ครอบครัว

วัน/เดือน/ปี	ระยะเวลานอน		ความรู้สึกหลังจาก ตื่นนอน
	เข้านอน	ตื่นนอน	
22 มิ.ย. 63	22.00 น.	7.00 น.	เหมือนๆเดิม
23 มิ.ย. 63	22.30 น.	8.00 น.	สดชื่นมากขึ้น ไม่เพลีย
24 มิ.ย. 63	22.30 น.	7.30 น.	สดชื่น ไม่เพลีย
การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว			
วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมที่ทำ		ปัญหาและอุปสรรค
22 มิ.ย. 63	เมื่อแม่บ่นเกี่ยวกับการกินยา เตือนให้ กินยาให้ตรงเวลา จึงทำการปรับการ รับรู้และความคิดของตนเอง คือ รับรู้ ว่าแม่เป็นห่วงเลยเตือนเราให้กินยา ไม่ใช่การจับผิด จึงทำให้พูดคุยกับแม่ โดยไม่ทะเลาะกัน		ต้องตั้งสติช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งยังต้องใช้ เวลาสักพักในการปรับการรับรู้ของ ตนเองโดยตอนแรกมีความคิดอยาก เถียงแม่

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ประเมินผลการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและการจัดการสุขภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปได้
3. สมาชิกสามารถประเมินตนเองในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและการจัดการสุขภาพตนเองโดยทั่วไปได้

สาระสำคัญ

การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและการจัดการสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย โดยทบทวนความรู้และประสบการณ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการที่อาการทางลบลดลงและจัดการสุขภาพทั่วไปที่มีประสิทธิภาพ มีการสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน และยุติกลุ่ม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ
2. ปากกา กระดาษ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกรวบรวมวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกากลุ่ม การเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบและประเมินระดับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง

4. ผู้นำกลุ่มสรุปผลการประเมินให้สมาชิกแต่ละคนทราบพร้อมทั้งยุติกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม

2. สามารถประเมินการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองได้และมีแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยทั่วไปได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยคอยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและประเมินระดับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง โดยผู้ช่วยทุกคนได้มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้อาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่มีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสม และวิธีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองที่ประสบความสำเร็จ รวมถึง สามารถบอกถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างดังนี้

- อาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คือ มีการรับรู้ว่าตนเองชอบอยู่เงียบๆ ไม่ชอบตอบคำถามคนในบ้าน เป็นอาการทางลบอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท ทำให้เกิดการทะเลาะกับคนในบ้านบ่อยครั้ง ต้องถูกพาไปรักษาที่โรงพยาบาล จากผลกระทบนั้น จึงทำให้เริ่มมีการพูดคุยกับคนในบ้านมากขึ้นโดยเฉพาะแม่โดยใช้เทคนิคการคิดแง่บวก มีสติ คุมอารมณ์ ใช้เหตุและผล ไม่ขึ้นเสียง จึงทำให้ปัจจุบันไม่ค่อยทะเลาะกับแม่ คนในครอบครัวดูมีความสุขมากขึ้น ตัวเองก็มีความสุขมากขึ้น

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมการจัดการกับอาการ กิจกรรมที่ 9 เสร็จสิ้นแล้ว และได้ตรวจสอบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนอาการทางลบในกลุ่มทดลองทุกคนมีระดับที่ลดลง และจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนอาการทางลบลดลงทั้ง 20 คน ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนอาการทางลบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินอาการทางลบ					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	คะแนนเฉลี่ย	แปลผล	คะแนน	คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1	35	5.00	มีอาการทางลบค่อนข้างรุนแรง	14	2.00	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
2	27	3.86	มีอาการทางลบปานกลาง	25	3.57	มีอาการทางลบปานกลาง
3	23	3.29	มีอาการทางลบระดับต่ำ	22	3.14	มีอาการทางลบระดับต่ำ
4	28	4.00	มีอาการทางลบปานกลาง	20	2.86	มีอาการทางลบระดับต่ำ
5	22	3.14	มีอาการทางลบระดับต่ำ	16	2.29	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
6	21	3.00	มีอาการทางลบระดับต่ำ	15	2.14	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
7	25	3.57	มีอาการทางลบปานกลาง	11	1.57	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
8	29	4.14	มีอาการทางลบปานกลาง	23	3.29	มีอาการทางลบระดับต่ำ
9	25	3.57	มีอาการทางลบปานกลาง	22	3.14	มีอาการทางลบระดับต่ำ
10	28	4.00	มีอาการทางลบปานกลาง	19	2.71	มีอาการทางลบระดับต่ำ
11	28	4.00	มีอาการทางลบปานกลาง	13	1.86	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
12	27	3.86	มีอาการทางลบปานกลาง	16	2.29	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
13	25	3.57	มีอาการทางลบปานกลาง	16	2.29	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
14	30	4.29	มีอาการทางลบปานกลาง	22	3.14	มีอาการทางลบระดับต่ำ
15	28	4.00	มีอาการทางลบปานกลาง	12	1.71	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
16	30	4.29	มีอาการทางลบปานกลาง	21	3.00	มีอาการทางลบระดับต่ำ
17	26	3.71	มีอาการทางลบปานกลาง	15	2.14	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
18	27	3.86	มีอาการทางลบปานกลาง	15	2.14	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด
19	30	4.29	มีอาการทางลบปานกลาง	20	2.86	มีอาการทางลบระดับต่ำ
20	26	3.71	มีอาการทางลบปานกลาง	13	1.86	มีอาการทางลบระดับต่ำสุด

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนอาการทางลบซึ่งเป็นคะแนนดิบจะถูกเปลี่ยนเป็นคะแนนเฉลี่ยที่ใช้ประโยชน์ในการแปลผลระดับความรุนแรงของอาการทางลบ โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอาการทางลบอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.86 คะแนน แปลผลได้ว่ามีอาการทางลบระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนอาการทางลบเฉลี่ยลดลงทุกคน ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.5 แปลผลได้ว่า มีอาการทางลบระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนการรับรู้ การตอบสนอง และการวิธีการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะต่างๆจนนำมาซึ่งการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับตนเองจึงสามารถนำไปใช้ได้จริง รวมถึงสร้างความมั่นใจในการนำไปใช้

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจง การตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลที่ทำการเก็บมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ
3. ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36)

2. หลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยอธิบายว่านัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (SF-36) อีกครั้ง (Post-Test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทีมพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม การให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับเร่งด่วน ตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและระดับน้อย การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภทการบำบัดทางจิตสังคม และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

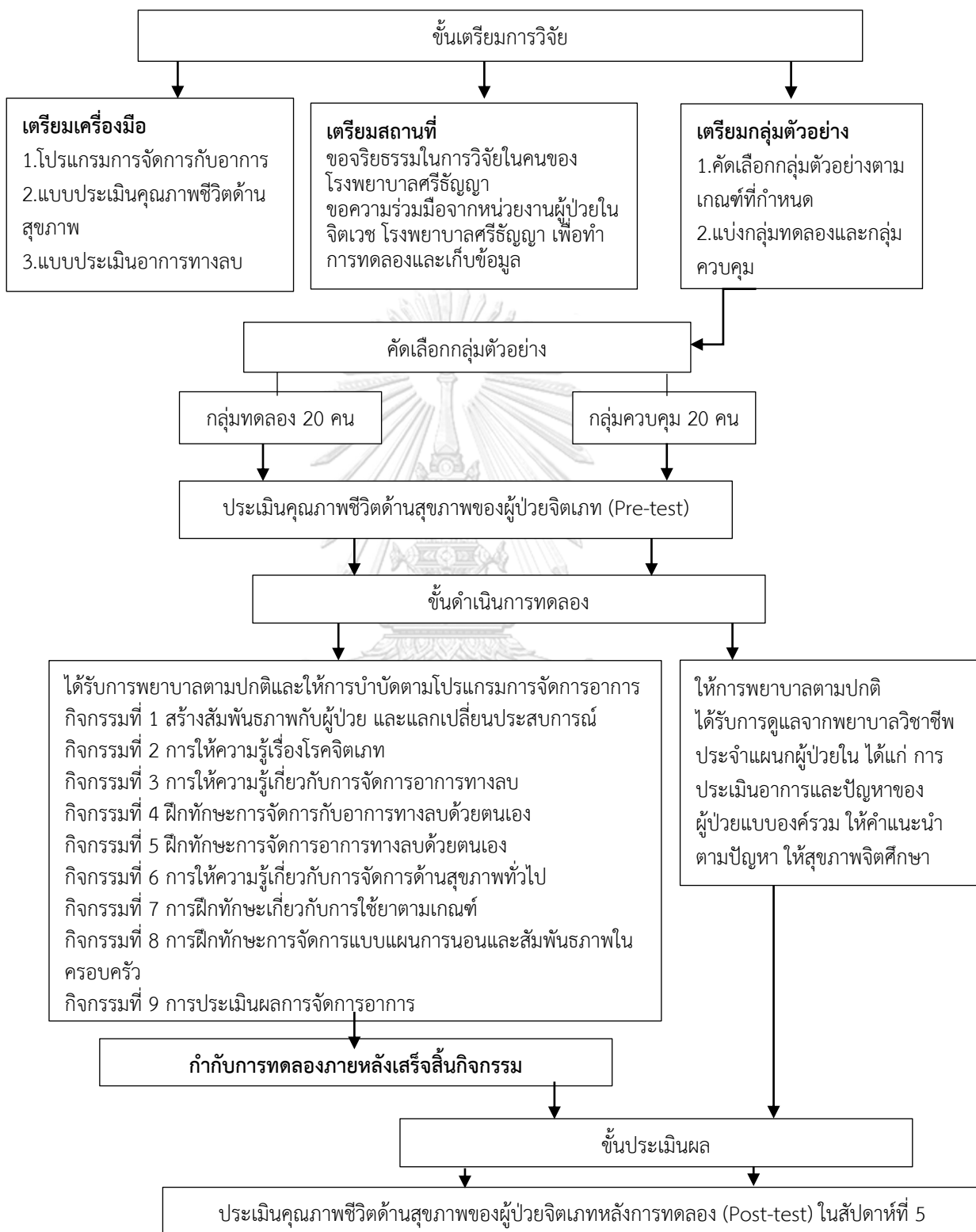
3. เมื่อครบกำหนดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน และผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ศรีธัญญา จำนวน 40 คน ซึ่งมีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน (Match-Pairs) ระหว่าง เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ แล้วสุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่ม ควบคุมจำนวน 20 คน โดยมีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียด ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
1. ชาย	8	40	8	40	16	40
2. หญิง	12	60	12	60	24	60
อายุ						
1. 20-29 ปี	4	20	5	25	9	22.5
2. 30-39 ปี	7	35	5	25	12	30
3. 40-49 ปี	8	40	8	40	16	40
4. 50-59 ปี	1	5	2	10	3	3
$\bar{X} = 38.35$ $SD = 8.496$						
Min=21 Max=51						
สถานภาพ						
1. โสด	9	45	12	60	21	52.5
2. หย่า	5	25	2	10	7	17.5
3. คู่ (อยู่ร่วมกัน)	2	10	3	15	5	12.5
4. แยกกันอยู่	4	20	2	10	6	15.0
5. หม้าย	0	0	1	5	1	2.5
ระดับการศึกษา						
1. ไม่ได้เรียน	3	15	3	15	6	15
2. ประถมศึกษา	2	10	3	15	5	12.5
3. มัธยมศึกษา	8	40	6	30	14	35
4. อนุปริญญา	6	30	3	15	9	22.5
5. ปริญญาตรี	1	5	5	25	6	15

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
1. ว่างาน	13	65	18	90	31	77.5
2. เกษตรกร	1	5	0	0	1	2.5
3. ธุรกิจส่วนตัว	0	0	0	0	0	0
4. รับจ้าง	4	20	1	5	5	12.5
5. ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
รายได้ของผู้ป่วยจิตเภท						
1. ไม่มีรายได้	15	75	19	95	34	85
2. มีรายได้	5	25	1	5	6	15
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
1. 1-5 ปี	6	30	6	30	10	25
2. 6-10 ปี	8	40	8	40	17	42.5
3. 11-15 ปี	4	20	4	20	9	22.5
4. 16-20 ปี	1	5	1	5	2	5
5. มากกว่า 20 ปี	1	5	1	5	2	5
$\bar{X} = 8.78$ $SD = 4.56$						
Min=3 Max=21						

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเพศชายร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 40 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65 และ 77.5 ตามลำดับ รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20 และ 5 ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40 และ 40 (ตามลำดับ)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินคุณภาพชีวิต			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	66	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	97	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
2	50	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	96	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
3	47	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	97	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
4	44	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	93	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
5	45	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	88	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
6	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	94	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
7	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	92	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
8	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	96	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
9	50	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	89	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
10	47	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	97	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
11	45	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	86	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
12	55	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	97	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
13	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	90	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
14	55	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	96	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
15	46	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	88	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
16	47	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	83	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
17	51	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	97	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
18	46	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	87	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
19	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	86	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
20	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	83	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางลบว่าส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการอาการทางลบที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงสุดก่อนการทดลอง เท่ากับ 66 คะแนน ต่ำสุด เท่ากับ 44 คะแนน ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงสุด เท่ากับ 97 คะแนน ต่ำสุด เท่ากับ 83 คะแนน

ตารางที่ 9 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินคุณภาพชีวิต			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	64	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	59	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
2	52	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	51	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
3	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
4	47	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	45	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
5	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
6	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
7	46	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	46	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
8	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
9	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	48	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
10	40	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	57	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
11	51	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	51	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
12	54	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	50	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
13	52	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
14	56	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	55	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
15	47	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	46	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
16	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	50	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
17	51	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
18	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	49	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
19	53	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี	56	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
20	44	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	45	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังการทดลองเท่าเดิมจำนวน 16 คน เพิ่มขึ้น จำนวน 2 คน และลดลง จำนวน 3 คน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาลง ร่วมกับการเรียนรู้และปรับตัวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการพยาบาลตามปกติ เช่น การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มจิตบำบัด

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	49.20	4.91	ไม่ดี	19	-29.90	0.000
หลังการทดลอง	90.55	8.39	ดี			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	49.85	4.54	ไม่ดี	19	1.58	0.131
หลังการทดลอง	50.05	3.90	ดี			

*p < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -29.90$) โดยคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 นั่นคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ในทางตรงกันข้ามพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.58$)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ด้านการทำหน้าที่ของ ร่างกาย	1.27	0.15	2.44	0.26	-25.79	0.000
ด้านข้อจำกัดการทำ บทบาทเนื่องจาก ปัญหาด้านร่างกาย	1.23	0.29	2.38	0.33	-19.66	0.000
ด้านความเจ็บปวด	3.33	0.80	4.40	0.60	-9.25	0.000
ด้านการรับรู้สุขภาพ ทั่วไป	1.18	0.27	4.40	0.60	-23.54	0.000
ด้านความมีชีวิตชีวา	1.18	0.27	2.27	0.37	-19.75	0.000
ด้านการทำหน้าที่ทาง สังคม	1.30	0.29	2.43	0.29	-22.65	0.000
ด้านภาวะสุขภาพจิต	1.30	0.29	2.46	0.36	-20.92	0.000
ด้านข้อจำกัดการทำ บทบาทเนื่องจาก ปัญหาด้านสุขภาพจิต	1.15	0.23	2.38	0.45	-12.33	0.000
โดยรวม	1.49	0.15	2.89	0.22	-39.58	0.000

*p < .001

จากตารางที่ 11 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น พบว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังได้รับโปรแกรมจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านในทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	49.20	4.91	ไม่ดี	38	-0.420	0.677
กลุ่มควบคุม	49.85	4.88	ไม่ดี			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	90.55	8.39	ดี	38	19.579	0.000
กลุ่มควบคุม	50.05	3.90	ดี			

*p < .001

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (t= -0.42) แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t= 19.58) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง การทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย จิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ จัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอาการ ทางลบเด่นเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)อายุ20-59ปี เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดยโอเวอร์ออล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธธภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางจิตทุเลาลง และแบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) ใช้สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม ใช้เวลาการดำเนินการ กิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ

ทักษะการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์

กิจกรรมที่ 8 การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและสัมพันธภาพใน

ครอบครัว

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการจัดการกับอาการ

โดยเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง จำนวน 10 คน แล้วมีการปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992)

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล/ปี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 มิติย่อย ประกอบด้วย 1) Physical functioning 2) Role limitation due to physical problems 3) Bodily pain 4) General health perception 5) Vitality 6) Social functioning 7) Mental health 8) Role limitation due to emotional problem ตรวจสอบได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) เฉพาะอาการทางลบ ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) โดยถือการลดลงของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 9 กิจกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.97 และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

วิธีการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยในร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะ การใช้โปรแกรมการจัดการอาการโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN)

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการกับอาการ และเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เนื้อหา มีความครอบคลุม ชัดเจน มีภาษาที่เหมาะสมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะผู้วิจัยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่ให้ทราบ

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและสุขภาพจิต หลักสูตร 4 เดือน มีประสบการณ์การใช้เครื่องมือ ประเมินอาการทางจิต(PANSS-T) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอน วิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายและชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบประเมินอาการทางจิต(PANSS-T) พร้อมทั้งให้คู่มือการใช้แบบประเมินอาการทางจิต เพื่อประเมินคัดเลือกรวมตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย และประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ .98 แบบ

ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (มปป.) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.86

1.7 ผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และประเมินตนเองโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มทดลอง 20 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มดำเนินการกิจกรรมโดยให้การพยาบาลตามปกติและให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยทำการกำกับทดลองจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) และประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.2.2 ภายหลังจากประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต อาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน แล้วนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจง การตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการ

และข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลที่ทำการเก็บมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36)
2. หลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยอธิบายว่านัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (SF-36) อีกครั้ง (Post-Test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทีมพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม การให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับเร่งด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและระดับน้อย การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท การบำบัดทางจิตสังคม และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน
3. เมื่อครบกำหนดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน และผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ ใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.198$ $df = 19$)

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.579$, $df = 38$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คือ ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65 และ 77.5 ตามลำดับ รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20 และ 5 ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 40

ผลจากการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ จากการศึกษา Orfila et al. (2006) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คือ ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 เนื่องจาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดการตอบสนองในลักษณะของความผิดปกติในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Patel et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี จะพบความชุกของอาการทางลบที่ร้อยละ 42.9 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Eack and Newhill, 2007) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 47.2 (Suttajit and Pilakanta, 2015)

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งจากการศึกษาของ McGurk et al. (2000) พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางลบที่ลดลง และพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายความว่าระดับการศึกษาที่สูงจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น (Vandiver,

1998) แต่จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางลบจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่มีปัญหา อาการทางลบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อาการทางลบส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่บกพร่องมากขึ้น (Hunter and Barry, 2012) คือ มีการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง ทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การเลือกรับประทานอาหาร การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และการทำกิจกรรม

การประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 71.25 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fervaha, Foussias, Agid, and Remington (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 84.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางลบส่งผลต่อการเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Hunter and Barry, 2012) ซึ่งความบกพร่องในการทำหน้าที่ทำให้การได้รับการจ้างงานลดลง (Lindenmayer, 2008)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่นส่วนใหญ่ มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ที่ 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยที่ระยะเวลานาน อาการแสดงออกของโรคมักแสดงออกในกลุ่มอาการทางลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งอาการทางลบ ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำรงชีวิต ไม่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (อัญชลี ศิริเทพทวี และคณะ, 2554) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ($t = 8.625$, $df = 19$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากรูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีการให้ผู้ป่วยจิตเภตสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมโดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบคือผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปจากตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตัดสินความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะ

อาการทางลบ สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเอง และการประเมินตนเองหลังจากที่ได้นำกลยุทธ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบไปใช้ อย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของ โรงพยาบาลศรีธัญญา (2563) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปในรูปแบบของ กรมสุขภาพจิต (2559) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุ และผลกระทบ โดยต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันนำไปสู่การแสวงหาแนวทางการจัดการอาการเพื่อลดข้อจำกัดการทําทบเทาเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตย้อยด้านการทําทบเทาที่ทางสังคม การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่ถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือป้องกันผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง ที่ถูกต้องในการเป็นแนวทางในการแสวงหาวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างถูกต้องทำให้เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมิตย้อยด้านสุขภาพจิต และด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น (Soliman, Mahdy and Fouad, 2018)

ขั้นตอนที่ 3 นำมาประยุกต์ใช้ (application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝน มาประยุกต์ใช้จริง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเองจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่ลดลง การทําทบเทาที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิดที่กลับสู่ภาวะปกติส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิตย้อยที่ดีขึ้น และ เพื่อได้มีการตอบสนองต่ออาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

ที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2551; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; Townsend, 2005) นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับ Soliman (2018) ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักจำนวน 116 คน จำนวน 6 กิจกรรม ทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ครั้งละ 60 นาที พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ($t = 19.579$, $df = 38$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เนื่องมาจากรูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะอาการทางลบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มและจากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางลบด้วยตนเอง ได้แก่ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการเข้าสังคมและทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการวางแผนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ดี สามารถจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองได้สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสมทำให้ตนเองสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร การเข้าสังคม และการใช้ยาตามเกณฑ์ ซึ่งในกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ช่วยที่พุดน้อย แยกตัว ซึมเศร้า ได้เริ่มพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะทำอะไรใหม่ๆเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น จัดการกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยแต่ละกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรม จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบว่าการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มกิจกรรม โดยเริ่มจากการพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากตนในกลุ่ม รู้สึกปลอดภัยมาก

ขึ้น ลดความวิตกกังวล กล้าที่จะเปิดเผยและให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการทำกิจกรรม สังเกตได้จากก่อนที่จะพูดคุยเรื่องทั่วไป ผู้ป่วยค่อนข้างเงียบ ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น มีสีหน้าวิตกกังวล แต่หลังจากที่พยาบาลพูดคุยเรื่องทั่วไป ทักทาย แนะนำตัว ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลลดลง กล้าที่จะพูดคุย เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือดี ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้กลุ่มดำเนินอย่างต่อเนื่องราบรื่น ตลอดจนผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556) ส่งผลต่อการทำให้มีதிய่อยด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปและด้านสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทของตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับประสบการณ์การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองเพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง สามารถแยกออกได้ว่าลักษณะอาการเช่นไรคืออาการทางบวกหรืออาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป จึงทำให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ การประเมินและตัดสินใจ การตอบสนองต่ออาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ผ่านมา และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทยังมีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีதிய่อยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปดีขึ้น (Soliman, Mahdy and Fouad, 2018)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยเฉพาะอาการทางลบ พบว่า จากการผู้ป่วยสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม วิธีการดูแลตนเอง วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว สามารถอธิบายลักษณะอาการทางลบที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการจัดการกับอาการใช้วิธีใดในการจัดการได้ คือ โดยเริ่มจากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่อาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต คือ ใช้กระบวนการการเรียนรู้ประสบการณ์การมีอาการ ตั้งแต่การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ กลยุทธ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นโดย พบปัญหาส่วนใหญ่ ผู้ป่วยรับรู้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ง ทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกครอบครัวต่อว่าด้วยคำพูดที่รุนแรง โดยระบุความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง เท่ากับ 7 คะแนน จนทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจ คิดว่าถ้าไม่มีตนเองในบ้านจะดีกว่า ทำให้ไม่อยากพูดคุยกับคนในครอบครัว โดยวางแผนการจัดการกับปัญหาโดย เริ่มจากการพูดคุยบอกความรู้สึกของตนเองมากขึ้น พยายามสื่อสารกับคนในครอบครัวมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ อยากอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ไม่ต้องไปอยู่โรงพยาบาลจิตเวช โดยสามารถบอกได้ว่าหากทำบรรลุจุดมุ่งหมาย จะทำให้ตนเอง มีความสุขมากขึ้น อยู่บ้านได้โดยไม่ต้องเข้าๆออกๆโรงพยาบาลจิตเวช จากตัวอย่างทำ

ให้ประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบของตนเอง มีกลยุทธ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ เกิดการเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ, 2551; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; Townsend, 2005) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีดี้อย่างด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปดีขึ้น ด้านข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ พบว่า จากการที่ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบด้วยตนเอง ด้านการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือ ปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวบกพร่อง และการจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง โดยผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวได้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยวิธีที่ผู้ป่วยนำไปใช้ คือ ต้องเคารพผู้ที่อาวุโสกว่า พูดคุยด้วยคำพูดที่สุภาพใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมไม่แสดงที่อารมณ์ก้าวร้าว ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากคนในครอบครัวโดยเป็นหน้าที่ที่ไม่เกินความสามารถของตนเอง และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการอารมณ์โกรธของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกวิธีการจัดการอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยส่วนใหญ่เลือกวิธีโดยการนับ 1-10 เติ่นเสียงออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ หายใจเข้าออกลึกๆ เมื่อตนเองควบคุมอารมณ์ได้จึงค่อยมาคุยปรับความเข้าใจกับคนในครอบครัว ด้วยเหตุและผล ส่วนด้านสุขอนามัยส่วนตัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการไม่ยอมอาบน้ำ ไม่สนใจตนเอง ซึ่งหลังจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าวิธีการจัดการกับสุขอนามัยของตนเอง คือ การอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และรับประทานอาหารหรือ สามารถออกไปซื้ออาหารด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถวางแผนและดำเนินการตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้สำเร็จ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น (Mausbach et al., 2013) รวมถึงสามารถนำทักษะการจัดการกับอารมณ์ไปปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีดี้อย่างด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ด้านสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการคนที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีอาการทางลบอาการค่อนข้างรุนแรง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีอาการทางลบบอยู่ในระดับต่ำสุด อันเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภท ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตั้งใจ

เรียนรู้ได้ไวกว่าคนอื่น สนใจ ชักถาม และนำทักษะการจัดการกับอาการทางลบด้วยตนเอง มีความสนใจใส่ใจ ร่วมกับอายุ 25 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง 1 เดือน ทำให้แนวโน้มของการดีขึ้นของอาการทางจิตดีมากกว่าผู้ป่วยอื่น

ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร และทักษะการเข้าสังคม พบว่า ผู้ป่วยขาดทักษะตั้งแต่การเริ่มต้นการสนทนา คือ ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ไม่สบตาคู่สนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา ไม่บอกถึงความต้องการและความรู้สึกของตนเองด้วยเหตุและผล เมื่อพยาบาลให้ทุกคนในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วเลือกปัญหา 1-2 ปัญหาแล้วจัดทำสถานการณ์จำลองสมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ที่ถูกจำลองขึ้น สสำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกันในในกลุ่มและเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสนทนา ผู้ป่วยสามารถทำได้ สื่อสารได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร โดยให้ผู้ป่วยทำใบงานการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคม (การบ้าน) พบว่าผู้ป่วยได้มีการนำทักษะการสื่อสารไปใช้อย่างเหมาะสม ประเมินได้จากการตอบใบงาน ขณะพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่ายังไม่ให้กลับบ้านต้องมีการปรับยา ซึ่งตนเองอยากกลับบ้านมาก แต่นั่งฟังและจึงทำการสอบถามกับแพทย์ถึงเหตุผลของการต้องอยู่โรงพยาบาลต่อ รับฟังด้วยเหตุผลและปฏิบัติตามที่ตกลงกับแพทย์ สามารถแสดงความคิดเห็นต่อทีมสุขภาพได้ ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มิตีย่อยด้านความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, 2557)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับ การขาดความรู้ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การทำความสะอาดเสื้อผ้า การแต่งกาย) การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การจัดการอาการข้างเคียงจากยาและปัญหาการนอนหลับ หลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลตนเองตามลำดับปัญหาที่ตนเองวางไว้ได้ โดยมีเป้าหมายในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพทั่วไปของตนเองอย่างชัดเจน และมีแนวทางในการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสม ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการอาการด้านสุขภาพทั่วไปตั้งแต่ กระบวนการจัดการอาการ การตัดสินใจและวางแผนปฏิบัติ สามารถตั้งเป้าหมาย ค้นหาวิธีการจัดการอาการที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย จนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและทำหน้าที่ของตนเองต่อไปได้ โดยประเมินได้จากใบกิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน มีความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองนำมาสู่ความสมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตีย่อยด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

ทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวดทางกายดีขึ้น (เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555)

การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ พบว่า จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการฝึกทักษะการใช้ยาตามเกณฑ์ พบว่า ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด คิดว่า ตนเองรับประทานยาแค่ชุดนี้คือหายป่วยแล้วไม่ต้องรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ง่วงนอน คิดช้า น้ำหนักขึ้น ท้องผูก น้ำลายไหลเยอะ ลื่นแข็ง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการอาการข้างเคียงจากยา ภายหลังที่ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะการใช้ยาตามเกณฑ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง บอกถึงอาการข้างเคียงจากยาที่สำคัญของตนเองได้และบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ปากแห้ง คอแห้ง แก่ไขโดย อมน้ำแข็ง หรือจิบน้ำบ่อยๆ อาการง่วงนอน แก่ไขโดย พักผ่อนให้เพียงพอ นิ่งหลับตาสักพัก น้ำหนักขึ้น แก่ไขโดย เลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ท้องผูก รับประทาน อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ต้มน้ำเปล่าให้เพียงพอ ตัวแข็ง ลื่นแข็ง น้ำลายไหลเยอะ แก่ไขโดย รับประทานยาแก้ ตามแพทย์สั่ง และได้มีการ ลองฝึกวางแผนการใช้ยาตามเกณฑ์ของตนเอง โดยพบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามากขึ้นไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยเลือกที่จะไปพบแพทย์เพื่อปรึกษา โดยผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายของการรับประทานยาตามเกณฑ์ และมีแนวทางการปฏิบัติที่นำไปสู่การรับประทานยาที่ถูกต้องได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์ (2560) ที่พบว่า การให้ความสำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการของผู้ป่วยไม่กำเริบ ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเหนื่อยล้า หรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ด้านสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

การฝึกทักษะการจัดการแบบแผนการนอนและการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนของตนเอง ประสิทธิภาพของการนอน และทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวโดย ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยปัญหาส่วนมากที่พบในผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการนอนที่ประสิทธิภาพและแบบแผนการนอนที่เหมาะสม และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งหลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะแล้วทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า การนอนที่เหมาะสมคือ การเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้เกิดความเคยชิน โดยอยากนอนและตื่นนอนเมื่อถึงเวลากำหนด ลงบันทึกตารางเวลานอนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ตื่นเครื่องตีมนุ่นๆ ก่อนนอน

งดชาหรือกาแฟ นอนงีบในเวลากลางวันได้หลังอาหารกลางวันแต่ไม่ควรเกิน 30 นาที ก่อนนอนควรจัดห้องนอนให้มืด เงียบ สบาย ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเท โดยประเมินได้จากแบบบันทึกแบบแผนการนอน และสามารถอธิบายได้ว่าสัมพันธ์สภาพที่ดีในครอบครัว คือ การที่มีทัศนคติต่อบุคคลในครอบครัวที่ดีให้เกียรติกันและกัน มองในส่วนตัวของกันและกัน เปลี่ยนความคิดที่เคยมองในทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวกด้วยการชี้แจง อธิบาย ทำความเข้าใจกันมากขึ้น โดยประเมินได้จากแบบประเมินการสร้างสัมพันธ์สภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธ์สภาพที่ดีกับคนในครอบครัวนำมาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิตย้อยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ด้านสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์ (2561) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ พบว่า ผู้ป่วยเคยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและประเมินระดับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง โดยผู้ป่วยทุกคนได้มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้อาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่มีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสม และวิธีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองที่ประสบความสำเร็จ รวมถึง สามารถบอกถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินได้จากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองชอบอยู่เรื่อยๆไม่ชอบตอบคำถามคนในบ้าน เป็นอาการทางลบอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท ทำให้เกิดการทะเลาะกับคนในบ้านบ่อยครั้ง ต้องถูกพาไปรักษาที่โรงพยาบาล จากผลกระทบนั้น จึงทำให้เริ่มมีการพูดคุยกับคนในบ้านมากขึ้นโดยเฉพาะแม่โดยใช้เทคนิคการคิดแง่บวก มีสติ คุมอารมณ์ ใช้เหตุและผล ไม่ขึ้นเสียง จึงทำให้ปัจจุบันไม่ค่อยทะเลาะกับแม่ คนในครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ตัวเองก็มีความสุขมากขึ้น ซึ่งจากการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พัฒนาให้เกิดพฤติกรรมการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริและ เสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ที่พบว่า ภายหลังจากพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องไม่เกิดอาการกำเริบจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ด้านสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมการจัดการกับอาการไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต เพื่อให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาใช้ในการดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด
2. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการไปใช้อย่างต่อเนื่องในการจัดบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี
3. โปรแกรมการจัดการกับอาการ ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการจัดการกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำความรู้ทักษะเกี่ยวกับกระบวนการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ไปใช้อย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอจนเกิดเป็นทักษะในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง โดยอาจต่อเนื่อง 1 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการประเมินผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริงเมื่อกลับสู่ชุมชนว่ามีความเหมาะสมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพียงใด
2. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองที่บ้านได้ และเป็นแนวทางในการสังเกตอาการทางลบที่เกิดขึ้นของตนเองได้ เนื่องจาก จากการวิจัยพบว่า แบบประเมินยังไม่ครอบคลุมอาการทางลบที่พบได้บ่อยและภาษาที่ใช้ยังเข้าใจยาก
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาล เช่นเดียวกัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการวัดผลหลังการใช้โปรแกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ*. นนทบุรี: วิศทอเรียนอิมเมจ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี ปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กาญจนา นันทไพบุลย์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 26-38
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์.(2558). บรรณาธิการ. *จิตเวชศิริราช DSM-5*. 365-368. กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 30(1): 139-151.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. (2538). *งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี*. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). *การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข*. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 13: (1-13).
- จิระภา สุมาลี. (2559). *ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 19(ฉบับพิเศษ): 487-

494.

- ดวงกมล สระบุรี. (2558). *ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองงค์ และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย(PANSS-T)*. กรุงเทพมหานคร: แจนเซ็น-ซีแลก.
- นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภา ยิ้มเฟื่อง, ปภาจิต บุตรสุวรรณ และอริสา สุวรรณทวีลาภ. (2557). การประเมินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบ SLA. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*. 15(1): 1-7.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำและคณะ. (2551). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 31(3): 1-12.
- วัลย์พร สุวรรณบุรณ์. (2557). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 23(1): 68-79.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี พรินท์.
- เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 30(3): 113-121.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขณิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มณฑล ปันวิเศษ. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. (ม.ป.ท.):
โรงพยาบาลศรีธัญญา
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2562). รายงานสถิติประจำปี 2562. (ม.ป.ท.): งานเวชสถิติ ฝ่ายแผนงานและ
สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ละเอียต รอดจันทร์และคณะ. (2542). *รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิต
เวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. กรุงเทพฯ: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกำเริบของ
อาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 54(5): 449-465.
- สาริณี โต้ะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน*. วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิต
วิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการ
บำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล. (2554). *ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล*. Retrieved 10 กรกฎาคม, 2562, from
<http://www.dms.moph.go.th>
- ศิริภัททรา จุฑามณี. (2552). *ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ. (2559). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงส์ บันเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระ*

ศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ศิริเทพทวี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าโปรแกรมจิตสังคมบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชครินทร์*. 12(ตุลาคม 2554- กันยายน 2555)

อติญา โพธิ์ศรี. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 1(1).

อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวี. พรินท์ จำกัด

อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*. 40(1): 67-83.

ภาษาอังกฤษ

Abd ELhay, El-Bilsha, El-Atroni. (2017). The effect of auditory hallucinations management program on quality of life for schizophrenic Inpatients, Egypt. *Journal of Nursing and Health Science*.

Adelufosi, O. A., Adebowale, O. T., Abayomi, O. and Mosanya, T. J. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 44(2), 92-106.

Artherly, A. et al. (2006). *Condition specific measure*. In: Kane RL. Understanding health care Outcomes research (Vol. 2nd ed). Sudbury (MA): Jones and Bartlett.

Azaiez, C., Millier, A., Lançon, C., Clay, E., Auquier, P., Llorca, P. M., & Toumi, M. (2018). Health related quality of life in patients having schizophrenia negative symptoms - a systematic review. *Journal of market access & health policy*, 6(1), 1517573. <https://doi.org/10.1080/20016689.2018.1517573>

Barnes, A. L., Murphy, M. E., Fowler, C. A., & Rempfer, M. V. (2012). Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophrenia research and treatment*, 2012, 245103. <https://doi.org/10.1155/2012/245103>

Barry, M., and Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure In assessing the

- impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168: 210-16.
- Bergner, M. et al. (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805
- Benaiges et al. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes* (10): 106
- Bobes, J. and Gonzalez, M.P. (1997). *Quality of life in schizophrenia*. In : Kastching H Freeman H& Satorious N. editor. *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & sons.
- Bowling, A. (2011). *Health-related quality of life: conceptual meaning, use and Measurement in: Bowling A, editor. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scale* (Vol 2nd ed). Buckingham: Open University Press.
- Boyer, L., Lançon, C., Baumstarck, K., Parola, N., Berbis, J., & Auquier, P. (2013). Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(6), 447-453. doi:10.1192/bjp.bp.112.123463
- Breitborde, N. J., Lopez, S. R. & Nuechterlein, K.H. (2009). Expressed emotion, human agency, and schizophrenia: toward a new model for the EE-relapse association. *Cult Med Psychiatry*, 33(1), 41-60.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory Hallucinations in schizophrenia result of 1-year follow up. *Journal of Psychosocial Nursing* 35 (12):12-24
- Burn, N., and Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chen WT, Norman. (2003). Education needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*; 44(5) :490-498
- Corey, M. S., & Corey, G. (1997). *Groups: Process and practice (5th ed.)*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of*

Advanced Nursing, 23(4): 733-740.

- Domenech C. et al. (2018). Health-related quality of life in outpatients with schizophrenia: factors that determine changes over time. *Soc Psychiatry Psychiatr*, 53(3): 239-248.
- Eack SM and Newhill CE. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 33(5), 1225-1237. doi:10.1093/schbul/sbl07
- Fervaha, G., Foussisas, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry*, 29(7), 449-455. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.01.007
- Fervaha, G., Foussisas, G., Agid, O., & Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 9-16. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.040
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., . . . Italian Network For Research on, P. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287. doi:10.1002/wps.20167
- Goreishizadeh, M., Mohagheghi, A., Farhang, S., & Alizadeh, L. (2012). Psychosocial disabilities in patients with schizophrenia. *Iranian journal of public health*, 41(5), 116-121.
- Gupta, S., Kulhara, P., and Verma, S.K. (1998). Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatria Scandinava* 97 : 290-296.
- Guyatt, G. H. et al. (2007). Exploration of the value of health-related quality of life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 82, 1229-1239.
- Halter, M. J., & Varcarolis, E. M. (2014). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach. 7th ed.* / St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Harvey, P. D., Koren, D., Reichenberg, A., & Bowie, C. R. (2006). Negative Symptoms and Cognitive Deficits: What is the Nature of Their Relationship? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258. doi:10.1093/schbul/sbj011
- Hunter, R., & Barry, S. (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *European*

- Psychiatry*, 27(6), 432-436. doi:10.1016/j.eurpsy. 2011.02.015
- Katsching, H. (2000) . Schizophrenia, and Quality of life. *Acta Psychiater Scand*, 102: 33-47.
- Kay, S.R., Fiszbein, A & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) For Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13: 261-276.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, 200(2), 193-201. doi:10.1016/j.psychres.2012.05.029
- Knapp, Martin, McCrone, R., P., Leeuwemkamp, & Oscar. (2008). Associations between negative symptoms, service patterns, and cost in patient with schizophrenia in the five European countries. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(4), 195-205.
- Kongsakorn, R. and Silpakit, C. (2000). Thai version of medical outcome study36 items short form health survey: An instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Rama Medical Journal*, 23(1), 8-19.
- Kyung Hee Shon. (2003). The effects of medication and symptom management education program base on self efficacy theory for the psychiatric patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(8): 1145-52
- Lehman.A.F et al. (1983). The well-being of chronic mental patients :assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry* 40 :369-373.
- Lehman, A. F., Possidente, S. & Hawker, F. (1986). The quality of life of patient in a stage hospital and community residence. Hospital and community residences. *Hospital and community psychiatry* 37: 901-907.
- Lindamer, L.A. et al. (2008). Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 104(1-3): 294-301.
- Lubkin, L.M. (1986). *Chronic illness: impact and intervention*. Boston: Jones and Bartlett Publisher.
- Makara-Studzinska, M., 1, Wolyniak M., and Partyka, I. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service-selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research* 5(1): 31-34.

- Martin, G., & Osborne, J. (1989). *Psychology, adjustment, and everyday living*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Martin, S., and Philip, D.H. (2013). Treatment of Obesity and Disability in Schizophrenia. *Innov Clin Neurosci* 10(7-8): 15-19.
- Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J., Jeste, D. V., & Patterson, T. L. (2013). The use of the theory of planned behavior to predict engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry research*, 205, 36–42.
- McGurk, S. R., Moriarty, P. J., Harvey, p. D., Parrella, M., White, L., Friendman, J., & Davis, K. L. (2000). Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12(2), 257-264. doi:10.1176/jnp.12.2.257
- Mercier, C., Peladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age gender and quality of life. *Community Mental health journal* 34(5): 487-499.
- Moller, M.D., Murphy, M.F. (2001). **Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders**. in: G.W. Stuart, M.T. Laraia. Editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. Louis: Mosby; p. 2001:402–37.
- Novick D. et al. (2015). Impact of negative symptoms on quality of life in patients with schizophrenia. *Value in health*, 18: A805-A881.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social science & medicine* (1982), 63(9), 2367–2380.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report* 10: 799-812.
- Patel, R., Jayatilleke, N., Jackson, R., Stewart, R., & McGuire, P. (2014). Investigation of negative symptoms in schizophrenia with a machine learning text-mining approach. *The Lancet*, 383, S16. doi:10.1016/S0140-6736(14)60279-8
- Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. J., & Forester, B. (2008). Helping Older People Experience Success: An Integrated Model of Psychosocial Rehabilitation and

- Health Care Management for Older Adults with Serious Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60. doi:10.1080/15487760701853193
- Robert, W.B. (2006). *Negative symptoms in schizophrenia: An Overview*. Retrieved May 14, 2013. From <http://www.Persisitent> Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview.
- Sadock, B. J. & Sadock, A. V. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott. Williams and wilkins.
- Sirijit Suttajit and Suttrak Pilakanta. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11: 1371-1379.
- Soliman, E., Mahdy, R., & Fouad, H. (2018). Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 39(1), 35-41. doi: 10.4103/ejpsy.ejpsy_34_17
- Stewart, A. L. and Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and Well-being: The Medical Outcome Study Approach*. Durham, NC: Duke University.
- Sullivan, G., Wells, K.B., and Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 43(8): 794-798.
- Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medication Investigation*, 58, 167-174.
- Townsend and Benedict, T. (2005). Connectedness: A Review of the Literature With Implications for Counseling, Assessment, and Research. *Journal of Counseling & Development*, 83: 191-201.
- Ware, E. J. and Sherbourne, D.C. (1992). The Meaning in Life Scale: Determining the reliability and validity of measure. *Journal of Chronic Disease*, 40, 503-512.
- Ware, E. J., Kosinski, M. and Keller S.D. (1996). A 12-items short form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- WHO. Schizophrenia. Retrieved on 10 January. (2016). [online] Available at: <http://www.who.int/mental-health/management/schizophrenia/en/>.

- WHOQOL Group. (1996). What quality of life?. *World health forum*. 17(Nov): 354-356.
- World Health Organization. Schizophrenia. [online]. 2007. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>[2015,November23]
- World Health Organization Quality Of Life Group. (1996). What quality of life? World Health Organization quality of life Assesment. *World Health forum* 17(4): 354-356.
- Yang CY et al. (2015). The effects of auditory hallucination symptom management programme for people with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 71(12): 2886-97.
- Yu-Tao Xiang, Yong-Zhen Weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, and Gabor S Ungvari. (2007). Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 41(5): 442-449.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1	แพทย์หญิงนฤมล จินตพัฒนากิจ	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
2	นางอนงค์นุช ศาโตรก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3	นางสิรินภา จาติเสถียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4	ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
5	ดร.สุตาพร สถิตยुทธการ	อาจารย์พยาบาลประจำ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส โสด หย่า
 คู่ (อยู่ร่วมกัน) แยกกันอยู่
 หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 ปริญญาตรี อื่นๆ
5. อาชีพ ว่างาน เกษตรกร
 ธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง
 ค้าขาย อื่นๆ.....
6. รายได้ของผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีรายได้ มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย
 1-5 6-10 11-15 16-20 มากกว่า 20ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

1. โดยทั่วไปที่ผ่านมา 1 เดือนสุขภาพของท่าน

	ดีเยี่ยม (5)
	ดีมาก (4)
	ดี(3)
	พอใช้ (2)
	ไม่ดีเลย (1)

2. เปรียบเทียบช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันสุขภาพของท่าน

	ดีขึ้นมาก (5)
	ดีขึ้นบ้าง (4)
	เหมือนเดิม (3)
	แย่ลงบ้าง (2)
	แย่ลงมาก (1)

ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีผลกระทบหรือเป็นข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มีผลมาก (3)	มีบ้าง เล็กน้อย (2)	ไม่มีผล (1)
3. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของ หนัก เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก			
4. กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้าย โต๊ะ ภูบ้าน			

ข้อความ	มีผลมาก (3)	มีบ้าง เล็กน้อย (2)	ไม่มีผล (1)
5. ยกของหรือหิ้วตะกร้าจ่ายตลาด			
6. เดินขึ้นบันไดหลายๆชั้น			
7. เดินขึ้นบันได 1ชั้น			
8. ก้มตัว หรือคุกเข่า หรือโค้งตัว			
9. เดินระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร			
10. เดินทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า			
11. เดินทางมากกว่า 10 เมตร หรือประมาณ ครึ่งทางระหว่างเสาไฟฟ้า			
12. อาบน้ำและแต่งตัว			

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่

ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่(2)
13. ทำให้ต้องลดเวลาการทำงานหรือกิจกรรมลง		
14. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้		
15. ทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย		
16. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น		

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ (เช่น ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล) มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่

ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่(2)
17. ลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง		
18. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้		
ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่(2)
19. ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้		

20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์รบกวนความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ้างหรือไม่อย่างไร

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายหรือไม่

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการทำงานตามปกติของท่านหรือไม่

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

คำถามต่อไปนี้ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในช่วง 1 เดือน โปรดเลือกข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางเวลา	นานๆครั้ง	ไม่มีเลย
23. รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา	6	5	4	3	2	1
24. ประสาทเครียด	1	2	3	4	5	6
25. หดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นขึ้นได้	1	2	3	4	5	6

ข้อความ	ตลอดเวลา	เกือบ ตลอดเวลา	บ่อยๆ	บาง เวลา	นานๆ ครั้ง	ไม่มี เลย
26. สงบและเป็นสุข	1	2	3	4	5	6
27. มีพลังมาก	1	2	3	4	5	6
28. ท้อแท้ ห่อเหี่ยว	1	2	3	4	5	6
29. รู้สึกว่าจะทำอะไร ไม่ได้	1	2	3	4	5	6
30. มีความสุข	1	2	3	4	5	6
31. รู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจทำให้รบกวนต่อการเข้าสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และญาติสนิทของท่านอย่างไรบ้าง

1	ตลอดเวลา
2	เกือบตลอดเวลา
3	บางครั้ง
4	นานๆครั้ง
5	ไม่รบกวน

เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ ทราบ	ไม่ถูกต้อง เป็น ส่วนมาก	ไม่ ถูกต้อง เลย
33. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
34. ฉันมีสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่ฉันรู้จัก	5	4	3	2	1
35. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง	1	2	3	4	5
36. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	5	4	3	2	1

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

คำชี้แจง : ให้วงกลม ○ ล้อมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

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. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive 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
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	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

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการ สัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7

ไม่มีอาการ = 1 คะแนน

มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน

มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน

มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน

มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน

มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน

มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยตอบ ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางลบเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

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

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การแยกตัวทางอารมณ์							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สนใจ ไหลอย่างต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัว							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบประเมินอาการทางบวก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางบวกเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

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

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
5. คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
6. คิดรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
7. รู้สึกว่าไม่เป็นมิตร							



แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย และพยาบาล เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 2006) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รับรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้นในอดีต ทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ พร้อมทั้งปัญหาด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ผ่อนคลายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด

4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สามารถเปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2. สามารถบอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้

3. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบได้

4. สามารถรับรู้การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในระยะแรก ด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ซึ่งแรงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ๆ จะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของตนเองได้ดีขึ้น โดยในโปรแกรมการจัดการกับอาการได้จัดให้มีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพโดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย และพยาบาลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขหรือวิธีการที่จัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ที่ผ่านมาอย่างไร พร้อมทั้งปัญหาด้านสุขภาพและการหาแหล่งสนับสนุน และผลลัพธ์ภายหลังการจัดการอาการเป็นอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ หากวิธีการจัดการอาการนั้นได้ผล หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะหาวิธีใหม่มาเพื่อจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ป่วย
2. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
3. ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินการรับรู้สาเหตุการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา
4. ใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง
5. ใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบประเมินผลกระทบจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการจัดการกับอาการ
6. ใบกิจกรรมที่ 1.4 การรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบและผลกระทบ

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงประสบการณ์การจัดการอาการของตนเองได้
3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการรับรู้ถึงอาการทางลบและการจัดการ

แผนการดำเนินกิจกรรมที่ 1 :
การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม	<p>การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นกิจกรรมบำบัดที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกกับผู้ป่วยแบบรายกลุ่ม เนื่องจากการพบผู้ป่วยครั้งแรกรั้นต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ รวมถึงความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เกิดความเข้าใจในตัวเองและปรับตัวได้ในระยะต่อมาของการบำบัด มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ดีขึ้น</p>	<p>สร้างสัมพันธ์ภาพ (30นาที)</p> <p>1.1 ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น เช่น “สวัสดีค่ะสมาชิกทุกท่าน พยาบาลมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกทุกท่านมาเข้าร่วมกลุ่มในวันนี้ ”</p> <p>จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม</p> <p>1.2 ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษแผ่นสีขาวที่เตรียมไว้ให้คนละ 1 แผ่น เขียนชื่อตนเอง ชื่อจริง ชื่อเล่น และสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นรู้</p> <p>1.3 ให้สมาชิกแต่ละคนลุกขึ้นออกมาแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่นๆ รู้จักและนำกระดาษแปะไว้บริเวณบริเวณที่กำหนดอธิบายกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม</p>	<p>- คู่มือผู้ป่วย</p> <p>- ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม</p>	<p>1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
2. สามารถ บอกถึง ความสำคัญ ของการดำเนิน กิจกรรมได้	การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ที่จะได้รับจาก การเข้าร่วมโปรแกรมนั้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะ เกิดขึ้นกับตนเองและ เกิดความร่วมมือในการ เข้าร่วม	2.1 ผู้นำกลุ่มอธิบายถึง วัตถุประสงค์ในการเข้าร่วม โปรแกรมประโยชน์ที่สมาชิก กลุ่มจะได้รับโดยการ ดำเนินการประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 สัปดาห์ ที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 4-5 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 6-7 สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรม 8- 9 พร้อมมอบตารางนัดหมาย และคู่มือในการทำกิจกรรมแก่ สมาชิกกลุ่มเป็นรายบุคคล 2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อสงสัย พร้อมอธิบายข้อ ซักถาม		-สมาชิกสามารถ บอกถึง วัตถุประสงค์ใน การเข้าร่วม โปรแกรมได้ ถูกต้อง -สมาชิกกลุ่ม สามารถบอกถึง ประโยชน์ที่ได้รับ จากการเข้าร่วม โปรแกรมได้ อย่างถูกต้อง -สมาชิกทราบถึง กิจกรรมที่ต้อง ปฏิบัติใน โปรแกรม ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม สามารถบอกได้ อย่างถูกต้อง
3. สามารถ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การมีอาการ ทางจิต โดยเฉพาะ	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และแนวทาง การแก้ไขหรือวิธีการที่ จัดการกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ	3.1 ผู้นำกลุ่มเริ่มพูดคุยเข้าสู่ กระบวนการกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกใน กลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึง การมีอาการทางจิตโดยเฉพาะ	-ไปกิจกรรม ที่ 1.1-1.3 แบบบันทึก การรับรู้ สาเหตุการ เกิดอาการ	- สมาชิก สามารถอธิบาย ถึงประสบการณ์ การจัดการ อาการของ ตนเองได้

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
อาการทางลบ และผลกระทบ ได้	ที่ผ่านมามีอะไรพร้อม ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ และการหาแหล่ง สนับสนุน และผลลัพธ์ ภายหลังการ จัดการ อาการเป็นอย่างไร เมื่อ ผู้ป่วยได้ทบทวน ประสบการณ์ที่ผ่าน มาแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถคงพฤติกรรมนั้น ไว้หากวิธีการจัดการ อาการนั้นได้ผล หรือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ที่จะหาวิธีใหม่มาเพื่อ จัดการกับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ	อาการทางลบที่ผ่านมามีตาม ความเป็นจริง 3.2 ผู้นำกลุ่มสรุปถึง ประสบการณ์การมีอาการทาง จิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ของแต่ละบุคคล และให้ สมาชิกใน กลุ่มแสดงความ คิดเห็นเพิ่มเติม (ใบกิจกรรม กลุ่ม 1.1-1.3) 3.3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ สมาชิกสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของ สมาชิก กล่าวขอบคุณ ในการ ให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและ นัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป	ทางจิต โดยเฉพาะ อาการทาง ลบ ผลกระทบ จาก ประสบการณ์ ที่ผ่านมา	- สมาชิก สามารถอธิบาย ความสำคัญของ การรับรู้ ถึง อาการทางจิต โดยเฉพาะ อาการทางลบ และการจัดการ อาการทางจิต โดยเฉพาะ อาการทางลบที่ เหมาะสม

ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินการรับรู้สาเหตุการเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

ให้ท่านเขียนจากประสบการณ์ของท่านเองตามหัวข้อต่อไปนี้

1.1.1 ท่านคิดว่าสาเหตุของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกิดจากอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ใบงานที่ 1.2 แบบประเมินอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินอาการทางลบ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

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

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การแยกตัวทางอารมณ์							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สนใจ ไหลอย่างต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัว							

คู่มือการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภท



จัดทำโดย
นางสาวพิชญา บัวรุ่ง
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้และอารมณ์ผิดจากคนปกติทั่วไป

อาการของโรคจิตเภทเป็นอย่างไร

อาการของโรคสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดการรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมได้แก่ อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว เป็นต้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ แสดงออกด้านสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ไม่พูด แยกตัว ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหรือสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมน้อย

สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากอะไร

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

- 1.1 กรรมพันธุ์ครอบครัวหรือฝาแฝดที่เคยมีญาติพี่น้องป่วยทางจิตจะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น
- 1.2 การได้รับสารกระตุ้นทางสมองเช่นสารเสพติดต่างๆเช่นสุรายาบ้าสารระเหย เป็นต้น
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง
- 1.4 ได้รับกระทบกระเทือนทางสมองอุบัติเหตุสลบ
- 1.5 การติดเชื้อในสมองเช่นเยื่อหุ้มสมองอักเสบมาเลเรียขึ้นสมอง

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

จิตใจที่ผิดปกติมาตั้งแต่วัยเด็กเมื่อโตขึ้นเผชิญกับความเครียดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และใช้วิธีการจัดการกับความเครียดในทางที่ไม่เหมาะสมบ่อยๆจนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวรและกลายเป็นความผิดปกติ

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยจิตเภทมักพบมากในประชากรที่มีฐานะยากจนครอบครัวที่มีความเครียดสูงแหล่งที่อยู่อาศัยอยู่ในแหล่งสารเสพติด

ผู้ป่วยจิตเภทรักษาได้อย่างไร

การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธีที่ผสมผสาน และให้การรักษาตามความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาวิธีแรกที่แพทย์ใช้ เพื่อควบคุมอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ ซึ่งยาที่ผลิตออกมามีหลายชนิด จิตแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแต่ละราย โดยยานั้นจะเป็นในรูปแบบของ ยารับประทาน ยาฉีด และยาหยด ซึ่งระยะเวลาในการรับประทานยานั้น แพทย์จะเป็นผู้ประเมินและกำหนดระยะเวลาของการรับประทานยาและหยุดยา

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง หรือเรื้อรังที่การรักษาทางยาและวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล ซึ่งการรักษาจะทำโดยแพทย์และมีพยาบาลดูแลระหว่างการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยใช้กระแสไฟที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับการรักษา

การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัด เป็นวิธีการช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีการแก้ปัญหาแบบอื่นที่พอจะทำได้ อาจทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล พฤติกรรมบำบัด เป็นการปรับทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวบำบัด เป็นการนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา

อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการเตือน และการจัดการ

อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการกำเริบถึงขั้นรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตนเองขึ้นได้ ซึ่งมักจะมีอาการเตือนเกิดขึ้นก่อนเสมอ อาการเตือนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันและอาจมีหลายอาการพร้อมกัน อาการเตือนมักเกิดขึ้นเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแต่ละคนสนใจและคอยสังเกตอาการตนเอง จะรู้ว่าเริ่มมีอาการและรีบหาทางป้องกันโดยมาพบแพทย์เพื่อ

รับการรักษาไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

อาการเตือนเบื้องต้นก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบมากขึ้น มีดังนี้

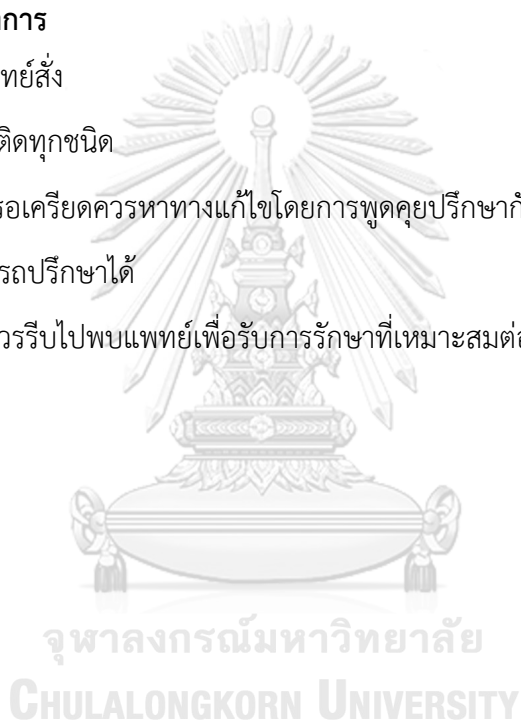
- รู้สึกเครียด กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
- รู้สึกซึมเศร้า
- ขาดสมาธิ
- เบื่ออาหาร
- เริ่มได้ยินเสียงแว่ว
- นอนไม่หลับ
- เบื่อหน่ายไม่มีความสุข
- หงุดหงิด
- คิดฟุ้งซ่าน

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ

1. การกินยาหรือการฉีดยาไม่สม่ำเสมอ หรือการขาดยา
2. สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเครียด หรือการได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ และสังคม ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมและชุมชน
4. การใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ กัญชา ยาบ้า เป็นต้น
5. การพักผ่อนไม่เพียงพอ

การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ

1. กินยาตามแพทย์สั่ง
2. ไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด
3. ถ้ามีปัญหาหรือเครียดควรหาทางแก้ไขโดยการพูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือผู้ที่สามารถปรึกษาได้
4. หากไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป



ใบกิจกรรมที่ 3.1 แนวทางการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ

3.1.1 ท่านรู้สึกว่าการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร (โปรดระบุอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.1.2 ท่านคิดว่าอาการทางลบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด และผลที่กระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบเป็นอย่างไร (ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0-10 0=ไม่รุนแรง, 10 คือรุนแรงมากที่สุด)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.1.3 ท่านมีความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมอย่างไรภายหลังการเกิดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการหาความเที่ยงของเครื่องมือ
และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

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

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มีจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 36 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0
2. แบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 6 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.97

การหาความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

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
.984	36

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ การคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

โดย	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	K	แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2	แทน	ผลรวมความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวม

2. สถิติที่ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ร้อยละ (Percentage) เป็นการเปรียบเทียบความถี่ หรือจำนวนที่ต้องการกับความถี่ หรือจำนวนทั้งหมดที่เทียบเป็น 100 จากสูตรต่อไปนี้

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

P	แทน	ร้อยละ
f	แทน	ความถี่ของคะแนนที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n	แทน	คะแนนทั้งหมด

ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือ เรียกว่าค่ากลางเลขคณิต ค่าเฉลี่ย ค่ามัชฌิมาเลขคณิต จากสูตรต่อไปนี้

สูตร	\bar{X}	=	$\frac{\sum x}{n}$
เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของข้อมูลทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนข้อมูล

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นการวัดการกระจายที่นิยมใช้กันมาก เขียนแทนด้วย S.D. หรือ S

$$1. \text{ S.D.} = \sqrt{\frac{\sum f(x-\bar{x})^2}{n-1}}$$

$$\text{หรือ } 2. \text{ S.D.} = \sqrt{\frac{n \sum fx^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

f คือ ความถี่

x คือ จุดกึ่งกลางชั้น

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระกัน ด้วย pair t-test มีสูตรดังนี้

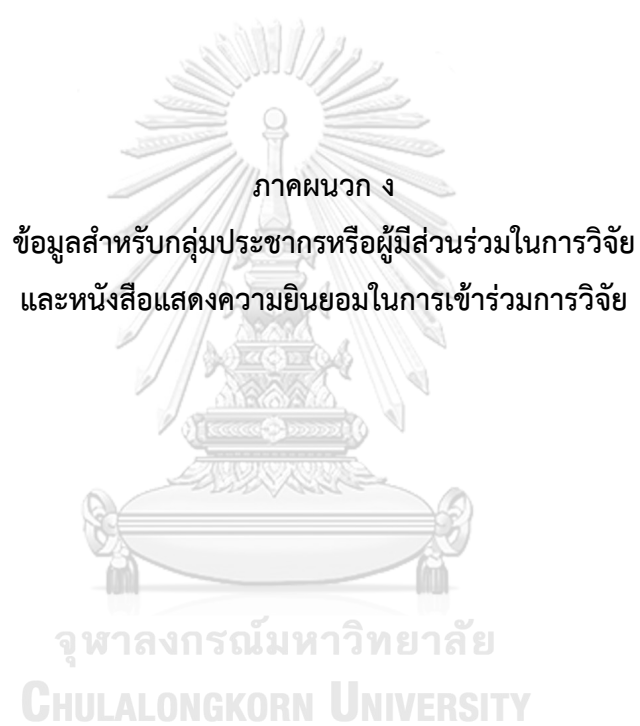
$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}} \quad \text{เมื่อ } df = n-1$$

เมื่อ t หมายถึง ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับค่าวิกฤตเพื่อทราบความมีนัยสำคัญ

D หมายถึง ค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน

$\sum D$ หมายถึง ผลรวมค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน

n หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนคู่คะแนน



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย
จิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิชญา บัวรุ่ง นิสิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลศรีธัญญา โทร
02-5287800 ต่อ 57883

ที่บ้าน: 73/3 ซอย ลาดพร้าว 23 ถนน ลาดพร้าว แขวง จันทระเกษม เขต ชตุจักร กทม.
10900 โทรศัพท์มือถือ: 086-7871531 E-mail: pichayabuarung@gmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด
รอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการ
การจัดการกับอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยใน
รพ.ศรีธัญญา จำนวนทั้งหมด 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และ ยินดี
เข้าร่วมงานวิจัยและสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ โดยผู้วิจัยสำรวจจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย
แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 คน มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย
5 สัปดาห์ และเริ่มดำเนินการกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยขออนุญาตในการดู
เวชระเบียนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่มีอำนาจในการดูแลโดยตรง

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลา

ประมาณคนละ 15 นาที และในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะนัดพบผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง เพื่อทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากสิ้นสุดการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ 1 จะได้รับการฝึกสอนโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบสำหรับผู้สนใจ

5.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ 2 ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วน ใช้เวลาประมาณคนละ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 ได้เรียนรู้และฝึกทักษะในการจัดการอาการ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดำเนินการ 5 สัปดาห์ สัปดาห์แรกจนถึงสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ละ 2-3 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 5 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการเพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกันไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้นทราบความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่ออาการทางลบที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลกระทบจากอาการทางลบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้น มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ ขั้นตอนที่ 4,5,6,7,8 การพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพ โดยการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ และร่วมกันหาวิธีการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 9 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการทางลบ เป็นการทบทวนความรู้และทักษะการจัดการอาการทางลบและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพโดยให้ทำแบบทดสอบ และสิ้นสุดกิจกรรม

6. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้น แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยขณะเข้าร่วมโปรแกรม เช่น มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง เป็นต้น ผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยรายนั้นหยุดพักทันที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้พบแพทย์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย ได้โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำวิจัยไปใช้กับโรคอื่นๆต่อไป

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส หากเป็นการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน ค่าพาหนะหรือค่าชดเชยการเสียเวลา แต่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมอบให้สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

12. ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัยใช้เวลา 5 สัปดาห์

13. ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 40 คน

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์: 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

(Information consent form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิชญา บัวรุ่ง นิสิตสาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลศรีธัญญา โทร
02-5287800 ต่อ 57883

ที่บ้าน: 73/3 ซอย ลาดพร้าว 23 ถนน ลาดพร้าว แขวง จันทระเกษม เขต ชตุจักร กทม.
10900 โทรศัพท์มือถือ: 086-7871531 E-mail: pichayabuarung@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยการนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ลงชื่อ
(.....) (.....)
ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ
(.....)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
พยาน
วันที่/...../.....





ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๘/พิเศษ

โรงพยาบาลศิริราช กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

เลขที่ใบรับรอง : STY.COA002/2563

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
(The effect of negative symptom management program on health related quality of life in persons with Schizophrenia.)

รหัสโครงการ : STY.IRB001/2563_ful

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวพิชญา บัวรุ่ง กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารที่รับรอง :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ฉบับวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒)
๒. โครงร่างการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒)
๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒)
๔. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒)
๕. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒)
๖. ประวัติผู้วิจัย (ฉบับวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒)

วันที่รับรอง : ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒

วันหมดอายุ : ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

(กำหนดวันส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยอย่างน้อย ๓๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ คือ ภายในวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓)

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม

(นางอรวรรณ ศิลปกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลศิริราช

วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

ลงนาม

(นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒

ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างเอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว 64.11/ 0098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

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

เนื่องด้วย นางสาวพิชญา บัวรุ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 70 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale- Thai: PANSS-T) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและสำหรับพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) และแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญา บัวรุ่ง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1372

นางสาวพิชญา บัวรุ่ง โทร. 08-6787-1531

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพิชญา บัวรุ่ง
วัน เดือน ปี เกิด	28 มีนาคม 2532
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปี การศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY