

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวพิมพ์ชนก เทศเขียว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR) เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF DISCHARGE PLANING PROGRAM WITH FAMILY
PARTICIPATION ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Pimchanok Thatkiew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาวพิมพ์ชนก เทศเขียว
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

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

พิมพ์ชนก เทศเขียว : ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF DISCHARGE PLANING PROGRAM WITH FAMILY PARTICIPATION ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญนภา แดงด้อม ยุทธ์, 157 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1)พฤติกรรมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และ2)เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 40 ครอบครัว และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1)โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2)แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับเครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ให้ข้อคิดอันมีคุณค่า สนับสนุนให้กำลังใจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งตรวจทานและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตา กรุณาและเสียสละของอาจารย์ในครั้งนี้เป็นอย่างสูง จึงขอกราบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และเป็นกำลังใจให้เสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเครื่องมือ ให้มีความถูกต้องเหมาะสมจนเครื่องมือวิจัยมีความสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอกราบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาบุคลากรฝ่ายงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่น้องๆพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือ รวมทั้งบุคลากรที่มสุขภาพทุกท่าน รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาของท่านเพื่อมาเข้าร่วมกลุ่มจนบรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกัลยาณมิตรคอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำและคอยให้กำลังใจเสมอ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุทิน คุณแม่มาลี เทศเขียว ผู้เป็นที่รักยิ่งและอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ที่คอยช่วยเหลือให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน รวมทั้งเป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่และให้โอกาสทางการศึกษาอันมีค่ายิ่งเสมอมา ตลอดจนทุกๆท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แต่บุพการี อาจารย์ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	9
ขอบเขตการวิจัย	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	20
2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	35
3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.....	38
4. แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย	46
5. แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย.....	55
6. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ.....	58
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	72
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	82
การวิเคราะห์ข้อมูล	100
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	116
สรุปผลการวิจัย.....	124
อภิปรายผลการวิจัย.....	125
ข้อเสนอแนะ	129
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	129
รายการอ้างอิง	130
ภาคผนวก.....	138
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	139
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง.....	141
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	145
ภาคผนวก ง พิจารณาจริยธรรม.....	151
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	157

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	59
ตารางที่ 2	84
ตารางที่ 3	85
ตารางที่ 4	98
ตารางที่ 5	99
ตารางที่ 6	103
ตารางที่ 7	107
ตารางที่ 8	111
ตารางที่ 9	112
ตารางที่ 10	113
ตารางที่ 11	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรังมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด อาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกินิตย์, 2555) โดยพบความชุกถึงร้อยละ1 ของประชากรทั่วโลก (Sadook & Sadock, 2007) ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) และยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมการตัดสินใจ มีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) มีการดำเนินของโรคที่เรื้อรังและมีการกำเริบได้บ่อยทำให้มีเพียงร้อยละ25 ที่รักษาได้ผลดีไม่มีการป่วยซ้ำ และอีกร้อยละ25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาส่วนอีกร้อยละ50 มีการกลับป่วยซ้ำ (Kongsakon, et al., 2005) จากรายงานการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ2555 มีจำนวน 388,779 ราย คิดเป็นอัตรา 604.95 ต่อแสนประชากร (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2555)

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตช่วงปี พ.ศ.2553-2555 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรังและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วหายขาดคิดเป็นร้อยละ22 ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำ 2-3 ครั้งโดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติคิดเป็นร้อยละ35 มีความบกพร่องหลังป่วยครั้งแรกและมีอาการกำเริบเป็นระยะๆโดยไม่กลับสู่ภาวะปกติคิดเป็นร้อยละ8 มีความบกพร่องมากขึ้นเรื่อยๆหลังการป่วยแต่ละครั้งโดยไม่กลับสู่ภาวะปกติคิดเป็นร้อยละ35 (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ(prodromal symptoms) ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรกหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่องจะมีการกลับป่วยซ้ำถึงร้อยละ60(Baker, 1995; Kennedy et al, 2000 ; Meijel, 2003; โสรยา ศุภโรจน์, 2554)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองพบว่าการแยกจากสังคม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคลบางครั้งนั่งหัวเราะคนเดียว ยิ้มคนเดียว ในระยะที่มีอาการรุนแรงอาจมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินเสียหาย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกินิตย์, 2555)

สัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พภกษชาติคุณากร, 2542; โสรยา ศุภโรจน์, 2554) และยังพบว่ามีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่นจนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลและสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (Laidlaw et al, 2002; เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2551) มีปฏิสัมพันธ์กับกับเพื่อนบ้านลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ คือ หลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่สามารถกลับไปเรียนต่อ และจากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดี การป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock and Sadock, 2000) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยพบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคทางด้านจิตเวช มีผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ มีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมเกิดความตึงเครียดในครอบครัวได้ จากการศึกษาพบว่าความตึงเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระ (Burden) (Lennior et al., 2000) สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเผชิญกับรูปแบบของการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (อัมพวรรณ ธาภาศ, 2548) จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดค่าใช้จ่ายไว้ให้ผู้ป่วยสำหรับพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วันโดยกำหนดให้รายละเอียด 1,615 บาท (อเนก สุภีร์วัฒน์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปพวรรณ พัวพันประเสริฐ, 2550) แต่พบว่าการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงถึง 43 วันต่อรายคิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 28,230 บาทต่อราย ทำให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากหน่วยงานใดได้ (กอบโชค จวงค์และบุปพวรรณ พัวพันประเสริฐ, 2550) ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมชาย จักรพันธุ์, 2543; โสรยา ศุภโรจน์, 2554)

การป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อย มีลักษณะที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (Kennedy. G. m, Scheep. G. K. and O'Connor, W.F, 2000) การป่วยซ้ำเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากที่มี

พฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecaver.faithweb.com/relapse.html>, 2000) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000; Meijel, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Birchwood and Spencer, 2001; เพชรี คันธสายบัว, 2544)

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยเพื่อลดหรือไม่ให้เกิดอาการป่วยขึ้นอีกในลักษณะของโรคเดิมที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงความคิดและการแสดงพฤติกรรมที่ชัดเจนออกมาในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker, 1995; Kennedy, et al, 2000; Meijel et al, 2003) จากการศึกษาของ Meijel et al (2003) วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2549) และโสธยา ศุภโรจณี (2554) พบว่าลักษณะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยมี 3 ลักษณะคือ 1) การรับรู้อาการเตือน คือเนื่องจากผู้ป่วย จิตเภทเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพอารมณ์และการรับรู้ที่เสื่อมถอย หากไม่ได้รับการดูแลป้องกันอย่างเหมาะสมจะเกิดความเสื่อมถอยขึ้นอย่างถาวรส่งผลให้ขาดความสามารถในการรับรู้ถึงอาการเตือนซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การจำแนกอาการเตือนได้สามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว 2) การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาคือความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเวช รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาทางจิต จากการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว(2549) และวันวิสา โพธิ์อิม(2555) ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาทำให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Lindstrom and Bingefors, 2000)

จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่เป็นของการอุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (มานิต ศรีสุภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สาธุพร พุ่มขาว, 2541; Townsend, 2006; โสธยา ศุภโรจณี, 2554) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อ

หน่วย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา (จงรัตน์ ลี้มพัฒนศิริ, 2548) มีการดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมโดยการหลีกเลี่ยง การโทษคนอื่น และการแยกตัว ทำให้ไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่เป็นตัวต้นเหตุได้ อีกทั้งการที่ไม่อยู่ในโลกความเป็นจริงทำให้ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ไม่สามารถจำแนกและจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำได้ ซึ่งโดยปกติมนุษยทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อกองไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bedworth, 1982)

จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะตกลงใจหรือตั้งใจวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ มักจะคาดหวังถึงประโยชน์และผลที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน เมื่อรับรู้ว่าการเตรียมการป้องกันการป่วยซ้ำเกิดประโยชน์ที่ช่วยลดความเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ก็จะเกิดเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง (Meijel et al, 2003; เพชร คันธสายบัว, 2544; วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549) 2) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลทั้งต่อความตั้งใจการลงมือปฏิบัติการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอุปสรรคเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทวาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำ ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากขึ้น 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การมีความรู้ความสามารถไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป้องกันการป่วยซ้ำได้สำเร็จ ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเอง 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยที่มสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549)

การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง จะลดการป่วยซ้ำ เพิ่มระยะเวลาในการอยู่บ้านและลดจำนวนการนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดและเป้าหมายสำคัญในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้จะได้รับการดูแลรักษาจนมีอาการดีขึ้นและได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามเดิม แต่การที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อยังไม่พร้อมคือ มีอาการทางจิตทุเลาแล้วจำหน่ายกลับบ้านทันทีโดยไม่มีโอกาสได้เตรียมความพร้อมที่จะปรับตัวเข้ากับสังคม (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; รัตติกร รัตนมงคล, 2551) และยังไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนต่างๆของอาการทางจิต รวมถึงการใช้ยาทางจิตอย่างต่อเนื่องที่บ้านก่อนการจำหน่าย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพ การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2536; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; รัตติกร รัตนมงคล, 2551) ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า1ครั้ง ก็พบว่ายังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก่อให้เกิดการป่วยซ้ำของตนเองอยู่ (Gulseren, Turgut, Yaprak & Kulyur, 1999) และยังพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการไม่สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Lindstrom and Bingefors, 2000) ซึ่งจากสาเหตุและปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้อง

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการดูแลที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคา และคณะ, 2548) จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น นอกจากพยาบาลจะต้องเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องเตรียมให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำรงชีวิตปกติเช่นเดิมให้มากที่สุดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านนั้น สิ่งที่สำคัญคือ ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการปฏิบัติกรดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและของครอบครัวอย่างชัดเจน เพื่อวางแผนในการดูแลและให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง (รัตติกร รัตนมงคล, 2551) ซึ่งในระหว่างให้การดูแลที่บ้านนั้นครอบครัวมักประสบกับการจัดการปัญหาทางจิตของผู้ป่วยเนื่องจากขาดการเตรียมความพร้อมและขาดความเข้าใจในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการหรือช่วยไม่ให้อาการทางจิตกำเริบอีก สิ่งนี้นับเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวที่จะต้องเตรียมความพร้อมและรับมือกับปัญหาทางจิตของผู้ป่วยในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2551) จากการศึกษาของ Bortol (1994) เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามี4ด้านคือ

1) ต้องการทักษะเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคุมการใช้ยาและการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงง่ายและอาการที่เหนือความคาดหมายของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สังคมไม่พึงปรารถนาหรือทำให้อับอาย 2) ต้องการความรู้ข้อมูลข่าวสารครอบครัวและผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและวิธีการรักษา ต้องการรับรู้ความจริงและแผนการรักษา การพยากรณ์โรค นอกจากนี้การศึกษาของ Salomon et al (1998) พบว่าร้อยละ 60 ของครอบครัวให้ข้อมูลว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการรักษาหรือการพยากรณ์โรค ยิ่งกว่านั้นร้อยละ 80 ของครอบครัวเชื่อว่าครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์หรือการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล 4) ต้องการสนับสนุนประคับประคอง สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะนำมาใช้ในการเปิดเผยความรู้สึกของพวกเขา และยังเป็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนและเรียนรู้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอีกด้วย ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก ในขณะที่ตัวครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลที่บ้านมีความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า ต้องการฝึกทักษะในการดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทางจิตและการดูแลผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วยและต้องการสนับสนุนประคับประคองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (Salomon et al 1998; รัตติกร รัตนมงคล, 2551)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคบ่อยๆ จากการใช้การใช้อารมณ์ต่อกัน การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือมีพฤติกรรมจู้จี้กับผู้ป่วยมากจนเกินไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; ธงรบ เทียนสันต์, 2556) ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภททำหน้าที่ดีขึ้น ช่วยป้องกันไม่ให้อาการกำเริบและป่วยซ้ำ ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากที่สุด เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโตและมีการพัฒนาการมาตลอดช่วงการดำเนินชีวิต ครอบครัวจึงมีบทบาทในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุดและเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ไม่ได้ส่งผลกระทบแค่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นแต่ยังพบว่าการส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำได้ ครอบครัวจะยังสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ตามปกติรวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมของตนเองได้ (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2551)

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยการป้องกันพฤติกรรมการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ผ่านมา มีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม จากการศึกษาของ โสรยา ศุภโรจณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้านคือด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการใช้ความสามารถและศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทำให้เกิดอัตโนมัติที่ค้นเชิงบวก เกิดความมุ่งมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ และในการศึกษาของวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์ (2549) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดพฤติกรรมการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นการช่วยเหลือที่ตัวผู้ป่วยให้ตระหนักและให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวและมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเบื่อหน่าย ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองไม่เหมาะสม ดังนั้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่นำครอบครัวผู้ป่วยที่ประกอบด้วยผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่าย (รัตติกร รัตนมงคล, 2551)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท คือ กิจกรรมการที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือหน่วยงานการบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้เหมือนบุคคลปกติ ซึ่งควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินค้นหาปัญหาความต้องการ การดำเนินการตามแผนและติดตามประเมินผลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะเป็นการจัดความสำคัญของลำดับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละระยะของอาการ รวมไปถึงการดูแลผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Rorden and Taft, 1990; รัตติกร รัตนมงคล, 2551) แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพโดยเน้นที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การจัดการอาการ และการจัดการกับ

อาการเตือนรวมถึงการจัดการให้หลายๆครอบครัว ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพของครอบครัว เพื่อให้ ครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา และการจัดการกับอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นในการดูแลตนเองและจะเพิ่มทักษะการอยู่ในสังคม (chien et al., 2005 ; ญัฐจิญา โสพิศพรมงคล, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยังคงมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ปัทมา ศิริเวช, 2552; ขนิษฐา สุขทอง, 2555) การวางแผนการจำหน่ายจึงมีความสำคัญ และมีเป้าหมายในการดูแลระยะยาว มีการสื่อสาร มีการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (Rorden and Taft, 1990) การวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจะเน้นเฉพาะช่วงเวลาก่อนการจำหน่ายและมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเรื่องอาการทางจิตและการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้จากข้อมูลอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีเพิ่มขึ้นในแต่ละปีที่ผ่านมาของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา ขาดความรู้ในการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ไม่รู้วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ไม่รู้และไม่สามารถจำแนกอาการเตือนของตนเองก่อนมีอาการกำเริบ รวมทั้งขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในเรื่องของการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวและสังคมสังคม (รัตติกร รัตนมงคล, 2551)

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิดของ Rorden and Taft (1990) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลของ Friedman (2003) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะดำรงชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องตามนโยบายที่ให้มีการบริการที่มีคุณภาพ ต่อเนื่องและเป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาล บ้านและชุมชน (Jackson, 1994) ซึ่งโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ตามแนวคิดของ Rorden and Taft (1990) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจำหน่าย เริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ อีกทั้งยังลดภาระการดูแลของครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีป้องกันการป่วยซ้ำและมุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนธิชัย, 2552) และมีอัตราการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ปัทมา ศิริเวช, 2552; ขนิษฐา สุขทอง, 2555) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาเป็นระยะเวลายาวนานทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจและความมั่นใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการป้องกันตนเองจึงเป็นแนวทางในการลดการป่วยซ้ำ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำไม่เหมาะสม (Meijel et al, 2003 ; โสรยา ศุภโรจณี, 2554) และพบว่ามีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องมี 3 ด้านคือ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Meijel et al, 2003 ; วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์; 2549; โสรยา ศุภโรจณี, 2554) หากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเตือนตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีการจัดการที่ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Jorgensen,P., 1998; Roe,et al., 2006; UNC, 2007) เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเตือนก็จะสามารถจำแนกอาการเตือนและรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติได้ ผู้ป่วยสามารถค้นหาวิธีเตรียมตนเองในการเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้ (อเนก สุภีรัตน์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปพวรรณ พัวพันประเสริฐ, 2550)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) ซึ่งกระบวนการการวางแผนจำหน่ายมี 3 ขั้นตอน คือ 1)การประเมิน เป็นการรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย 2)การสร้างแผนการจำหน่ายซึ่งเป็นผลจากการที่ได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรกมีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อการบำบัด มีการส่งเสริมป้องกัน ฟันฟู การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ 3)การยืนยันแผนการจำหน่าย เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม มาเป็นกระบวนการในโปรแกรม นำมาพัฒนาเป็นเนื้อหาในกิจกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) ที่กล่าวว่า คือการที่ครอบครัวควรเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางหรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและยังมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ พึ่งเกตุสุนทร, 2553) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทรจूरีย์ ถือทอง, 2550) ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก
- 2)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรค
- 3)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแล การรักษาพยาบาล การต้องการข้อมูลคำแนะนำ ความต้องการการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน
- 4)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค
- 5)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพา ระยะที่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน
- 6)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัว ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย และจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วน

ร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 6 กิจกรรมโดยมีขั้นตอนกระบวนการวางแผนการจำหน่าย 3 ขั้นตอน คือ 1)การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง 2)การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3)การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายครบทุกกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ๆละ 3 กิจกรรม (วันเว้นวัน) ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินและการรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างสัมพันธภาพซึ่งแรงวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหากำหนดเป้าหมายวางแผนการแก้ไขและเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ประเมินค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์จากพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสำเร็จ (Rorden and Taft, 1990) โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทร์จรรย์ ถีทอง, 2550)

ขั้นตอนที่2 การสร้างแผนการจำหน่ายโดยวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสาเหตุของโรค การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Rorden and Taft, 1990; รัตติกร รัตนมงคล, 2551)

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ป่วยในการแก้ปัญหการป่วยซ้ำ ฝึกการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการฝึกทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นใน

สถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ว่าตนเองไม่มีความสามารถต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นความคิดด้านลบ (Beck, 1976) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นคิดว่าตนเองมีความสามารถและมีแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำและเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ (Meijel et al, 2003; โสธยา ศุภโรจน์, 2554)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา เพื่อฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาและจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้จ่ายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว, 2544; วัฒนาภรณ์ พิบูลย์ อาลักษณ์, 2549)

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โดยการสนับสนุน และสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และมีการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่ ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์จากสังคม และชุมชนเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคม และชุมชนได้อย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวที่เหมาะสม (กาจนา ชัยเจริญ, 2547; รัตติกร รัตนมงคล, 2551)

ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยโดยการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหาหลังจำหน่าย เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย

และผู้ดูแลได้พูดความรู้สึก และปัญหาและอุปสรรค มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า สามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไป ปฏิบัติต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Rorden and Taft, 1990)

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10ว่าเป็นโรคจิต เภทและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชและ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10ว่าเป็นโรค จิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปทั้งเพศ ชายและเพศหญิงมีอายุ 20 – 59 ปี และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ตัวแปรตาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำอีก โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) การรับรู้อาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแยกแยะอาการทางจิต ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ซึ่งสามารถประเมิน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Meijel et al (2003) ปรับปรุงโดย โสรยา ศุภโรจน์ (2554)

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ผสมผสานรวมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆ ขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทร์จूरีย์ ถือทอง, 2550) ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน คือ 1)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก 2)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งการแต่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรคตั้งแต่วิธีแรก 3)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแล การรักษาพยาบาล การต้องการข้อมูลคำแนะนำ ความต้องการการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเบื้องต้น การรักษาพยาบาล

เบื้องต้นเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค 5)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วย มีภาวะต้องพึ่งพา ระยะที่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน 6)ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัว ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย และจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยส่งเสริมพัฒนาและจัดกระทำเพื่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง ทั้ง 3 ด้านคือ 1)การรับรู้อาการเตือน 2)การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา 3)การใช้ยาที่ถูกต้อง มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยา การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ พฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำและการดูแล ต่อเนื่องหลังจำหน่าย โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 6 กิจกรรมโดยมีขั้นตอนกระบวนการวางแผนการจำหน่าย 3 ขั้นตอน คือ 1)การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง 2)การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3)การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายครบทุกกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ๆละ 3 กิจกรรม (วันเว้นวัน) ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกลุ่ม ลักษณะกิจกรรมเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แจ่มชัดและวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหากำหนดเป้าหมายวางแผนการแก้ปัญหาและเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองอย่าง ประเมินค้นหาปัญหา ระบุนปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถระบุนปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์จากพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากให้เกิดผลสำเร็จ โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆ

ขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมในโปรแกรมต่อไป

ขั้นตอนที่2 การสร้างแผนการจำหน่ายโดยวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่2การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสาเหตุของโรค การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่3 อภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัวในการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำ ฝึกการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการฝึกทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ว่าตนเองไม่มีความสามารถต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นคิดว่าตนเองมีความสามารถและมีแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำและเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมที่4 พัฒนาทักษะการใช้ยาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งผลข้างเคียงของยา มีการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิตเวชสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการรักษาด้วยยาและสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาล้างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมที่5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนา ทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวที่เหมาะสม โดยการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้

การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวและสอนให้เด็กทักษะในสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ เพื่อบอกปัญหาความต้องการของตนเองและรับรู้ความต้องการของคนอื่นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาอย่างถูกต้องตรงกันและการสนับสนุนสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดหรือจากแหล่งขอความช่วยเหลือในชุมชน เพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญห

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเพื่อตรวจสอบระดับความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดความรู้สึก และปัญหาและอุปสรรค มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การจำแนกโรค ICD-10(The International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem 10 Revision) (2007) ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และการรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางด้านร่างกายและสมอง และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาการทางจิตสงบโดยมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว ได้รับจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และการให้ข้อมูลการดูแลตนเองที่บ้านก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำกับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนการจำหน่ายเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา เช่น การแนะนำเรื่องยา การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อหาวิธีการลดการป่วยซ้ำด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องป้องกันการป่วยซ้ำ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.2 การดำเนินโรค
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ
- 2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ
- 2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและป่วยไม่ซ้ำ
- 3.3 การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย

- 4.1 ขั้นตอนกระบวนการและความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย
- 4.2 บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

5. แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย

- 5.1 ความหมายของครอบครัว
- 5.2 ความหมายของครอบครัวมีส่วนร่วม
- 5.3 บทบาทของครอบครัวในการวางแผนการจำหน่าย

6. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

World Health Organization (2007) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem 10 Revision (ICD-10) ไว้ว่า โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญาดี แม้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยนานๆจะมีการสูญเสียการรับรู้ไปบ้าง

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition ; DSM-IV, 2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน (American Psychiatric Association, 2000)

Sadock and Sadock (2007) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ หลากหลายทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายไว้ว่าลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์และคณะ(2557) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ซึ่งทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ของผู้ป่วยแปลกไปจากสภาพความเป็นจริง

จากความหมายอาการดังกล่าวพอสรุปความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและพยาธิทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าพันธุกรรมในครอบครัว ในบุตรบุญธรรม และในคู่แฝดพบความเสี่ยงดังนี้คือ ลูกที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 12 ถ้าลูกที่มีทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 46 ขึ้นไป หรือในประวัติครอบครัวมีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทจะพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 8 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 15-17 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 40-50 แต่เด็กที่พ่อแม่บุญธรรมป่วยเป็นโรคจิตเภทและพ่อแม่ที่ให้กำเนิดไม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะไม่แสดงอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยาต้านโรคจิต ที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ ส่วนสารสื่อประสาท serotonin จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมี serotonin-2 receptor บริเวณ frontal cortex ลดลงและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ Serotonin (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งจากการศึกษาในระยะหลังเกี่ยวกับสารสื่อประสาท glutamate

พบว่าความผิดปกติของโรคจิตเภทนั้นอาจเกี่ยวข้องกับ glutamate เนื่องจาก receptor ของ glutamate คือ N-methyl-D-aspartic acid receptor มีการทำหน้าที่ลดลงทำให้เกิดสภาพไม่สมดุลระหว่างระบบ glutamate และระบบ GABA ทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับมี neuroplasticity บกพร่องไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองแนวคิดนี้ว่า การทำงานของในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆจุดที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองได้ว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคการเชื่อมต่อของระบบประสาทถูกรบกวน (disturbed neural connectivity)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) จากการศึกษาจะพบว่าสภาพแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ประชากรที่มีฐานะยากจนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆและมีภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และนอกจากนี้ยังพบว่ามีรายงานว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน และพยายามดึงเอาเด็กมาเป็นพวกของตนเอง ในที่สุดเด็กจะเกิดความลังเลใจ ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท หรือรวมถึงการที่บิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป ส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนเองได้เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ,2554)

1.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทคือมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกาย และพยาธิสภาพของสมอง

หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว (มาโนซ หล่อตระกูล, 2555 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2555) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนซ หล่อตระกูล, 2555) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มอาการทางบวก จะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งกลุ่มอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาด้วยยาโรคจิต (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) โดยกลุ่มอาการทางบวกจะมีอาการดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่สามารถพบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยที่หลงผิด คิดไปเองว่ามีคนมาคอยปองร้ายตนเอง (delusion of persecution) และผู้ป่วยที่มีความคิดว่ามีคน มาพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยที่สุด คือ หูแว่ว โดยพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เสียงแว่วอาจเป็นเสียงหรือคำพูดบางครั้งอาจ เป็นเสียงคนๆเดียวหรือหลายๆคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วยก็ได้

1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (disorganized thinking and speech) ขาดการ เชื่อมโยงของการพูด ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ บางครั้งพูดเรื่องราวไม่ ต่อเนื่องหรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (behavioral disturbances) ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรม รุนแรง ไม่สนใจการดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในที่ สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนโวยวายหรือด่าว่าหยาบคาย

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) โดยมีอาการดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออก ทางอารมณ์ ไม่สบตา

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจในการ ตอบคำถาม

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุก ชนิด ไม่สนใจจะเข้าร่วมการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

2.4 ขาดความสุข (anhedonia) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าคุณชีวิตไม่มีความสุข ขาดความสนุกสนาน ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือมีกิจกรรมรื่นเริงบันเทิงใจและกิจกรรมทางเพศ ขาดการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับใคร

2.5 ขาดความตั้งใจ (attention deficits) ผู้ป่วยจะไม่สามารถมุ่งมั่นให้ความสนใจ แน่วแน่อยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

การดำเนินการของโรค ส่วนใหญ่แล้วมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน คือ แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่สนใจสุขอนามัย มีพฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม จนญาติพี่น้องสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยก็จะแสดงอาการที่ชัดเจน เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอนและหลงผิด ในบางรายมักเป็นๆหายๆ ในขณะที่บางรายเป็นแบบเรื้อรัง ไม่หายขาด อาการจะทรงๆหรือทรุดลงตามลำดับ จนทำให้ผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกอาการของโรคจะเป็นลักษณะของอาการด้านลบที่เด่นชัด และต่อมาก็จะแสดงอาการทางด้านบวก เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการด้านบวกจะหมดไป แต่ยังคงอาการด้านลบไว้อยู่บ้าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1.2 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกต เห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียนและขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านมา จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan and Sadock, 1995 ; Kendell, 1993) และจากการศึกษา พบว่าก่อนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz ,Glazer, Mirza , Mostert, and Hafex , 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดขึ้นอาการกำเริบ จะเกิดอาการทางจิตเช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยาเกินขนาด หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทาง

จิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรก เมื่ออาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้กันมากที่สุดมีอยู่ 2 เกณฑ์คือเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 วินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition: DSM-5) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

A. ผู้ป่วยต้องมีอาการนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนโดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

1. อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง
2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก
3. มีอาการด้านการพูด (Disorganized speech) เช่น พูดคนเดียว พูดเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันขาดความต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ
4. มีพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรต่างจากคนปกติ (Grossly disorganized behavior) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic behavior)
5. อาการทางลบ (negative symptoms) เช่น มีอารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ พูดน้อย หรือไม่พูด

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (ระยะเวลาที่มีอาการอาจจะน้อยกว่า 1 เดือนได้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและการรักษานั้นได้ผล) และอาจรวมถึง prodromal หรือ residual phase โดยในช่วงนี้อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการแต่แสดงออกเบาเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆหรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือ สารเสพติด

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

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

2.โรคจิตเภทชนิดเฮบเฟรนิค (hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

3.โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบ เฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

4.โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้ จะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

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

6.โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post- schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

7.โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8.โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (other schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆที่กล่าวมาข้างต้น

9.โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.4 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต

ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่นมีปัญห่อื่นๆที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรงเพื่อควบคุมเรื่องยา มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชโดยเฉพาะ ระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ โดยการรักษาด้วยยานี้ใช้เพื่อลดอาการของโรคซึ่งไปขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะลดอัตราการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 30 (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) ดังนั้นการรักษาด้วยยาโรคจิตนั้นถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การรักษาแบ่งออกได้ 3 ช่วง คือ

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) คือการควบคุมให้อาการทางจิตสงบโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ของยาที่ทำให้อาการสงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตของยานั้นต้องใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นผล

1.4.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการทางจิตของผู้ป่วยสงบลงแล้วผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ

1.4.2.3 ระยะที่อาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทางจิตทุเลาลง แต่ก็ยังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกลับมากำเริบซ้ำ ในรายที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การควบคุมอาการด้วยการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ โดยขนาดยาจะใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าช่วงแรกๆ และจะค่อยๆลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดยาที่ต่ำที่สุดที่สามารถคุมอาการของผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอาจพิจารณาใช้ยาฉีดประเภทออกฤทธิ์นาน (long acting)

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกหลังจากที่อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วจึงจะพิจารณาว่าจะหยุดยาได้หรือไม่ หากสามารถหยุดยาได้จะต้องค่อยๆลดขนาดยาลงอย่างช้าๆและยังคงต้องมีการนัดเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองการรับประทานยานั้นอาจต้องรับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือในบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.4.4 การรักษาจิตสังคม (Psychosocial therapy) การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะเวลาอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาจิตสังคม ประกอบด้วย

ก. การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึงกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชการรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

ข. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ตัวอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก มีการช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหา ให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน ฝึกทักษะทางสังคม (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ค. นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

โดยสรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรค พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่าๆกัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิงส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวลแยกตัวออกสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา ปล่อยให้มียาอาการนานมากกว่า 1 เดือนจะทำให้มีอาการกำเริบ ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นมีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา และมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นต้องให้การพยาบาลในลักษณะตรงไปตรงมา เพราะผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีปัญหาด้านการรับรู้ การพูดยาวหรือพูดอ้อมค้อมจะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนไปและแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เนื้อหาสาระที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนคือความจริงหรือสิ่งไหนเป็นแค่การล้อเลียน ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย หลักการพยาบาลทั่วไปและการใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.5.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

(Leininger 1994 อ้างใน สิรินทร เขียวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแล และเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่โดยมีเป้าหมาย ของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

Watson (1989 อ้างใน สิรินทร เขียวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาลว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมาย

ของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียวนั้นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตถธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษารวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความข้างต้น เมื่อนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

1.5.2 หลักการพยาบาลทั่วไป

1.5.2.1 การพยาบาลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการดูแลสุขอนามัยตนเอง เช่น ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน ไม่แปรงฟัน เนื้อตัวและการแต่งกายสกปรกไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้า พยาบาลจึงต้องเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไป หากผู้ป่วยมีอาการหิวกระหายไม่ยอมดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะขาดสารน้ำสารอาหารซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ

ชนิดคงอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งหรือหุนหันขึ้นฝั่ง มักจะพบปัญหากล้ามเนื้อหดตึงและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนานๆ

1.5.2.2 การพยาบาลทางด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยคือ การหาความหมายของความคิด อาจทำได้ด้วยการสนทนาและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้ความจริงและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งบางครั้งความคิดของผู้ป่วยที่ถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรม อาจทำให้ผู้อื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแปรปรวนของความคิดและพฤติกรรม พยาบาลจะต้องหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยฟังสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น กับผู้ป่วยด้วย

การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะประสาทหลอนนั้น พยาบาลต้องส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยเห็นภาพในขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

1.5.2.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์ราบเรียบนิ่งเฉย ไม่สบตา แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติต่างๆของผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมสร้างพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.5.2.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขเพราะต้องใช้ระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง เป็นต้น พยาบาลต้องประเมินความสามารถทางสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานที่มีอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (สุวนีย์ เกี่ยววกิ่งแก้ว, 2554)

1.5.3 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวนีย์ เกี่ยววกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.5.3.1 การประเมินสภาพปัญหา การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆของผู้ป่วยเน้นการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องนำส่งโรงพยาบาล

เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.5.3.2 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป สุขอนามัย ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใดเพราะผู้ป่วยอาจมีอาการนอนไม่หลับจากการรบกวนของประสาทหลอน การได้รับสารอาหารและสารน้ำเพียงพอหรือไม่เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาไม่กินอาหาร เช่น มีอาการหวัดระแวงว่าอาหารมียาพิษ หรือกินอาหารมาจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) เพราะผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านอาการทางจิตมักมีอาการกระหายน้ำ ปากแห้งคอแห้ง การดื่มน้ำบ่อยในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากภาวะน้ำเป็นพิษได้ พยาบาลสามารถใช้การสังเกตการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย

1.5.3.3 การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาทั้งเนื้อหาความคิดและรูปแบบความคิด เช่น มีความคิดหลงผิด ความคิดไม่ต่อเนื่อง พยาบาลจึงต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นบ่งร้ายเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือไม่ มีความรุนแรงเพียงใด ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนหรือไม่และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.5.3.4 การประเมินด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอนพยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร มีอาการประสาทหลอนหรือไม่ เป็นลักษณะใดและเกิดขึ้นเวลาใด ผู้ป่วยมีการตอบสนองอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.5.3.5 การประเมินด้านพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยและอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา หรือมีพฤติกรรมวุ่นวายไม่อยู่นิ่งรบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อผู้อื่นและต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.5.3.6 การประเมินด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจิตเภทมักขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัว หวาดระแวง สูญเสียความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่เดิมของตนเอง พยาบาลต้องประเมินผู้ช่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือไม่อย่างไร พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพด้วยการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลไม่ควรเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยมากเกินไปเพราะจะทำให้เกิดผลเสียในด้านความไว้วางใจและขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไปได้

1.5.4 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วย โดยทั่วไปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะมีความสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยในขั้นต้น ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

- 1.5.3.1 เสี่ยงต่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการทางจิต
- 1.5.3.2 ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- 1.5.3.3 การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากขาดความกระตือรือร้นและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ
- 1.5.3.4 มีพฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 1.5.3.5 มีพฤติกรรมแยกตัวเนื่องจากขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 1.5.3.6 การสื่อสารทางสาจากพร่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลชีวเคมีในสมอง ก่อให้เกิดการสูญเสียการเชื่อมโยงความคิดทำให้การพูดขาดความต่อเนื่อง
- 1.5.3.7 สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน
- 1.5.3.8 ขาดความร่วมมือในการบำบัดรักษาเนื่องจากปฏิเสธความเจ็บป่วย มีความหลงผิดหวาดระแวง ไม่สุขสบายจากยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา
- 1.5.3.9 การจัดการกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการคิดแปรปรวนขาดทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

1.5.5 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับความแปรปรวนทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) โดยทุกแผนการพยาบาลควรระบุวัตถุประสงค์ประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริงโดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สิ่งที่ต้องพิจารณาในการวางแผนการพยาบาล ได้แก่

- 1.5.5.1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาทางการพยาบาลโดยประเมินจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะใด
- 1.5.5.2 ระบุข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหาเพื่อให้เกิดความชัดเจน
- 1.5.5.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับอะไรบ้าง
- 1.5.5.4 ระบุวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหา
- 1.5.5.5 วางแผนกิจกรรมการพยาบาล

1.5.6 การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาไปตามระยะการเจ็บป่วย ดังนี้

1.5.6.1 ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ (acute or crisis phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพยาบาลระยะนี้เน้นเรื่องความปลอดภัยและควบคุมอาการรุนแรงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งพยาบาลควรให้การพยาบาลดังนี้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง มีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และดูแลสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อนมีสุขอนามัยที่ดี ดูแลจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินผลอาการทางจิตและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะมีนงสับสน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

1.5.6.2 ระยะคงสภาพ (maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย แต่ยังคงเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตกำเริบ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) การพยาบาลในระยะนี้ คือ การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา โดยแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่อง ยาและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต การดูแลควบคุมอาการตนเอง พร้อมกับอธิบายถึงลักษณะอาการที่แสดงว่าจะเกิดการกำเริบของโรคกับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การช่วยเหลือบำบัด เช่น สัมพันธภาพบำบัด นิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด พร้อมกับให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.5.6.3 ระยะส่งเสริมสุขภาพ (health promotion phase) เป็นระยะที่อาการสงบ แต่อาจมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่บ้าง การพยาบาลในระยะนี้เป็นการป้องกันการกำเริบของโรคและมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการพัฒนาทักษะทางสังคม การดูแลตนเอง การรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเอง การมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ในชีวิตและการปรับปรุงตัวเองของผู้ป่วย การช่วยเหลือจะมุ่งเน้นไปที่การสอน แนะนำ ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว กลยุทธ์ที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตได้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.5.7 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้ทำการประเมินไว้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ในแผนการพยาบาล ซึ่งผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

1.5.7.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะทำร้ายผู้อื่นและไม่เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุในภาวะไม่รู้สติ

- 1.5.7.2 ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ และการบำบัดทางชีวะภาพ
- 1.5.7.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวดีขึ้น
- 1.5.7.4 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลและสังคมที่ดีขึ้น
- 1.5.7.5 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 1.5.7.6 ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ตามปกติ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกๆด้านจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน เพื่อที่จะดำเนินการให้การพยาบาลตามปัญหา ความต้องการ และระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง

2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ที่ให้ความหมายของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านพบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่พฤติกรรมนั้นๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นโดยทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า สามารถบอกระยะเวลา จำนวน อาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดขึ้นซ้ำได้ (Fallon, 1984; Lader, 1995 อ้างถึงใน Birchwood and Spencer, 2001: 1212)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือ เป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999) เป็นการปรากฏของอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรงเช่นเดิม หลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการแยะลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533; Birchwood and Spencer, 2001; เพชร คันธสายบัว, 2544) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของารรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) (Baker, 1995; Hennedynetnal, 2000 ; Meijel, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (Meijel et al., 2003) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีรายงานว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (Sandock and Sandock, 2000) จากการศึกษาของสมพร บุชราทิจและคณะ (2551) พบว่าการที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา โรคจะกำเริบมากกว่าคนรับประทานยาต่อเนื่องถึง 5 เท่า ถ้าโรคกำเริบแล้ว กว่าการรักษาจะรักษาให้หายกลับมาดีเท่าเดิมจนหาย อาจต้องใช้เวลาานานกว่า 2 ปี โดยเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วย น่าจะมีแนวโน้มหายจากโรคคือ อาการทางจิตหายไป สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและหายตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้เพียงร้อยละ 14 เมื่อรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีและร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์, 2533) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะป่วยซ้ำสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถ

กลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน จึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ

2.3 ปัจจัยของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยของการป่วยซ้ำ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการป่วยซ้ำนี้เนื่องจากมีสาเหตุมาจาก การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา ซึ่งความไม่ร่วมมือในการรักษานี้สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Christine Rummel-Kluge, 2006) ในผู้ป่วยจิตเภท การป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในผู้ป่วยบางรายการป่วยซ้ำทำให้อาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการป่วยซ้ำเสมอ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2550) ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือการไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ถูกต้องหรือไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา /
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือการมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างๆ การไม่พูดคุยและไม่สูงส่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยาหรือลดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษาคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มี ความหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ

2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

2.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอย ของบุคลิกภาพและมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงของการเสื่อมถอยของ บุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถใน การดูแล ตนเองของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541 อ้างใน โสรยา ศุภ โรจณี, 2554) ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ ดีเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (Gopinath and Chaturvedi, 1992 อ้างใน สลิต วงศ์สุรประ กิจ, 2541) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการ แสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2542) มีการเปลี่ยนแปลงด้าน การประกอบอาชีพ บางรายกลับไปช่วยทำงานได้ บางรายไม่ทำงาน ส่วนผู้ที่กำลังเรียนหนังสือไม่ กลับไปเรียนต่อ (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บทพร่องในด้านการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ติดสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลทำให้เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (จิตนา ลีละไกรวรรณ, 2542; ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมามีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2005; โสรยา ศุภโรจณี, 2554)

2.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้มาสู่ครอบครัว (รัชณี อุปเสน, 2541) บาง ครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำ ให้การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียด ซึ่งสาเหตุสำคัญคือการแสดงออกทาง อารมณ์สูง (เพชร คันธสายบัว, 2548) บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยโรคจิต เภทมีอาการกำเริบและเกิดภาวะตึงเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารเช้า ไม่ได้ เกิดความอ่อนล้าในการดูแล(ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) จากการศึกษาถึงบทบาทและ

ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือการพักผ่อนและผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

2.4.3 ผลกระทบต่อสังคม

ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตและทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่นทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวงหลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายข้าวของ เป็นต้น (Zygmunt et al., 2002)

2.4.4 ผลกระทบต่อประเทศ

การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากในแต่ละปีที่รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลด การเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่เน้นเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตัวเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นกิจกรรมในการดูแลตัวเองเพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสามารถรับรู้ถึงอาการเตือนและสามารถจัดการได้ก่อนการเจ็บป่วย มีวิธีการจัดการความเครียด ทราบแหล่งที่ขอความช่วยเหลือ และมีความรู้ทักษะในการใช้ยาได้ถูกต้อง (Meijel, et al., 2003)

3.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker, 1995; Kennedy, et al., 2000; Meijel, 2003) องค์ประกอบของคุณลักษณะของ

พฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการป้องกันตนเองไม่ให้อาการของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังนี้

3.1.1 การรับรู้อาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนนี้มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน (individualized) และมีความจำเพาะ (specific) สามารถพบอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระดับ (Meijel, et al, 2003) ดังนี้

1. ระดับปกติหรือคงที่ : รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวล เพิ่มขึ้นพักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้

2. ระดับปานกลาง: มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระวังคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร

3. ระดับรุนแรง: มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

ลักษณะอาการเตือน

Birchwood, et al. (1989) พบว่าอาการเตือนที่ผู้ป่วยและญาติสังเกตได้ก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ จำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety / Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวล และขาดสมาธิ

2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression / Withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแงียบแยกตัวไม่ยอมกินอาหาร รู้สึกไร้ค่าหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย

3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด แก้วร้าวรุนแรงไม่เป็นมิตร

4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (Incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมอง

ฐปภัท ศรีธรราริคุณ และธนา นิลชัยโกวิท (2543) จำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ทั่วไป เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าขาดความสนใจสิ่งต่างๆ กลัว วิตกกังวล มีความตึงเครียดสูง บางรายหงุดหงิด หรือก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ

2) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavior Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวจากสังคมและบ่อยครั้งที่พบว่ามีความวิตกกังวล

3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognitive Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแยลง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ

4) พบอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว ชี้อารมณ์หวาดระแวงหรือมีความรู้สึกที่ตนถูกควบคุมอยู่

การจัดการกับอาการเตือน

การจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Birchwood et al., 2000) ได้แก่

1. ระดับปกติหรือคงที่ ประกอบด้วย การทำจิตใจสงบ เช่น ฝึกโยคะ การทำสมาธิ การรับบริการจากศูนย์บริการสุขภาพจิต การพูดคุยปรึกษากับคนที่ไว้ใจ จัดการกับความวิตกกังวล เช่น เมื่อคิดอะไรให้จดบันทึกไว้ อะไรคือความคิดที่เด่นชัด สามารถอธิบายหรือมีมุมมองอื่นหรือไม่ จัดการกับปัญหา/ความเครียด ได้แก่ เขียนปัญหาที่เกิดขึ้น เขียนแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้ เลือกวิธีในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2. ระดับปานกลาง ประกอบด้วย รับประทานยาที่เพิ่มขึ้นตามที่แพทย์สั่งไว้ การผ่อนคลาย เช่น การนับเลขถอยหลัง การคิดทางบวก การนึกถึงธรรมชาติ การรับบริการจากศูนย์บริการสุขภาพจิตเป็นประจำทุกวัน การไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยา

3. ระดับรุนแรงควรไปรับการรับการรักษาที่โรงพยาบาลจัดการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเล็กน้อยๆค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (Herz and Melville, 1980; Heinrichs and Carpenter, 1985 ; Birchwood et al., 1989; ดวงจันทร์ บัวคลี, 2549; สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550)

สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำคือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแย่งเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะของอาการเตือนที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือนและมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดหมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิถีทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการป่วยซ้ำ (Hewitt and Birchwood, 2002)

3.1.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมประเชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการประเชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสำคัญกับการไม่สามารถประเชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวชเพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995)

การเตรียมการประเชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3.1.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหญ่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น Tardive dyskinesias, Extrapyramidal syndrome แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่พบมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการ

ใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (สมพร บุศราทิจ, 2551) การป้องกันการป่วยซ้ำจึงนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994) เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ ใช้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำร่วมกับมีความรู้และทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่สำคัญ นับว่ามีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549)

3.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและป่วยไม่ซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายปัจจัยและเป็นปัญหาที่พบได้มากนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากในการวางแผนให้การพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทดังนั้นการจำแนกปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำจึงเป็นสิ่งที่บอกลักษณะแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจากการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ (เพชร คันธสายบัว, 2554)

3.2.1 การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นสามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

3.2.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้ที่พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3.2.3 สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักรู้ถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยแต่งงานมีความครอบครัวทำให้มีหน้าที่ต้อง

รับผิดชอบมากขึ้น ความเครียดร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานจึงสามารถดูแลตัวเองได้ดี

3.2.4 การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิดก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นก่อนอยู่แล้ว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่เป็นซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานโดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

3.2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการบรรเทาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3.3 การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำคือการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำในการดูแลตนเอง โดยเน้นการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำอีก โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินได้โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อคำถาม แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การรับรู้อาการเตือน คือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแยกแยะอาการทางจิต ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา คือความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วย

ซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนืองให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ

3.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ ได้แก่ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่มีความรู้และความมั่นใจในเรื่องโรคและการดูแลป้องกันตนเอง และมีความคิด ดังนั้นบทบาทหลักของการพยาบาล คือ บทบาทการเป็นผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการสังเกตอาการเตือนและ

การจัดการ การเสริมสร้างแหล่งพลังงานอำนาจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งและสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยเกิดความคิด อึดอัดหงุดหงิด มีแรงจูงใจและมั่นใจในการแก้ปัญหาและเกิดพลังในการวางแผนดูแลตนเองต่อไปได้ ซึ่งเป็นการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

Birchwood et al., (1989) ศึกษาการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาการฝึกติดตามอย่างเป็นระบบ พบว่าอาการเตือนแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการวิตกกังวลหรืออ่อนวายนาย 2) อาการซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) อาการสูญเสียการควบคุมตนเอง 4) อาการเริ่มมีความผิดปกติทางจิตอาการเตือนที่ระบุได้มากที่สุดคือ อาการวิตกกังวลหรืออ่อนวายนายและอาการซึมเศร้าหรือแยกตัว

Baker (1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิว บรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษาสรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากขบวนการเรียนรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้ สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

Birchwood et al., (2000) พัฒนาแนวทางในการจำแนกและจัดการกับอาการเตือนของ กลับป่วยซ้ำของแต่ละคนเรียกว่า Back in the saddle (BITS) โดยกล่าวถึงการป้องกันการกลับป่วย ซ้ำ 5 ขั้นตอน ได้แก่ดังนี้คือ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณ เตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกติดตามอาการ เตือน 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการ ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18 – 55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกเริ่มและ ระยะเรื้อรังของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแมซซาชูเซตส์ตะวันตกเฉียงเหนือเป็นการศึกษาเชิง พรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการ อาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียดพบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ ประสิทธิภาพของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์ กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับการป้องกันการ ป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และการป้องกันการ ป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

Meijel et al., (2006) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากโรงพยาบาล กลางวัน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการ ป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกการเตือน ระยะประเมิน ระดับอาการเตือน และระยะจำแนกอาการเตือนโดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทาง สังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง พบว่าการติดตามอัตราการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 12.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ป่วยซ้ำร้อยละ 26.2 ที่ ระดับนัยสำคัญเท่ากับ.12

วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษรณ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย จิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือนจำนวน 60 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองจากการศึกษาสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ใน ระดับสูงกว่าการทดลอง

โสรยา ศุภโรจน์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

วันวิสา โพรธีอิม (2555) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน30คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองผลวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย

ในปัจจุบันการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นลงเฉลี่ย 2 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2553; ธงรบ เทียนสันต์, 2556) อีกทั้งในปัจจุบันพบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้น โดยมีความพยายามให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัวรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวมีความสำคัญในการที่จะดูแลผู้ป่วย (Hou et al., 2008) ระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จัดจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความพร้อมที่จะดูแลตนเอง เนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนหรือบ้าน การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการให้การดูแลและประสานการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำขาดตอนเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลาพื้นที่ในการดูแล เช่น โรงพยาบาล สถานพักฟื้นและบ้าน เป็นต้น การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (Discharge Planning) คือกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ

ตัวผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล โดยประกอบด้วย การประเมินปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่อง (พิกุล เจริญสกุลทรัพย์และคณะ, 2551)

ความหมาย

ศัพท์คำว่า “Discharge Planning” รวมทั้ง “After care” “Referral” “Post hospitalization care” เป็นศัพท์ที่ใช้กันบ่อยอย่างแพร่หลายในอดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อบ่งบอกถึงการเตรียมพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ทั้งนี้มีผู้โต้แย้งว่า การใช้คำดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรสับสนและเข้าใจผิดว่ากิจกรรมต่างๆจะกระทำก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับคำสั่งจำหน่าย (discharge) เท่านั้น (Urbanic & Makeehan, 1995) ปัจจุบันนักวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้มักใช้คำพูดว่า “การดูแลต่อเนื่อง” Continuing care หรือ Continuous care) แทน เพื่อให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแลระยะยาวได้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติบุคลากรส่วนใหญ่ยังคงคุ้นเคยกับคำว่า “Discharge Planning” และใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน

Rorden & Taft (1990) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการปฏิบัติการตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับการช่วยเหลือจากการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่หรือแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่ความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง

Marchette & Hoff (1994) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Armitage (1995) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กล่าวว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานที่หรือสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปสู่สถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านผู้ป่วย

Pichitpornchai (2000) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่รวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการลงมือปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ชลเวช ชวศิริ (2547) ให้ความหมายไว้ว่า การใช้ระยะเวลาที่พอเหมาะในการให้การรักษ ผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา

พิกุล เจริญสกุลทรัพย์และคณะ (2551) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคือกระบวนการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือ ประสานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ การประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

สรุปการวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายให้ได้รับการ รักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ครอบคลุมองค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลไปสู่นบ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ต่างๆ ในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่การประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือ ปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้สูงสุดและพึ่งพา ตนเองได้ โดยอาศัยความร่วมมือประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสหวิชาชีพตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้และญาติได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและ ต่อเนื่อง โดยกระบวนการเริ่มจากการรู้จักตัวผู้ป่วยและโลกของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมๆ ตัวผู้ป่วยและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตทั้งของ ผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใต้บริบทในสังคมของผู้ป่วยเอง และยังพบว่า ในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยนั้น ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงได้ฝังลึกอยู่ในผู้ปฏิบัติ (Tacit Knowledge) ซึ่งเป็นสิ่ง สำคัญในการพัฒนาตนเอง พัฒนวิชาชีพและองค์กร

4.1 ขั้นตอนกระบวนการและความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่ บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่บ้านต่อการให้การพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีผู้ศึกษาถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

นุชจรินทร์ โมระเสริฐและคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผน จำหน่ายสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้นานขึ้น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความรู้ความเข้าใจและ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแล/ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแล รักษาเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีความพึงพอใจมากขึ้น

MacGilp (1991) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทุกคนชอบที่ได้ กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ แสดงให้เห็น

ว่า การจะให้ผู้ป่วย จิตเภทกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

4.1.1 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับสู่สังคม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และครอบครัวมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติและพึ่งพาตนเองได้
4. ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
5. ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
6. ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

ปัจจุบันพบว่า ตัวจักรสำคัญที่ทำให้บุคลากรจำนวนมาก มุ่งพัฒนาวิธีการและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย มาจากประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้ที่มสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลควบคู่กันไปด้วยเพื่อป้องกันปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะ “quicker and sicker” กล่าวคือ การจำหน่ายที่เร็วขึ้นโดยที่ผู้ป่วยยังอาการไม่ดีพร้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำและอาการหนักมากยิ่งขึ้น (Ellers & Walker, 1993; พิภูล เจริญสกุลทรัพย์และคณะ, 2551)

4.1.2 องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย

องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Lundh Williams, 1997) พบว่าโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ แผนจำหน่ายผู้ป่วยอาจมีทั้งในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและที่เป็นทางการ ลักษณะที่ไม่เป็นทางการอาจจะเป็นการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วย ส่วนลักษณะที่เป็นทางการอาจเป็นแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูล หรือการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อในสถานบริการอื่นๆ ได้ทราบถึงความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยควรจะได้รับภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อตัวผู้ป่วยทั้งในแง่ของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจ รวมทั้งผลต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายของสถานบริการและการใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและเหมาะสมด้วย

โดยทั่วไป กระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ คือเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือแม้แต่นักเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย มิใช่รอจนผู้ป่วยจะกลับบ้านแล้วถึงวางแผนในการดูแล

4.1.3 ขั้นตอนกระบวนการของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย

- 1.การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
- 2.การวางแผนเป้าหมายร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ป่วย
- 3.การวางแผนจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- 4.การปฏิบัติตามแผนภายในกำหนดเวลาและมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งในสถานบริการและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย/การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

- 1.ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง
- 2.ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาบน้ำ
- 3.ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
- 4.เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย
- 5.ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า
- 6.การใช้ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชนคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไป
- 7.บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงาน การประสานงาน การทำงานเป็นทีมและการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน

4.1.4 ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

- 1.การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆภายใต้สัมพันธภาพที่ดี
- 2.การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนการจำหน่าย
- 3.การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน
- 4.การสนับสนุนจากหน่วยงานสู่บ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง
5. การมีส่วนร่วมของทีมบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลนอกจากจะเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำรงชีวิตปกติเช่นเดิม

ให้มากที่สุดเพื่อไปอยู่บ้านนั้น สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและของญาติอย่างชัดเจน เพื่อวางแผนในการดูแลและให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง Bortol (1994) ได้ศึกษาความต้องการของหรือผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่ามี 4 ด้าน ดังนี้

1. ต้องการฝึกทักษะครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยต่างแสดงความต้องการออกมาอย่างชัดเจนว่า เขาต้องการฝึกทักษะเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคุมการใช้ยาและพร้อมที่จะจัดการกับเหตุฉุกเฉินต่างๆ ผู้ดูแลจะต้องจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายหรืออารมณ์ที่เหนือความคาดหมายของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สังคมไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมที่ทำให้อับอายและอาการที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันซึ่งทำให้ตื่นตระหนกอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำอีก

2. ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวและผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและวิธีการรักษา พวกเขาต้องการรับรู้ความจริงและข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาโดยการใช้ยาแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค จากการศึกษาของ Salomon et al., (1988) พบว่า 60% ของครอบครัวให้ข้อมูลว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่พวกเขาให้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการรักษาหรือการพยากรณ์โรคยิ่งกว่านั้น 80% ของครอบครัวเชื่อว่าพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ

3. ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อว่า ประสบการณ์ของพวกเขาต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ประเมินค่าไม่ได้ แต่ในขณะเดียวกันพวกเขาก็ถูกขัดขวางและปิดกั้นโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังกล่าวกับเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่เขาได้แลกเปลี่ยนไปแล้วก็ไม่ได้ได้รับความสนใจครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยว่า พวกเขาทำงานเกินกำลังรู้สึกเหมือนตกลงไปในหลุมพราง อับอายและขุนเคืองใจครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอกับเจ้าหน้าที่

4. ต้องการสนับสนุนประคับประคอง Support group สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะได้นำมาใช้ในการเปิดเผยความรู้สึกของพวกเขา นอกจากนั้น ยังเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนและเรียนรู้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอีกด้วย การรักษาในระยะสั้น (Short term therapy) อาจเป็นสิ่งที่ต้องการ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขความรู้สึกอับอายต่อสังคมและการกล่าวโทษความเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยยังต้องการจะได้มีโอกาสผ่อนคลายจะช่วยลดความคับข้องใจในผู้ดูแลหลักและช่วยแบ่งเบาความต้องการอันมากมายของพวกเขาก็ลดน้อยลงได้ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้กล่าวมาให้ความกระจ่างได้เป็นอย่างดี

เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อคิดเห็นต่อไปนี้มีพื้นฐานจากความต้องการของครอบครัว โดยได้รับการยืนยันจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีม

การศึกษาส่วนใหญ่จะแนะนำให้สร้างความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ในการวางแผนการจำหน่าย วรรณกรรมที่กล่าวถึงกระบวนการดังกล่าว พบว่า วางแผนถูกมองว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของทีมสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่ง (disciplinary-specific) เท่านั้น (Pichitpornchai, 2000) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการจำหน่ายและพบว่า วรรณกรรมบางส่วนกล่าวถึงแพทย์ ควรเป็นผู้นำทีมโดยเป็นผู้รับผิดชอบในทุกส่วนของแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพราะแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้คุมประตู (gate keeper) หรือทางของกรับและจำหน่ายผู้ป่วยในทุกบริการ ในขณะที่วรรณกรรมบางส่วนกล่าวว่าแพทย์เป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกทุกคนสามารถเป็นผู้นำในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในรายที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ (expertise) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

การส่งต่อและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสุขภาพที่ดีขึ้น พยาบาลประจำโรงพยาบาลก็มีหน้าที่สำคัญในการเชื่อมโยงการบริการจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน โดยประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคลากรในรูปแบบต่างๆกันดังนี้

1. การติดต่อประสานงานกับพยาบาลชุมชนโดยตรง
2. การติดต่อประสานงานกับหน่วย Ambulatory care หรือ Home care ของโรงพยาบาล
3. การติดต่อประสานกับองค์กรเอกชน เช่น Nursing Home หรือมูลนิธิต่างๆ
4. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ที่เกี่ยวข้องในกรณี que ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าในการส่งต่อและการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องรู้ถึงแหล่งประโยชน์อื่นๆที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เช่น Home Care Agency, Support หรือ Self Health Group ศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชน ศูนย์สาธารณสุข โครงการอาสาชาดัดฟันที่บ้าน เป็นต้น สถานที่เหล่านี้ บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้รู้ถึงแหล่งที่สามารถให้บริการได้เมื่อเกิดปัญหา ตลอดจนมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานนั้นในการติดตามครอบครัวของผู้ป่วยต่อไป สิ่งสำคัญคือความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานระหว่างทีมงาน การสนับสนุนซึ่งกันและกันและความยืดหยุ่นของทีมงาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นต่อประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ยิ่งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมากขึ้นเท่าไร ผู้ป่วยก็จะมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลมากขึ้นเท่านั้น ผลของความสำเร็จในการเตรียมจำหน่ายจึงขึ้นอยู่กับ

การใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครอบครัว

Yamashita (1996) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้และพบว่า แหล่งสนับสนุนประคับประคองที่สำคัญของผู้ดูแลคือ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด คู่สมรส หรือ ลูกหลาน ในขณะที่บางคนให้ความสำคัญกับ Support group ที่ Day care center ของโรงพยาบาล ใน Support group ความวิตกกังวลทั้งหลายจะถูกรับฟัง การเปรียบเทียบและทำความเข้าใจซึ่งกันและกันกับผู้อื่นซึ่งมีประสบการณ์เดียวกัน การได้เห็นพ้องกับผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สบายใจและคลายความวิตกกังวล การได้ฟังเรื่องราวของผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้อื่นก็อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน จึงทำให้สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างจริงใจรวมทั้งการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์และการให้คำแนะนำภายในกลุ่ม ไม่เพียงแต่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเท่านั้น แต่ยังเป็นการทำให้พวกเขาเกิดความมั่นใจได้ว่า พวกเขาสามารถจะปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวินิจฉัยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ดูแล จึงต้องเพิ่มบทบาทของตนเองในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและช่วยให้พวกเขาจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆ เช่น การจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาในอเมริกาเหนือ พบว่า สมาชิกในครอบครัว มักจะขาดข้อมูลที่จำเป็นในการปรับตัวเมื่อต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเกิด Psycho-educational programs สำหรับผู้ดูแลขึ้น โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตและเทคนิคในการแก้ไขปัญหาเพื่อใช้ในการปรับตัว โดยเชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้จะช่วยให้เพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ เมื่อครอบครัวได้รู้ความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว พวกเขาจะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านคือ ปัญหาที่เกี่ยวกับการรับประทานยาและการดำรงชีวิตประจำวันของเขา รวมทั้งการทำงานและการได้รับการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล ปัญหาเหล่านี้ มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก

4.2 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพพร้อมกันโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะการวางแผนจำหน่ายจะต้องให้การดูแลนับตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกับสู่ชุมชน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมาก โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีบทบาทดังนี้ (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทัศนคติต่อโรค ทีมสหวิชาชีพ แหล่งประโยชน์ และศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

2) ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและเป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรในทีมผู้ป่วย และผู้ดูแล ประชุมและวางแผนร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

3) จัดกิจกรรมทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม โรคและแผนการรักษา

5) ให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนเป็นระยะๆและประเมินสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

7) บันทึกการวางแผนการจำหน่าย

8) ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

9) ร่วมประชุมปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงและพัฒนา

10) ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

Gikow, et al (1985) (อ้างถึงใน พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, 2551) ได้กล่าวถึงมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ 7 ประการคือ

1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการวางแผนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่มีการรวบรวมข้อมูล ในขณะที่เข้ารับการรักษา

2) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการวางแผนการจำหน่ายและสามารถเลือกการดูแลได้ตามกฎหมายและสิทธิของประชาชนคนหนึ่ง

3) การวางแผนจำหน่ายจำหน่ายควรริเริ่มโดยผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลควรยึดตามความต้องการของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ กฎหมายและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

4) การวางแผนจำหน่ายควรเป็นทีมสุขภาพ

5) กลไกการปรึกษาหารือหรือการประสานงานให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องควรเป็นการทำงานที่มีการวางแผนจากทางสุขภาพ

6) เอกสารในการวางแผนจำหน่ายต้องมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องและเื้ออำนาจความสะดวกในการจำหน่าย

7) มีการประเมินผลซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนจำหน่าย เพื่อจะได้ลดช่องว่างในการให้การดูแลสุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินนั้นจะต้องบ่งบอกถึงการกระทำทั้งในการวางแผนสุขภาพและการทำกิจกรรมทั่วไป

Field (1981) (อ้างถึงใน พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, 2551) ได้กล่าวว่า ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในกระบวนการวางแผนจำหน่ายไว้ 4 ประการ คือ

1) โรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด พึงทักษ์สิทธิของผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายป้องกันและแก้ไขปัญหาเมื่อเป้าหมายของทีมสุขภาพแตกต่างจากผู้ป่วย

2) โรงพยาบาลจะต้องตระหนักถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จริงในชุมชนของผู้ป่วยและสามารถใช้แหล่งเหล่านี้ได้เมื่อมีความต้องการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะ โรงพยาบาลต้องเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นแหล่งข้อมูลและเป็นผู้ประสานงาน

3) เมื่อประสบผลสำเร็จในการวางแผนการจำหน่าย โรงพยาบาลต้องก่อให้เกิดสัมพันธภาพในทีมสุขภาพ และสัมพันธภาพต้องอยู่บนพื้นฐานการยอมรับ การเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศความร่วมมือของทีมทำงานและมีการเปิดใจในการสื่อสารกัน ทำให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายง่ายขึ้น ทำให้ทีมสุขภาพและผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่

4) สิ่งที่สำคัญที่สุดที่โรงพยาบาลจะต้องทำให้บทบาทความรับผิดชอบต่อสังคมชัดเจนขึ้นในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุป โรงพยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นสมาชิกของทีมสุขภาพที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งญาติ/ผู้ดูแลทั้งกายจิต วิญญาณและสังคม โดยมีบทบาทตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย นับตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการประเมิน วินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลผลลัพธ์ร่วมกับการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นด้วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผล

5. แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นโดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอย่างมาก (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวปฏิบัติและแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมี

ความสุขโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ทูลภา บุพผาสังข์ 2545; อ้างใน ธีรพร เทียนสันต์, 2556)

5.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (อ้างใน อุมาพร ตรังสมบัติ, 2554) ได้ให้นิยามครอบครัว (Family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิดการแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร และปู่ย่าตายาย เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายของครัวว่าคือกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นใกล้ชิดกันและมีความรักซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกันทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพพึงพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความรับผิดชอบดูแลสุขอนามัยแก่สมาชิก ซึ่งขับเคลื่อนและพัฒนาชีวิตให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

5.2 ความหมายของครอบครัวมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมอง ดังนี้ Lee and Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า คือการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งการดูแลทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและชุมชน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาล

Friedman (2003) กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการในการสื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล กระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนและให้คำแนะนำ ผู้ศึกษาจึงได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 บทบาทของครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สำคัญที่สุดในสังคม แต่เป็นหน่วยที่มีความสำคัญที่สุดและมร บทบาทอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทตามสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่ง Friedman (2003) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้ดังนี้

5.3.1 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention) คือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การ ปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว แต่การปรับเปลี่ยนของครอบครัว ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

5.3.2 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom Experience Stage) ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ให้ความหมาย ของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการและความ ตระหนักหรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันจากสิ่งที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่ เกิดขึ้นนั้นๆ

5.3.3 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) สามารถตัดสินใจเมื่อใดที่ผู้ป่วยจิตเภทควรรับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

5.3.4 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิทำหน้าที่ส่ง ต่อผู้ป่วยจิตเภทต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลต่อไป

5.3.5 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้มากน้อยระดับไหนและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่า อาการดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าจะต้องหายขาดจากความเจ็บป่วย ได้เร็วในระยะเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเภทจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

5.3.6 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูผู้ติดสุรา หรือฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย

6. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

การวางแผนจำหน่ายโดย Rorden & Taft (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นในระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของความต้องการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีเป้าหมายระยะยาวคือ การได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจน รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่องโดยการดูแลไม่เพียงแต่เป็นการดูแลทางกายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิตและสังคม เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) โดยการดูแลต้องรวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล การปฏิบัติการพยาบาลโดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพและมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีปฏิสัมพันธ์โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางประกอบด้วยการวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินเป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งกาย จิต สังคม และต้องประเมินประสบการณ์ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การสร้างแผนการจำหน่ายเป็นผลมาจากกาได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรก มีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติมีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว

3. การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การกำหนดแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อการเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น สรุปว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการปฏิบัติโดยมีพยาบาลและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายตามขั้นตอนของขบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังคงอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการวางแผนจำหน่าย

ต้องเริ่มตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลที่บ้านและชุมชนหลังจำหน่าย มีการส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติสุข

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดการวางแผน จำหน่าย Rorden & Taft (1990)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย เป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปการกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งกาย จิต สังคม และต้องประเมินประสบการณ์ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยและผู้ครอบครัว เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดประเมินค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาคำหนดเป้าหมายวางแผนการแก้ปัญหาและเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ประเมินค้นหาปัญหาระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์จากพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสำเร็จ (Rorden and Taft, 1990) โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทร์จรัสย์ ถือทอง, 2550)</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปการบูรณาการของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดการวางแผนจำหน่าย Rorden & Taft (1990)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม รวม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรก มีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติมีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>ขั้นที่ 2 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งการแต่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรค</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแล การรักษาพยาบาล การต้องการข้อมูลคำแนะนำ ความต้องการการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายโดยวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสาเหตุของโรค การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ และการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัว ในการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำ ฝึกการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการฝึกทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ตัวเองไม่มีความสามารถต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นคิดว่าตนเองมีความสามารถและมีแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำและเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังออกจากโรงพยาบาล</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปการบูรณาการของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดการวางแผน จำหน่าย Rorden & Taft (1990)	แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
	<p>ขั้นที่4 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค</p>	<p>กิจกรรมที่4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา เพื่อฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาและจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปการบูรณาการของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดการวางแผน จำหน่าย Rorden & Taft (1990)	แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
	<p>ขั้นที่ 5 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพา ระยะที่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับ</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โดยการสนับสนุน และสอนผู้ป่วยและครอบครัวในการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้และมีการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์จากสังคมและชุมชนเพื่อให้เกิดความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องได้โดยแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคม และชุมชนได้อย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวที่เหมาะสม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปการบูรณาการของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดการวางแผน จำหน่าย Rorden & Taft (1990)	แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การกำหนดแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อการเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน</p>	<p>ขั้นที่ 6 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยโดยการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหาหลังจำหน่าย เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดความรู้สึก และปัญหาและอุปสรรค มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นวนพร จิรังกร (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าโมก จำนวน 20 ราย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจำหน่าย

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนการจำหน่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายและแบบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนการได้รับการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัททิรา บัวจันทร์ (2548) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและทักษะในการดูแลผู้ป่วย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ เจตคติและทักษะในการดูแลผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมการวางแผนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า การวางแผนจำหน่ายมีผลทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรนำแผนการจำหน่ายเข้าไปเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีต่อไป

นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ (2549) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 61

คน โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชา กระบวนการให้คำปรึกษาและโปรแกรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานครีษการโรครจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ สามารถอยู่ในสังคมได้นานขึ้น ไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรครจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแล / ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นตลอดจนมีความพึงพอใจมากขึ้น

พิกุล เจริญสุกุลทรัพย์ และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาผลการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 36 ราย จากผลการศึกษาพบว่าระบบในการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนจำหน่าย การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล ผลการพัฒนาระบบพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุ 21-30 ปี การศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพโสด อาชีพทำนาและภูมิภาคนาจังหวัดอุบลราชธานี มีอาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพได้พัฒนาให้เป็นระบบที่ชัดเจนโดยการนำปัญหาจากการปฏิบัติที่ผ่านมาเชื่อมโยงกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ปัจจัยที่ทำให้ระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและควรมีการสอนงาน หลังการอบรมและให้คำแนะนำช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

โสธยา ศุภโรจน์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันวิสา โพธิ์อ้อม (2555) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน แบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อดิศักดิ์ ชัยศิริ และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง

Youssef (1987) ได้ทำการศึกษาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเวชก่อนการจำหน่าย จุดประสงค์เพื่อเตรียมความรู้และช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจครอบครัวมากขึ้นตลอดจนทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

MacGilp (1991) ได้ทำการศึกษาวิจัยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 48 คน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนและการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการพวกเขาได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ แสดงให้เห็นว่า การจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

W. Reynolds (2004) ได้ศึกษาเรื่อง The effect of a transitional discharge model for psychiatric patients มีวัตถุประสงค์ที่จะทดสอบรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 11 คนและกลุ่มทดลอง 8 คน โดยทำการประเมินอาการที่รุนแรง ระดับในการปฏิบัติหน้าที่ คุณภาพชีวิต และอัตราการรักษาซ้ำ พบว่าในช่วง 5 เดือน กลุ่มควบคุมมีอัตราการรักษาซ้ำ 5 คน กลุ่มทดลอง 2 คน ผลประเมินอาการที่รุนแรงพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านความก้าวร้าวและปัญหาครอบครัวซึ่งพบในทั้งสองกลุ่ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิดของ Rorden and Taft (1990) ผสมผสานกับร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย และจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสมมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มี 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมิน รวบรวมข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแล เพื่อประเมินและค้นหาปัญหาาร่วมกัน 2) การสร้างแผนการจำหน่ายโดยวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรก 3) การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยโดยการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมพัฒนาและจัดกระทำเพื่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง ทั้ง 3 ด้านคือ 1) การรับรู้อาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย Rorden and Taft (1990)แบบครอบครัว

มีส่วนร่วม Friedman (2003)

ขั้นตอนที่1 การประเมินและการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแล

ต่อเนื่อง มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหาและ
กำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่2 การสร้างแผนการจำหน่ายโดยวางแผนพัฒนาความสามารถในการ
ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การ
รักษาการ จัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่3 อภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการ
เสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่4 พัฒนาทักษะการใช้การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
ทางจิต

กิจกรรมที่5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายใน
ครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือ
และสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรม
ดังนี้

กิจกรรมที่6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไป
ใช้ในการจัดการกับปัญหา

พฤติกรรมป้องกันการ
ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

(Meijel, et al 2003)

ประกอบด้วย

1. การรับรู้การเตือน
2. การดูแลตนเองด้าน
การเตรียมเผชิญ
ปัญหา
3. การใช้ยาที่ถูกต้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบในการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- O₂ หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- X หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- O₃ หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD10 และเข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ขึ้นไปที่เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD10 ที่เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปและผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยจิตเภท

- 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีอาการทางจิตสงบ โดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ครอบครัว

- 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง
- 2) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วย มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมีภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงในระหว่างการวิจัย จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตาม โปรแกรม
3. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของโสธยา ศุภโรจน์ (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต มาร่วมกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80% และนัยสำคัญที่ .05 พบว่าต้องการอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่าคนที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมากๆจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนดผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่าคนที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมากๆจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552)
4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตทำการศึกษาโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยพิจารณาแล้วว่างานวิจัยนี้ไม่ละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วยและอนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2559 – เดือน พฤษภาคม 2560 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยพัฒนาตามแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) ผสมผสานแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) ในการจัดกิจกรรมโดยมีเนื้อหาครอบคลุมโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียด 6 กิจกรรม

รายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมาย ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้วิธีการสื่อสารที่ดีซึ่งจะต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นเป็นกันเอง ยอมรับและเคารพนับถือในสิทธิแลความมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนา และจริงใจที่จะช่วยเหลือ ความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด การมีความรู้สึกร่วม เป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรู้สึก และบรรยายถึงความนึกคิดได้ การแสดงความเอาใจใส่ เป็นท่าทีและบุคลิกที่จะต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟัง ความเชื่อที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปสู่การยอมรับการรักษา

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อการประเมินค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างสัมพันธภาพซึ่งแจ่มชัดประจักษ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหากำหนดเป้าหมายวางแผนการแก้ปัญหาและเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองอย่าง ประเมินค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์จากพฤติกรรมกำบังการป่วยซ้ำของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสำเร็จ (Rorden and Taft, 1990) โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทร์จรรย์ ถือทอง, 2550)

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

คนเราทุกคนได้รับการปลูกฝังมาจากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันซึ่งทำให้มีความคิดพื้นฐานทางจิตใจที่แตกต่างกัน กระบวนการกลุ่ม (Group Dynamic) จึงเป็นวิธีหนึ่งในการปรับสภาพกลุ่มคนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกันภายใต้อิทธิพลของกลุ่มที่จะบีบบังคับพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่ม

แสดงศักยภาพออกมาในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ นั่นคือความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพัฒนากลุ่มบุคคลให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ในระยะเวลาอันสั้น โดยได้ทั้งความสนิทสนม ความสนุกสนาน ความพร้อมที่จะร่วมมือกันในการทำงานต่อไป โดยมีขั้นตอนการสลายพฤติกรรม การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การเกิดปฏิสัมพันธ์ สร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่ม การระดมความคิด และการประเมินผล ซึ่งในการทำกลุ่มบำบัด (Group Therapy) มีการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติและพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551)

ตามแนวคิดของ Rorden & Taft (1990) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการอภิปรายถึงหัวข้อ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสาเหตุของโรค การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งการสอนที่ดีต้องมีการวางแผนมีเป้าหมายการสอนที่ชัดเจน โดยสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาและการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดการยอมรับตนเองและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถพัฒนาตนเองได้ รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนในผู้ดูแลพยาบาลจะส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยได้ ได้แก่ การสังเกตอาการทางลบโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้และวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น มีการอธิบาย การให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้จะต้องได้รับคำแนะนำถึงปัจจัยเสี่ยง มีการยอมรับการรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสมเมื่อพวกเขาได้รับการอธิบายที่กระจ่างชัดจากทีมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกัน อภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ป่วยในการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำ ฝึกการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการฝึกทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ว่าตนเองไม่มีความสามารถต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นคิดว่าตนเองมีความสามารถและมีแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำและเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการใช้ยาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา เพื่อฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิตเวช ซึ่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาและจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาล้างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมครั้งที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

การพัฒนา ทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม และการใช้แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมโดยการสนับสนุน และสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และมีการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันที่ ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์จากสังคมและชุมชนเพื่อให้

เกิดความช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคม และชุมชนได้อย่างมีความสุข

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหาหลังจำหน่าย เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้พูดความรู้สึก และปัญหาและอุปสรรค มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติต่อเนื้อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว โดยใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ผสมผสานร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษานักจิตเภทเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์นำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีประเด็นที่ต้องแก้ไข สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ปรับเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้มีความชัดเจนและครอบคลุม และปรับเพิ่มเนื้อหาในส่วนของคุณ่มือความรู้ที่ให้ ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ได้ปรับแก้ไข

2. ปรับปรุงรูปแบบการเขียน วัตถุประสงค์ การประเมินผลควรเขียนเป็นแบบ KAP

หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้

จากการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ พบว่าการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นไปได้อย่างดี มีเพียงปัญหาในเรื่องของเนื้อหาในกิจกรรมที่ 3 ที่ใช้เวลาเกินกำหนด เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองจึงได้ทำการปรับเวลาให้มากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดี

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาครั้งก่อน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Meijel (2003) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดย โสรยา ศุภโรจน์ (2554) เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วย 14 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน

- 1) ด้านการรับรู้อาการเตือน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-5
- 2) ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6-9
- 3) ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 10-14

ข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามทางบวก โดยกำหนดให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด

แบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนน

การประเมินทำโดยประเมินข้อคำถามในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คำนวณหาคะแนนรวม โดยกำหนดค่าความหมายของคะแนนดังนี้

คะแนน 63-70 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากที่สุด
 คะแนน 49-62 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมาก
 คะแนน 35-48 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำปานกลาง
 คะแนน 21-34 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำน้อย
 คะแนน 14-20 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถาม กับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเลย
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยม

หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น ทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร ซึ่งค่าดัชนีความตรงที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยรัตน์, 2555) จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านเพื่อนำมา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยรัตน์, 2553)

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

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 12/14 = .85$

พบว่าได้เท่ากับ .85 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 2 ให้ระบุให้ชัดเจนว่า คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย ให้ปรับเป็นค่าง่ายๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ

1.2 ข้อคำถามที่ 4 และ 5 ให้ระบุอาการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ สถิตยน์รางกูร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท ของ ญัฐริญา โสพิศพรมงคล (2555) เป็นเครื่องมือทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย โดยใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที มีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาในกิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการทางลบ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้แสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การใช้ประโยชน์จากแหล่งความช่วยเหลือในสังคมและชุมชน เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถาม 20 ข้อ ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยถือเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยต้องให้ได้ทั้งหมด 16 คะแนนขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อแล้ววัดซ้ำอีกครั้ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ถูก ได้คะแนน 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 ท่าน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในส่วนของแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 7 ปรับจาก คนที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการอะอะอาละวาด ทำร้ายผู้อื่น พุดจาสับสนควรใช้คำว่า “อาจจะ” แทนคำว่า “จะมี”

1.2 ข้อคำถามที่ 14 เพิ่มเติมจาก ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า ฯลฯ เป็น ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการยังไม่รุนแรงหรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม ส่วนใหญ่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า ฯลฯ

1.3 ข้อคำถามที่ 15 ผู้ป่วยจิตเภท ควรมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของหมู่บ้านเช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา หรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่น จะทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ปรับจาก หมู่บ้าน เป็น สังคม

1.4 ข้อคำถามที่16 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ผู้ป่วยควรปรึกษา พูดคุยกับคนที่ใกล้ชิด หรือ คนที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ปรับเพิ่มรายละเอียด เป็น ควรปรึกษาพูดคุยกับคนใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว พ่อแม่ พี่น้องหรือคนที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

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

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 19/20 = .95$

2. การหาค่าความเที่ยง (Relibility) นำแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

2.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัวของ ญัฐจิญา โสพิศพรมงคล (2555) เป็นเครื่องมือ ทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของสมาชิกในครอบครัวโดยใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที มีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาในกิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการทางลบ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้แสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การใช้ประโยชน์จากแหล่งความช่วยเหลือในสังคม และชุมชน เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถาม 20 ข้อโดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยถือเกณฑ์ผ่าน 80 % ขึ้นไป สำหรับผู้ดูแลต้องให้ได้ทั้งหมด 16 คะแนนขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อแล้ววัดซ้ำอีกครั้ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ถูก ได้คะแนน 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 ท่าน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในส่วนของแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการ ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น ปรับจากคำว่า “จะมีอาการ” เป็น “อาจจะมีอาการ”

1.2 ข้อคำถามที่ 4 สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือการได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ ปรับจากคำว่า “เป็นปัจจัยที่” เป็น “ปัจจัยหนึ่ง”

1.3 ข้อคำถามที่ 7 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ ควรให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเหมาะสมในช่วงเวลากลางวัน เช่น การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

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

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 19/20 = .95$

2.การหาค่าความเที่ยง (Relibility) นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทและอาการข้างเคียงจากยาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและแนวคิดพฤติกรรมป้องกัน การป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้งานวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาล

1.5 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย 1คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย



ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามเพศและและจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	เพศ	จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	เพศ	จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
1	หญิง	หญิง	2	2
2	ชาย	ชาย	3	3
3	หญิง	หญิง	6	7
4	ชาย	ชาย	11	12
5	หญิง	หญิง	12	13
6	ชาย	ชาย	3	5
7	หญิง	หญิง	2	2
8	ชาย	ชาย	3	4
9	หญิง	หญิง	2	3
10	ชาย	ชาย	7	8
11	หญิง	หญิง	7	9
12	ชาย	ชาย	5	5
13	หญิง	หญิง	3	4
14	ชาย	ชาย	3	5
15	หญิง	หญิง	4	5
16	ชาย	ชาย	9	10
17	หญิง	หญิง	10	10
18	ชาย	ชาย	16	18
19	หญิง	หญิง	17	20
20	ชาย	ชาย	5	5

หมายเหตุ จับคู่เข้ากลุ่มตามจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยจัดเป็นช่วง คือ
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-5 ครั้ง
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6-10 ครั้ง
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 11-15 ครั้ง
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 16-20 ครั้ง
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21-25 ครั้ง
 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 26 ครั้งขึ้นไป

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยที่ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 เริ่มการดำเนินกิจกรรมในช่วงภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย จากนั้นเริ่มดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ครั้งละ 60 นาที จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด

2.3 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการดำเนินการตามโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามวัน เวลาและสถานที่ที่ได้กำหนดไว้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 วันที่ 2 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่ 1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่ 2 13.30-14.30		1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรม 3. เพื่อวัดพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายวางแผนแก้ไขปัญหา 5. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนได้

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>สัปดาห์ที่1 ครั้งที่ 2 วันที่ 4 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่2 13.30-14.30</p>	<p>ขั้นตอนที่2การวางแผนพัฒนา ความสามารถในการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง กิจกรรมที่2 การเสริมสร้าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภท การรักษาการจัดการกับ อาการทางลบและโอกาสเสี่ยง ต่อการป่วยซ้ำ</p>	<p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ และ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้หลีกเลี่ยง การป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลได้</p>
<p>สัปดาห์ที่1 ครั้งที่ 3 วันที่ 6 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่2 13.30-14.30</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันอภิปราย ถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิด การป่วยซ้ำและการเสริมสร้าง พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถระบุ อาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัย ที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุความคิด และความรู้สึกและพฤติกรรมของ ตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ ฝึกติดตามอาการเตือนและวางแผน จัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นใน อนาคตได้ 4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะ ในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง 5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะ วิธีการดูแลตนเองด้านการเตรียมการ เผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p>

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>สัปดาห์ที่2 ครั้งที่ 4 วันที่ 9 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่2 13.30-14.30</p>	<p>กิจกรรมที่4 พัฒนาทักษะการใช้ยาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช</p>	<p>1.ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยาสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ 2.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง</p>
<p>สัปดาห์ที่2 ครั้งที่ 5 วันที่ 11 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่2 13.30-14.30</p>	<p>กิจกรรมที่5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม</p>	<p>1.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้และมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการที่เหมาะสมและสามารถบอกแหล่งความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้</p>

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 6 วันที่ 13 พ.ค.2559 เวลา 60 นาที ช่วงเช้า กลุ่มที่ 1 10.00-11.00น. ช่วงบ่าย กลุ่มที่ 2 13.30-14.30	ขั้นตอนที่ 3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา	1. เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้าน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้ดีและเหมาะสมมากขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจในการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ติดตามประเมินผล 1 สัปดาห์ วันที่ 20 พ.ค.2559		

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมาย ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา

ลักษณะกิจกรรม รายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผน
จำหน่าย
4. เพื่อช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายวางแผนแก้ไขปัญหา
5. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหามา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แผ่นพลิกแสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม
2. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
4. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยเตรียมความพร้อมให้กับสมาชิกเพื่อประเมินสภาพอาการ เพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจ โดยกล่าวทักทาย ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไป แนะนำตนเอง จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมการวางแผน
จำหน่าย แจกกิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะ
ได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ขอความร่วมมือในการลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและทำแบบสอบถาม
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ก่อนเข้ากลุ่ม
4. ชักถามข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ดูแล
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ ความ
เชื่อ ความรู้สึกและความคาดหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและประสบการณ์เกี่ยวกับ
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย รวมทั้งเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของ
ตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปัญหาและหา
แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสมหลังจำหน่าย
6. เมื่อสมาชิกได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วย
ตนเองแล้วจึงยุติสัมพันธภาพ
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

ประเมินผล หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถเปิดเผยและบอกเล่าเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนิน
ชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกและความคาดหวังจากการเจ็บป่วยด้วย
โรคจิตเภท และประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย รวมทั้งเปิดเผยเรื่องราว
ที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

เข้าใจและยอมรับปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมายความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม รายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานความรู้เรื่องโรคจิตเภทและเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

2. ใบงานสถานการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

2. เพื่อให้สมาชิกและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่มโดยการทักทายสมาชิก ให้สมาชิกแนะนำตนเอง หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม

“ขณะนี้ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านป่วยเป็นอะไรและมาโรงพยาบาลด้วยอาการอย่างไร?”

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์

“ท่านคิดว่าโรคจิตเภทรักษาหายได้หรือไม่?”

“ท่านรู้หรือไม่ทำไมต้องกินยา?”

4. ผู้วิจัยสรุปที่สมาชิกแต่ละคนพูดและผู้วิจัยบรรยายถึงความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา

5. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม

“อาการทางจิตกำเริบของท่านเป็นอย่างไร?”

“ท่านจะทำอะไรเพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ? ”

6. ผู้วิจัยสรุปที่สมาชิกแต่ละคนพูดและบรรยายเรื่องโอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการทางลบ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
8. ผู้วิจัยแจกใบงานเกี่ยวกับสถานการณ์ให้สมาชิกและอ่านสถานการณ์แล้วให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และค้นหาคำตอบตอบคำถามลงในใบงาน
9. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอสิ่งที่กลุ่มได้วิเคราะห์หาคำตอบ
10. ผู้วิจัยวิเคราะห์การนำเสนอและช่วยสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมอีกครั้งและ ให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ได้ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้พร้อมทั้งกล่าวชมเชยให้กำลังใจ
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

ประเมินผล

สมาชิกกลุ่มสามารถบอกเล่าความเจ็บป่วยของตนที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ได้ โดยบางคนบอกว่า มีอาการทางจิตกำเริบ บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว บางคนไม่รับประทานยา บางคนทราบว่าตนเองเป็นโรคจิต แต่ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคจิตประเภทไหน บางคนก็บอกว่าตนเองจำเหตุการณ์ไม่ได้และหลังได้รับความรู้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาความรุนแรงหรือผลกระทบจากการป่วยซ้ำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรค ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า การรับประทานยาทำให้อาการทางจิตไม่กำเริบและรู้วิธีการจัดการกับอาการกำเริบเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวงหรือมีอาการคล้ายกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ให้บอกคนในครอบครัวหรือมาพบแพทย์ทันทีและมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้ามากขึ้น ผู้ป่วยให้ความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ในใบงานได้อย่างถูกต้องผู้ดูแลสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาความรุนแรงหรือผลกระทบจากการป่วยซ้ำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรค และการจัดการกับอาการได้เร็วเมื่อสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้ และการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ และ “เพิ่งรู้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่น่ากลัวเหมือนที่เห็นจากในละครหรือในภาพยนตร์ ไม่อันตรายเหมือนที่เข้าใจไว้ก่อนหน้านี้ บางคนคิดว่า การทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจะคล้ายคนถูกไฟดูดหรือไฟช็อตจะต้องเจ็บและทรมานมาก”

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมที่3 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ ประสบการณ์ การสร้างทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1.ใบงานความรู้
- 2.ใบงานสถานการณ์และใบความรู้เรื่องลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท
3. แบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉัน แบบบันทึกสัญญาณการป่วยซ้ำและการจัดการ

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้สมาชิกและผู้ดูแลสามารถระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ
- 2.เพื่อให้สมาชิกสามารถระบุความคิดและความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้
- 3.เพื่อให้ผู้สมาชิกและผู้ดูแลสามารถฝึกติดตามอาการเตือนและวางแผนจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในอนาคตได้
- 4.เพื่อให้สมาชิกมีทักษะวิธีการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรม

- 1.ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยกล่าวทักทายสมาชิกและสนทนาในเรื่องทั่วไป หลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องป่วยซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยซักถามคำถามปลายเปิดถึงวิธีการในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ
- 2.ให้ความรู้เรื่องลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ความคิด /การรับรู้ ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม
- 3.อธิบายแบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉัน ฝึกระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วยซ้ำ
- 4.อธิบายแบบบันทึกสัญญาณการป่วยซ้ำและการจัดการ ฝึกระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการรวมทั้งการวางแผน การจัดการในอนาคต
5. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วยซ้ำด้านความคิด ความรู้สึกและด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการและการวางแผนการจัดการป่วยซ้ำ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรม

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือน
2. สมาชิกสามารถบอกถึงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการเตือนได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการเตือนและวางแผนในการจัดการในอนาคตได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการใช้ยาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

ลักษณะกิจกรรม รายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานความรู้
2. ใบงานสถานการณ์และยาพร้อมอุปกรณ์จัดยาของผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยา สามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้
2. ผู้ป่วยสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม กล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิกกลุ่ม ทบทวนประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยเปิดประเด็นคำถาม

“สมาชิกทุกท่านรู้หรือไม่ว่ายาที่ท่านรับประทานมีอาการข้างเคียงอย่างไรบ้างเมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยาท่านทำอย่างไร?”
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และบรรยายเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาให้ผู้ป่วยทราบ
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

6. ผู้วิจัยแจกใบงานสถานการณ์ให้สมาชิกและอ่านสถานการณ์แล้วให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และค้นหาคำตอบตอบคำถามลงในใบงาน

7. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอสิ่งที่กลุ่มได้วิเคราะห์หาคำตอบ

8. ผู้วิจัยวิเคราะห์การนำเสนอ พร้อมทั้งกล่าวชมเชยให้กำลังใจ

9. ผู้วิจัยเปิดประเด็น

“ท่านเคยจัดและหยิบยากินเองหรือไม่? ”

“ท่านรู้หรือไม่ว่าท่านกินยากี่ชนิด มีชื่ออะไรบ้าง? ”

10. ผู้วิจัยสอนให้สมาชิกฝึกทักษะการจัดยาและหยิบยาด้วยตนเอง

11. ผู้วิจัยตรวจสอบการจัดยาและหยิบยาของสมาชิกแต่ละคนและให้คำแนะนำในรายที่ยังจัดยาไม่ถูกต้องกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ

12. ผู้วิจัยสรุปความสำคัญในการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา พร้อมทั้งการจัดยาให้ถูกต้อง

13. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ได้ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้และช่วยสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมอีกครั้ง

14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

ประเมินผล

ผู้ช่วยบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาและบอกได้ว่าตนเองรับประทานยาจำนวนกี่มื้อ/วัน และมียากี่ชนิดจากการสังเกตสีของเม็ดยา แต่บางคนบอกว่าไม่ทราบชื่อยา หลังได้รับความรู้ ผู้ช่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา บอกวิธีการสังเกตและจัดการกับอาการที่ข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้องและสามารถจัดและหยิบยารับประทานเองได้อย่างถูกต้อง มีบางคนที่ยังจัดยาไม่ครบเนื่องจากลักษณะของยามีความคล้ายกันและผู้ช่วยสามารถแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการประยุกต์ใช้ทักษะที่ได้รับจากการอภิปรายจากสถานการณ์ในใบงานได้อย่างถูกต้อง

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีการรับรู้และมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวได้
2. เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการที่เหมาะสมและสามารถบอกแหล่งความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิกกลุ่ม ทบทวนประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่แล้ว
2. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม
“เมื่อท่านมีปัญหาท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง?”
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน
4. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่สมาชิกแสดงความคิดเห็นและเปิดประเด็นคำถาม
“ครอบครัว คืออะไรและมีใครบ้าง ท่านมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวของท่านอย่างไร?”
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น
6. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม
“ท่านคิดว่าจะพูดคุยและแสดงออกทางอารมณ์อย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งกับคนอื่นในครอบครัว?”
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น
8. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นความคิดเห็นของสมาชิกและบรรยายเกี่ยวกับความหมายของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม
9. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานสถานการณ์ให้สมาชิกและอ่านคำชี้แจงแล้วให้สมาชิกเลือกสถานการณ์มา 1 ประเด็นและร่วมกันคิดสถานการณ์สมมติแล้วส่งตัวแทนออกมาแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน
10. ผู้นำกลุ่มวิเคราะห์บทบาทสมมติการแสดงและสรุปประเด็นสำคัญอีกครั้ง
11. เปิดโอกาสให้สมาชิกและผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 6

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความหมายของครอบครัว สมาชิก และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารทางบวกและทางลบได้ถูกต้องโดยใช้ถ้อยคำที่มีความสุภาพ ไพเราะและเมื่อมีอารมณ์โกรธก็ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับคนอื่นโดยการนั่งเฉยแล้วรอให้อารมณ์ดีก่อนค่อยปรับความเข้าใจกัน รวมทั้งยังสามารถบอกแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในชุมชนได้ เช่น คนในชุมชน ตำรวจ แพทย์ พยาบาล เพื่อนบ้าน รวมทั้งสามารถ

แสดงบทบาทสมมติสถานการณ์ของการสื่อสารทางบวกในการของความช่วยเหลือและบอกความต้องการของตนเองได้ ผู้ดูแลรับรู้และมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว เพื่อปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วยและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งบอกแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในชุมชนได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6

กิจกรรมที่6การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

ลักษณะกิจกรรม รายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ
2. เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของสมาชิกในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้าน
3. เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีกำลังใจในการรักษา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะใช้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัยกล่าวท้าทายพูดคุยท้าทายกับสมาชิกและสนทนาในเรื่องทั่วไปหลังจากนั้นนำสมาชิกเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเอง การซักถามถึงวิธีการในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ
2. การเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ของตนเองให้สมาชิกคนอื่นฟังและให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่าง
3. ให้สมาชิก1คนเป็นตัวแทนสรุปถึงการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการวางแผนจำหน่ายนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการของโรค การจัดการกับอาการทางลบเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การสื่อสารและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม
4. การสรุปการเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยทุกคนและแนะนำเทคนิควิธีการในการจัดการกับการป่วยซ้ำของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลองใช้

5. ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัวทันที โดยถือเกณฑ์ผ่าน 80 % ขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ

6. แจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินความคิดเห็นถึงความมั่นใจในการได้รับข้อมูลความรู้และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยสรุปกิจกรรมที่ได้รับและกล่าวขอบคุณสมาชิก ชมเชย และให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจ

8. นัดสมาชิกในการติดตามประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ (Post-Test)

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทางถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้

2. สมาชิกสามารถเล่าประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติให้สมาชิกอื่นฟังได้

3. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติได้

4. ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ต่อที่บ้าน

การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัวทันที โดย นำมาวิเคราะห์คะแนนพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายผ่านเกณฑ์คือร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือคือตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ตามคะแนนเฉลี่ยและร้อยละของการทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

คนที่	แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย	
	คะแนน	การแปลผล
1	18	ผ่านเกณฑ์
2	18	ผ่านเกณฑ์
3	19	ผ่านเกณฑ์
4	18	ผ่านเกณฑ์
5	19	ผ่านเกณฑ์
6	17	ผ่านเกณฑ์
7	19	ผ่านเกณฑ์
8	18	ผ่านเกณฑ์
9	20	ผ่านเกณฑ์
10	18	ผ่านเกณฑ์
11	20	ผ่านเกณฑ์
12	16	ผ่านเกณฑ์
13	18	ผ่านเกณฑ์
14	19	ผ่านเกณฑ์
15	17	ผ่านเกณฑ์
16	18	ผ่านเกณฑ์
17	17	ผ่านเกณฑ์
18	19	ผ่านเกณฑ์
19	20	ผ่านเกณฑ์
20	18	ผ่านเกณฑ์
รวม	$\bar{X} = 18.30$	

หมายเหตุ ผ่านเกณฑ์คือร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือคือตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของการทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว

คนที่	แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว	
	คะแนน	การแปลผล
1	19	ผ่านเกณฑ์
2	18	ผ่านเกณฑ์
3	20	ผ่านเกณฑ์
4	19	ผ่านเกณฑ์
5	18	ผ่านเกณฑ์
6	17	ผ่านเกณฑ์
7	20	ผ่านเกณฑ์
8	17	ผ่านเกณฑ์
9	18	ผ่านเกณฑ์
10	19	ผ่านเกณฑ์
11	19	ผ่านเกณฑ์
12	18	ผ่านเกณฑ์
13	18	ผ่านเกณฑ์
14	20	ผ่านเกณฑ์
15	20	ผ่านเกณฑ์
16	19	ผ่านเกณฑ์
17	19	ผ่านเกณฑ์
18	18	ผ่านเกณฑ์
19	19	ผ่านเกณฑ์
20	20	ผ่านเกณฑ์
รวม	$\bar{X} = 18.75$	

หมายเหตุ ผ่านเกณฑ์คือร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือคือตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

3.ระยะรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

3.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (pre-test)

3.2.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือสัปดาห์ที่3 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

3.3.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือสัปดาห์ที่3 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

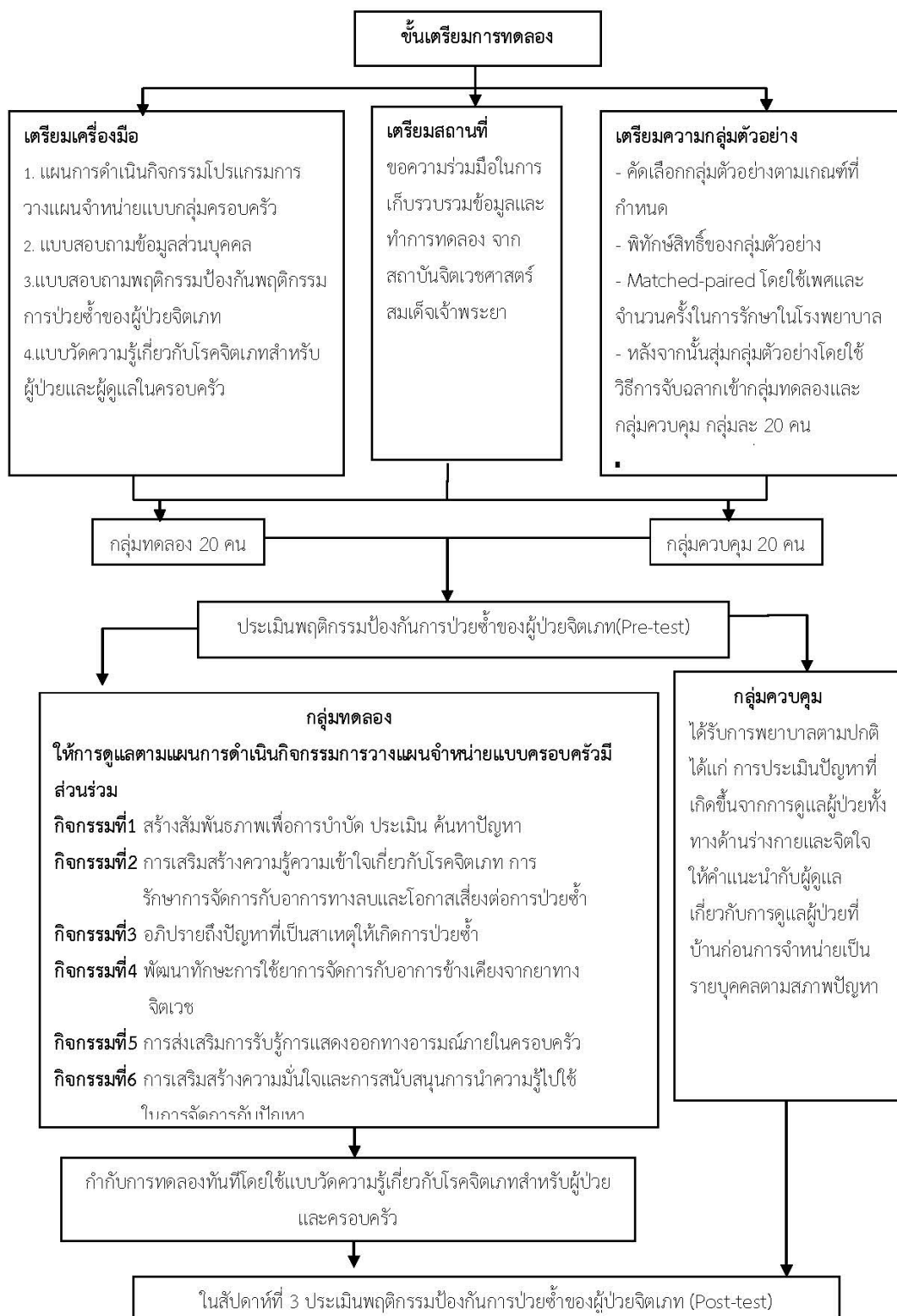
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

- 3.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 ตั้งแต่ครั้งที่2ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 – 59 ปี และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย เพศและ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผลของการวิจัย หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้วิจัยมีการวัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะแสดงในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท
- ตอนที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- ตอนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง
- ตอนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม
- ตอนที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50	10	50	40	50
หญิง	10	50	10	50	40	50
อายุ						
20-29 ปี	5	25	6	30	11	27.5
30-39 ปี	11	55	10	50	21	52.5
40-49 ปี	2	10	3	15	5	12.5
50-59 ปี	2	10	1	5	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	8	40	5	25	13	32.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	8	40	12	30
มัธยมศึกษาตอน	4	20	2	10	6	15
ปลาย/ป.ว.ช						
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	1	5	3	15	4	10
ปริญญาตรี	3	15	2	5	5	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	10	50	12	60	22	55
คู่/สมรส	6	30	4	20	10	25
หม้าย	1	5	2	10	3	7.5
หย่าร้าง	-	-	1	5	1	2.5
แยกทางกันอยู่	3	15	1	5	4	10
อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	2	10	-	-	2	5
รับจ้าง	7	35	5	25	12	30
ค้าขาย	1	5	2	10	3	7.5
แม่บ้าน	3	15	2	10	5	12.5
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	5	1	2.5
ว่างงาน	7	35	10	50	17	42.5
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
จนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่า 5 ปี	3	15	4	20	7	17.5
5-10 ปี	10	50	9	45	19	47.5
11-15 ปี	4	20	2	10	6	15
15 -20 ปี	1	5	3	15	4	10
20ปีขึ้นไป	2	10	2	10	4	10

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการ รักษา						
2-5 ครั้ง	11	55	11	55	22	55
6-10 ครั้ง	5	25	5	25	10	25
11-15 ครั้ง	2	10	2	10	4	10
16-20 ครั้ง	2	10	2	10	3	10
21-25 ครั้ง	-	-	-	-	-	-
26 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วย ครั้งแรก						
น้อยกว่า 20	3	15	7	35	10	25
20-29 ปี	11	55	8	40	19	47.5
30-39 ปี	5	25	3	15	8	20
40-49 ปี	1	5	1	5	2	5
50-59 ปี	-	-	1	5	1	2.5
ระยะห่างจากวันที่ จำหน่ายครั้งก่อน						
น้อยกว่า 1 ปี	9	22.5	12	30	21	52.5
1-5 ปี	7	17.5	5	12.5	12	30
6-10 ปี	2	5	-	-	2	5
11-15 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5
16-20 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5
20 ปีขึ้นไป	-	-	1	2.5	1	2.5

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่จำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือเป็นเพศชายร้อยละ 50 และเพศหญิงร้อยละ 50 โดยร้อยละ 52.5อยู่ในช่วงอายุ 30-39ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 32.5 และอยู่ในสถานภาพโสด ร้อยละ 55 อยู่ในสถานะว่างงานร้อยละ 42.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วงระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 47.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 2-5ครั้งคิดเป็นร้อยละ 55 อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.5 ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน มีเวลาน้อยกว่า1 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5



ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	30	7	35	13	32.5
หญิง	14	70	13	65	27	67.5
อายุ						
20-29 ปี	4	20	3	15	7	17.5
30-39 ปี	4	20	6	30	10	25
40-49 ปี	7	35	8	40	15	37.5
50-59 ปี	5	25	3	15	8	20
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	4	20	5	25	9	22.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25	4	20	9	22.5
มัธยมศึกษาตอน	3	15	2	10	5	12.5
ปลาย/ป.ว.ช						
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	2	10	5	25	7	17.5
ปริญญาตรี	5	25	4	20	9	22.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	-	-	1	2.5

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการ
 จำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ
 อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาลอายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนและความสัมพันธ์กับ
 ผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25	4	20	9	22.5
คู่/สมรส	11	55	13	65	24	60
หม้าย	1	5	2	10	3	7.5
หย่าร้าง	1	5	-	-	1	2.5
แยกทางกันอยู่	2	10	1	5	3	7.5
อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	3	15	4	20	7	17.5
รับจ้าง	7	35	8	40	15	37.5
ค้าขาย	3	15	4	20	7	17.5
แม่บ้าน	3	15	2	10	5	12.5
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	5	-	-	1	2.5
ว่างงาน	3	15	2	10	5	12.5
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
จนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่า 5 ปี	3	15	4	20	7	17.5
5-10 ปี	10	50	9	45	19	47.5
11-15 ปี	4	20	2	10	6	15
15 -20 ปี	1	5	3	15	4	10
20ปีขึ้นไป	2	10	2	10	4	10

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการ
 จำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ
 อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาลอายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนและความสัมพันธ์กับ
 ผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา						
รักษา						
2-5 ครั้ง	11	27.5	11	32.5	22	55
6-10 ครั้ง	5	12.5	5	12.5	10	25
11-15 ครั้ง	2	5	2	5	4	10
16-20 ครั้ง	2	5	2	5	3	10
21-25 ครั้ง	-	-	-	-	-	-
26 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 20	3	7.5	7	17.5	10	25
20-29 ปี	11	27.5	8	20	19	47.5
30-39 ปี	5	12.5	3	7.5	8	20
40-49 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5
50-59 ปี	-	-	1	2.5	1	2.5
ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน						
จำหน่ายครั้งก่อน						
น้อยกว่า 1 ปี	9	22.5	12	30	21	52.5
1-5 ปี	7	17.5	5	12.5	12	30
6-10 ปี	2	5	-	-	2	5
11-15 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5
16-20 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5
20 ปีขึ้นไป	-	-	1	2.5	1	2.5

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	6	30	5	25	11	27.5
สามี/ภรรยา	5	25	6	30	11	27.5
พี่/น้อง	4	20	5	25	9	22.5
บุตร	4	20	2	10	6	15
อื่นๆ	1	5	2	10	3	7.5

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่จำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือเป็นเพศชายร้อยละ 32.5 และเพศหญิงร้อยละ 67.5 โดย ร้อยละ 37.5 อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 60 ทำอาชีพรับจ้างร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วงระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 47.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 2-5 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 55 อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.5 ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อน มีเวลาน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทคือบิดา/มารดา และ สามี/ภรรยา คิดเป็น ร้อยละ 27.5

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนทดลอง (Pre-Test) และหลังการทดลอง (Post-Test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	42	ปานกลาง	55	มาก
2	45	ปานกลาง	60	มาก
3	41	ปานกลาง	57	มาก
4	44	ปานกลาง	55	มาก
5	38	ปานกลาง	59	มาก
6	28	น้อย	66	มากที่สุด
7	40	ปานกลาง	60	มาก
8	39	ปานกลาง	65	มากที่สุด
9	55	มาก	64	มากที่สุด
10	59	มาก	62	มาก
11	27	น้อย	65	มากที่สุด
12	54	มาก	60	มาก
13	43	ปานกลาง	59	มาก
14	59	มาก	65	มากที่สุด
15	51	มาก	65	มากที่สุด
16	47	ปานกลาง	62	มาก
17	22	น้อย	47	ปานกลาง
18	44	ปานกลาง	60	มาก
19	60	มาก	65	มากที่สุด
20	39	ปานกลาง	62	มาก
	$\bar{X} = 43.85$	ปานกลาง	$\bar{X} = 60.65$	มาก

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-Test) และหลังการทดลอง (Post-Test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	54	มาก	52	มาก
2	45	ปานกลาง	48	ปานกลาง
3	42	ปานกลาง	44	ปานกลาง
4	33	น้อย	35	ปานกลาง
5	46	ปานกลาง	47	ปานกลาง
6	42	ปานกลาง	43	ปานกลาง
7	39	ปานกลาง	42	ปานกลาง
8	44	ปานกลาง	47	ปานกลาง
9	40	ปานกลาง	39	ปานกลาง
10	39	ปานกลาง	58	มาก
11	36	ปานกลาง	39	ปานกลาง
12	55	มาก	55	มาก
13	36	ปานกลาง	42	ปานกลาง
14	48	ปานกลาง	50	มาก
15	49	มาก	53	มาก
16	57	มาก	55	มาก
17	39	ปานกลาง	47	ปานกลาง
18	54	มาก	57	มาก
19	41	ปานกลาง	40	ปานกลาง
20	56	มาก	59	มาก
	$\bar{X} = 44.75$	ปานกลาง	$\bar{X} = 47.60$	ปานกลาง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน	ก่อนการทดลอง (n=40)		หลังการทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	Mean	S.D	Mean	S.D			
ด้านการรับรู้อาการเตือน	13.70	3.47	20.40	1.68	-5.58	19	.000
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา	13.10	3.40	18.45	1.26	-3.16	19	.000
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	17.05	4.49	21.80	1.14	-4.04	19	.000
รวม	43.85	10.58	60.65	4.64	-7.70	19	.000

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 43.85 และหลังการทดลอง เท่ากับ 60.65 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 13.70 และหลังการทดลองเท่ากับ 20.40 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 13.10 และหลังการทดลองเท่ากับ 18.45 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 17.05 และหลังการทดลองเท่ากับ 21.80

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม
ควบคุม

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน	ก่อนการทดลอง (n=40)		หลังการทดลอง (n=40)		t	df	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D			
ด้านการรับรู้อาการเตือน	13.45	3.47	14.30	3.05	-1.50	19	.011
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา	15.10	3.40	16.17	3.15	-1.14	19	.011
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	16.20	4.49	17.13	4.47	-1.76	19	.011
รวม	44.75	7.34	47.60	7.08	-2.80	19	.011

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 44.75 และหลังการทดลอง เท่ากับ 47.60 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่มีความแตกต่างกันไม่เท่ากับกลุ่มทดลอง

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการรับรู้อาการเตือนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 13.45 และหลังการทดลองเท่ากับ 14.30 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 15.10 และหลังการทดลองเท่ากับ 16.17 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 16.20 และหลังการทดลองเท่ากับ 17.13

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43.85	10.58	ปานกลาง	-3.12	38	.750
กลุ่มควบคุม	44.75	7.34	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60.65	4.64	มาก	6.89	38	.000
กลุ่มควบคุม	47.65	7.08	ปานกลาง			

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง เท่ากับ 43.85 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 44.75

ในส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง เท่ากับ 60.65 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 47.65

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการวิจัยแบบศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงมี

อายุ 20 – 59 ปี และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จำนวน 40 คู่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของโสธยา ศุภโรจณี (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต มาร่วมกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำหลายๆจะสัมพันธ์กับการ ดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัว โดยพัฒนาตามแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) ผสมผสานแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับกลุ่มครอบครัวในการจัดกิจกรรมโดยมีเนื้อหาครอบคลุมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียด 6 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมายร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา (สัปดาห์ที่ 1) ระยะเวลา 60 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปสู่การยอมรับการรักษา และใช้ยาตามแผนการรักษา ประเมิน ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการแก้ไข ปัญหา การประเมินเป็นการคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายการในการ โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้บอกความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการระบุปัญหา รับรู้ศักยภาพของตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาและกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาลนำสู่การจัดการกับปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยเป้าหมายของการเรียนรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานที่นำไปสู่การเรียนรู้เจตคติ ทักษะและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (สัปดาห์ที่ 1) ระยะเวลา 60 นาที เป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาและการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดการยอมรับตนเองและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถพัฒนาตนเองได้ รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนในผู้ดูแลพยาบาลจะส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยได้ ได้แก่ การสังเกตอาการทางลบโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้ และวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น มีการอธิบาย การให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ ประสบการณ์ สร้างทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (สัปดาห์ที่ 1) ระยะเวลา 60 นาที การฝึกระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ อาการเตือนที่เกิดขึ้นของตนเอง ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การจัดการที่เคยใช้ ระบุการวางแผนการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต ฝึกติดตามอาการเตือน การจัดการรับประทานและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ฝึกวิธีการในการเผชิญปัญหาเพื่อผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะการใช้การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา (สัปดาห์ที่ 2) ระยะเวลา 60 นาที การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา สอนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงจาก การฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์หลังจำหน่ายได้ ซึ่งข้อมูล

เกี่ยวกับโรคและพัฒนาพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายใน

ครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม (สัปดาห์ที่2) ระยะเวลา 60 นาที การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม และการใช้แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมโดยการสนับสนุน และสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และมีการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทัน่วงที ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจสอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์จากสังคมและชุมชนเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคม และชุมชนได้อย่างมีความสุข

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา (สัปดาห์ที่2) ระยะเวลา 60 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และพยาบาลติดตามผลสัมฤทธิ์ของการวางแผนจำหน่ายและฝึกทักษะในการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อภิปรายถึงอุปสรรค และปัญหาที่พบแล้วร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาที่พบ พร้อมทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาครั้งก่อน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Meijel (2003) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดย โสรยา ศุภโรจน์ (2554) เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วย 14 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1) ด้านการรับรู้อาการเตือน | จำนวน 5ข้อได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-5 |
| 2) ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา | จำนวน 4ข้อได้แก่ ข้อคำถามที่ 6-9 |
| 3) ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง | จำนวน 5ข้อได้แก่ ข้อคำถามที่ 10-14 |

ข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามทางบวก โดยกำหนดให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ แบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปร หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมา แจกแจงตามระดับความคิดเห็นทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร ซึ่งค่าดัชนีความตรงที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2555) จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านเพื่อนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบว่าได้เท่ากับ.85 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ สถิตย์นรางกูร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท ของ ญัฐฐิญา โสพิศพรมงคล (2555) เป็นเครื่องมือทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยถือเกณฑ์ผ่านคือร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยต้องให้ได้ทั้งหมด 16 คะแนนขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อแล้ววัดซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ .95 และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

3.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัวของ ญัฐญา โสพิศพรมงคล (2555) เป็นเครื่องมือ ทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยถือเกณฑ์ผ่านคือร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยต้องให้ได้ทั้งหมด 16 คะแนนขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อแล้ววัดซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ .95 และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

ขั้นตอนการทดลอง

สำหรับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมและแนวคิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาล

1.5 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยที่ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 เริ่มการดำเนินกิจกรรมในช่วง

ภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย จากนั้นเริ่มดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด

2.3 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการดำเนินการตามโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามวัน เวลาและสถานที่ที่ได้กำหนดไว้

3.ระยะรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

3.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (pre-test)

3.2.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือสัปดาห์ที่3 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

3.3.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือสัปดาห์ที่3 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่1 นั่นคือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่2 นั่นคือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในส่วนของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 40 ราย เป็นผู้ชายจำนวน 20 คน ผู้หญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 สถานภาพโสด จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 1-5ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในช่วงจำนวน 2-5 ครั้ง มีจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรก อยู่ในช่วงอายุ 20-29 จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5

2. กลุ่มตัวอย่างในส่วนของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 40 ราย เป็นผู้ชายจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ผู้หญิงจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดยมีอายุ 40-49 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และปริญญาตรี จำนวนอย่างละ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.5 และอยู่ใน สถานภาพสมรสจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 1-5ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในช่วงจำนวน 2-5 ครั้ง มีจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรก อยู่ในช่วงอายุ 20-29 จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ระยะห่างจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทคือบิดา/มารดา และ สามี/ภรรยาจำนวนอย่างละ 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 27.5

3. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหลังการทดลอง มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่1

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman(2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Friedman, 2003; จันทร์จรรย์ ถือทอง, 2550) ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน คือ 1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งการแต่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรค 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแล การรักษาพยาบาล การต้องการข้อมูลคำแนะนำ ความต้องการการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลต่อเองที่บ้าน 4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพา ระยะที่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับ 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย และจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งมีการเตรียมผู้ป่วยและมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป่วยซ้ำของผู้ป่วย มาสร้างเป็นโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัว มีการเตรียมผู้ป่วยและ

ครอบครัว ตั้งแรกรับเข้ามาในโรงพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมายในการดูแลระยะยาวและต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามผลสัมฤทธิ์หลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยมีขั้นตอนการการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนและประกอบด้วยกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหา ลักษณะกิจกรรมเป็นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยต้องมีการประเมินทั้งกาย จิต สังคม โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลสามารถทำให้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสาเหตุของโรค การรักษา การจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ พฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ อภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ ร่วมกันอภิปรายประสบการณ์สร้างทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ระบุอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ เพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาทักษะการใช้การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช เพื่อสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องการใช้ยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีการส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว โดยการพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวที่เหมาะสม

โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ มีการเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาและส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ในส่วนของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารเช้า การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือการสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่นการให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำทางสุขภาพ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายแต่อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง สม่่าเสมอและยังขาดการมีส่วนร่วมของของครอบครัว/ผู้ดูแล อีกทั้งการทำกลุ่มบำบัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยไม่มีโอกาสที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ กิจกรรมกลุ่มส่วนใหญ่ยังขาดการประเมิน การค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งยังขาดการประเมินและติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของตัวผู้ป่วย

จากคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ได้จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) และรัตติกร รัตนมงคล (2551) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนโดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหรือวิธีการอื่น ๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย โดยนำความรู้และทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบันมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2551) ดังนั้นการให้การบำบัดทางจิตในรายกลุ่มโดยการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ให้แก่ผู้ป่วย ทั้ง 3 ขั้นตอนที่กำลังกล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ โดยการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้

การพยาบาล และเป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของการปฏิบัติการขั้นสูงของพยาบาลจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1bการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้นั้น พยาบาลควรมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท การใช้ยารักษาอาการทางจิตและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการเตือนต่างๆ รวมถึงมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านต่างๆเพื่อจะได้ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้มีการศึกษาอบรมสำหรับพยาบาลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ความรู้จำเป็นและมีความเป็นปัจจุบัน เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพ

2.2 ควรมีการติดตามผลหลังการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและเป็นการกระตุ้นเตือนให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความคงทนของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

2.ควรมีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆในกลุ่มโรคทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลได้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.(2552). **รายงานประจำปี.นันทบุรี:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.(2555). **รายงานประจำปี.นันทบุรี:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**

กอบโชค จวงษ์ และบุปผวรรณ พัวพันประเสริฐ. (2549). **วันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14(2): 1-9**

เกษม ดันติผลาชีวะ. **ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536**

กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). **ผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

ชนิษฐา สุขทอง. (2555). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

จันทร์จूरีย์ ถือทอง. (2550). **ผลการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

จินตนา ลีละไกรวรรณ. (2542). **โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.**

จิตนา ยูนิพันธ์. (2534). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.**

จิดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

จิดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ. (2542). **รายงานการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**

- จงรัตน์ ลี้มพัฒนศิริ. (2547). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐปนัท ศรีธาราธิคุณและธนา นิลชัยโกวิท. (2543). **Preventing Relapse in Schizophrenia: Prelapse.** กรุงเทพมหานคร: จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ณัฐธิดา โสพิศพรมงคล. (2555). **ผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงดา อุทุมพฤษภ. (2533) **ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540) **ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุบผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ธีระ ลีลานันทกิจ, พิเชษฐ อุดมรัตน์, และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). **ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย.**
- ธงรบ เทียนสันต์. (2556). **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร. (2553). **ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถนภา วงษ์ศีล. (2555). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม** วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นุชจรินทร์ โมระเสรีฐและคณะ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท แบบทีมสหวิชาชีพ**. กลุ่มงานการพยาบาล, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- บุญใจ สรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ สรีสถิตนรากร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุล เจริญสกุลทรัพย์และคณะ (2551). **การพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. กลุ่มงานการพยาบาล, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ** วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานอชัย หล่อตระกูล.(2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่4 กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- มานอชัย หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี ฉบับเรียบเรียงใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานอช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติกร รัตน์มงคล. (2551). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรารณณ์ ตั้งตรงไพโรจน์. (2542). **ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาท**

- วิทยา. ในรายงานการประชุมสุขภาพจิตครั้งที่5 ปี2542. นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต
วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2549). **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการ
ป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันวิสา โพธิ์อิม. (2555). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้
อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช.พิมพ์ครั้งที่ 2.**ปทุมธานี:โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมสกุล สุภัทรพันธ์และคณะ. (2542). **การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้
ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา.** กลุ่มงานการพยาบาล,โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- โสธยา ศุภโรจณี. (2554). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วย
ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสธยา ศุภโรจณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อ
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.**วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต ปีที่26 ฉบับที่2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2555)
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทรและวาริรัตน์ ถาน้อย. 2557. **การ
พยาบาลจิตเวชศาสตร์.** กรุงเทพฯ : สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิ
ลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- อัมพวรรณ ธากาศ. (2548). **การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิต
โรงพยาบาลแม่ทาจังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่2 . กรุงเทพฯ :
ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่4 . กรุงเทพฯ :
 ด่าน วี. พริน จำกัด.

อเนก สุภรณ์นท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันประเสริฐ. (2550). **ต้นทุนบริการ
 สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 15(1): 1-9.

ภาษาอังกฤษ

Adelufosi, A.O., Adebowale, T.O., Abayomi, O.,and Mosanya, J.T.2012. **Medication
 adherence And quality of lift among Nigerian outpatients with
 schizophrenia General Hospital Psychiatry** 34 (12): 72-79

Allebeck, P. & Wistedt, B. (1986). **Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up
 based on the Stockholm county in-patient register**. Arch. Gen. Psychiat., 43
 650-3

American Psychiatric Assosiation.(2000) **Diagnostic and statistical manual of mental
 disorders (4th ed.)**. Washington, DC: American Psychiatric Assosiation

Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse
 among individuals who have schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing**
 9(5): 261-268.

Bedworth, A. E. and Bedworth, D. A. (1982). **Health for human effectiveness**. New
 Jersey: Printice-Hall.

Birchwood, M. et al. (1980). Predicting relapse in Schizophrenia: The Development
 and implementation of an early signs monitoring system using patients and
 families as observes a preliminary investigation. **Psychological Medicine**. 19:
 649-656

Birchwood, M., Spencer, E. and McGovern, D. (2001). Schizophrenia: early warning
 signs. **Advances in Psychiatric Treatment** 6: 93-101.

Birchwood, M. (2001). Early Intervention in Psychotic Relapse. **Clinical Psychology
 Revier** 21: 1211-1226

Bortol, G. M., Moon, E. and Linton,M. Nursing assiatance for families of patients.
Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 12(1994): 27-29.

Christine Rummel-Kluge, Gabriele Pitschel-Walz, Josef Bauml and Werner Kissling.
 (2006). Psychoeducation in Schizophrenia-Result of Survey of All Psychiatric

- Institution in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bullentin**. Vol. 32 no. 4pp. 765-775, 2006.
- Forman, L.(1993). Medication: Reason and intervention for noncompliance. **Journal of Psychosocial Nursing** 31(10): 23-25
- Fox, C. and Kane, F. (1996) **Psychiatric Mental Health Nursing: Integrating the behavioral and biological sciences**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). **Family nursing: research theory and practice**. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Gulseren, L., Turgut, S., and Kultur, S. (1999). Socialmtric psychodramatic group therapy process with group of schizophrenia patients' family members. **Turkish Journal of psychychiatry**, 10, 325-331.
- Jorgensen, P. (1998). **Schizophrenia Delusions: the detection of warning signs. Schizophrenia Research**. 32:17-22.
- Jackson, M.F. (1994). Discharge planning: Issues and Challenges for gerontological nursing. A critique of literature. **Journal of Advanced Nursing** 19(3): 44-48
- Kaplan. H. I., Sadock, B. J. (1995) **Comprehensive text book of psychiatry**. Baltimore: Williams & Wikins.
- Kongsakon,R., Leelahanaj, Leelahanaj, T., Price,N., Birinyi, S. L. and Davey,P.(2005). **Cost Analysis of the Treatment of Schizophrenia in Thailand: A Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol**. Med Assoc Thai. 88(9):1267-1277.
- Linstrom, E and Bingefors, k. (2000). **Patient compliance with drug therapy in schizophrenia**. Phamacoeconomics. 18: 105-124
- MacGilp, D. Quality of life study of discharged long-term psychiatric patients [CD-ROM]. **Journal of Advanced Nursing** 10(1991): 1206-1215. Abtract from; CD-Plus; CINAHL.
- Herz M. I., Lamberti J. S., Mintz j., et al. (2000). **A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled syudy**. Archieve General Psychiarty. 57: 277-83
- Meijel, V.B.,Gaag V.D.M., Kahn, S.R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With

- Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August):** 117-125
- Meijel, V.B., Gaag V.D.M., Kahn, S.R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August):** 165-172
- O'Conner, W.F. 1991. Symptom Monitoring for Relapse Prevent in Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August):** 193-221
- Pichipornchai W. (2000). **Discharge planning: Exploring current nursing practices in acute care setting in Thailand.** Doctoral Dissertation. La Trobe University, Australia
- Polit, D. F. And Hungler , B. A. (1999). **Nursing Research Principle and Method.** 6 th ed. Neryork: Lippincott.
- Puangsoi Worakul Med. (2007). **Effects of psycho-education Program on Knowledge and Attitude upon Schizophrenia of schizophrenic patient's Caregivers.** Department of Psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University.
- Roden, J.W. & Taft, E. (1990). **Dischage Planng Guide for nurses.** W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Roe, D., Phillip, T. and Paul, H. 2006. **Coping with Psychosis :an Integrative Development Framework.** Journal of Nervous Mental Disorder. 194(12):9117-924
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). **Synopsis of Psychiatry.** 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, J. B. and Sadock, A. V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry.** Philadaelphia: Lippincott William and Wilkins. New York.
- Sundel, M. and Sundel, S. (1999). **Behavior Change in the Human Services.** 4 th ed. California: Sage Publications.
- Taylor, C. M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing.** (4th ed). St. Louis UNC Department of Psychiatry. **Schizophrenia Treament and Evaluation Program (STEP).** [online]. Available from: <http://www.psychiatry.unc.edu/STEP/contact.htm>. [2007, November3]
- World Health Organization. (2007). **The ICD-10 Classification of mental and**

Behavior Disorders. Geneva : n.p.

World Health Organization. **Schizophrenia** [online]. 2011. Available from:[www.who.int/mental_health/management/ Schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/en/)[2013, Nov 26].

Yamashita, M. Study of How Families Care for Mentally ill Relatives in Japan. **ICN International Nursing Review** 4(1996): 121-125.

Zimmerman. M. A. (1995) Psychological Issues and illustration. **American Journal of Community Psychology** 23 (5): 581-599



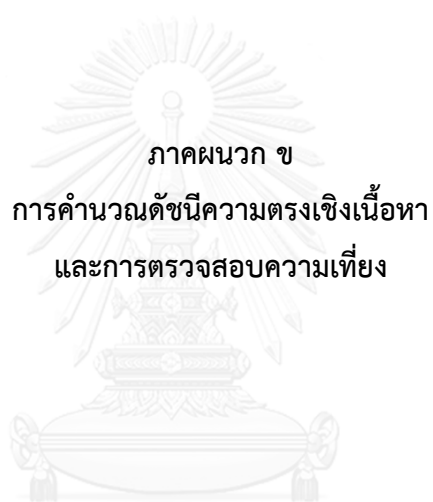


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์นพดล วานิชฤดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. อาจารย์ดร.ชลพร กองคำ	อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
3. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลท่าเรือ
4. อาจารย์สุจรรยา แสงเขียวงาม	อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
5. อาจารย์สุพัทธรา จันทร์สุวรรณ	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
และการตรวจสอบความเที่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

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

1. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 12/14 = .85$
2. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท
ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 19/20 = .95$
3. แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว
ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ $CVI = 19/20 = .95$

การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

นำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Relapse1	4.00	.788	30
Relapse2	3.93	.691	30
Relapse3	4.13	.681	30
Relapse4	3.70	.535	30
Relapse5	4.10	.759	30
Relapse6	3.87	.730	30
Relapse7	3.77	.728	30
Relapse8	4.23	.626	30
Relapse9	3.77	.817	30
Relapse10	4.03	.718	30
Relapse11	3.83	.747	30
Relapse12	4.13	.629	30
Relapse13	4.23	.679	30
Relapse14	3.90	.662	30

2. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท

นำแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.910	20

3. แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว

นำแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง และมีค่าความเที่ยงตามสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson (ค.ศ.1937) $KR-20 = 0.91$

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.911	20





ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พิมพ์ชนก เทศเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

(ที่บ้าน) 48 ถนนโกสีย์ใต้ ตำบลปากน้ำโพ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59428-9 โทรศัพท์ที่บ้าน 056-228052 โทรศัพท์มือถือ 087-9003444 E-mail : Pim_zeed@hotmail.com

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอะไร

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชและผู้ดูแลหลักของที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยจิตเภท

1) อายุระหว่าง 20-59ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) มีอาการทางจิตสงบ โดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ครอบครัว

1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนดผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัว โดยพัฒนาตามแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) ผสมผสานแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครัวของ (Friedman2003)ในการจัดกิจกรรมโดยมีเนื้อหาครอบคลุมโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย3ขั้นตอน รายละเอียด6กิจกรรม กิจกรรมละ60 นาที จำนวน 2สัปดาห์ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมด้วยตัวผู้วิจัยเองและผู้ช่วยผู้วิจัย 1คน 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาครั้งก่อน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Meijel (2003) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดย โสรยา ศุภโรจน์ (2554) เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วย 14 ข้อแบ่งเป็น3 ด้าน ข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามทางบวก โดยกำหนดให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้ 1คำตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5อันดับ 4)เครื่องมือกำกับการทดลองแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค

จิตเภทและ แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัวของ ญัฐฐินา โสพิศพรมงคล (2555) โดยใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที มีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาในกิจกรรมโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการทางลบ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้แสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การใช้ประโยชน์จากแหล่งความช่วยเหลือในสังคมและชุมชน เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถาม 20 ข้อในผู้ป่วย และ 30 ข้อ ในผู้ดูแล คำถามให้เลือกตอบถูกผิด ถ้าถูก คิด 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยคาดว่า จะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ประเทศชาติ โดยผู้วิจัยเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ

6. เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องป้องกันการป่วยซ้ำและพัฒนาด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆในการป้องกันการป่วยซ้ำ

7. การขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรอง

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 087-9003444

9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวไม่มีผลใดๆต่อการเข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ชนก เทศเขียว สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 (ที่บ้าน) 48 ถนนโกสีย์ใต้ ตำบลปากน้ำโพ

อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59428-9

โทรศัพท์ที่บ้าน 056-228052 โทรศัพท์มือถือ 087-9003444

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต เครื่องมือกำกับการทดลองแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภทและ แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว รวมถึงการเข้าโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 6 กิจกรรมโดยมีขั้นตอนกระบวนการวางแผนการจำหน่าย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง 2) การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3)การประเมินระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 สัปดาห์ๆละ 3 กิจกรรม (วันเว้นวัน) ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาการจัดการกับอาการทางลบและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่4 พัฒนาทักษะการใช้ยาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา กิจกรรมที่5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว กิจกรรม

ที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(...นางสาวพิมพ์ชนก เทศเขียว ...)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบกลุ่มครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวพิมพ์ชนก เทศเขียว
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : พฤษภาคม ๒๕๕๙ - พฤษภาคม ๒๕๖๐
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 ๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะสอบถามถึงพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ระดับของพฤติกรรมซึ่งตรงกับการปฏิบัติที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำ

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมหรือการกระทำ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านบอกกับตนเองเมื่ออารมณ์ของท่านเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น กำลังรู้สึกหงุดหงิด หรือซึมเศร้า					
2.					
3.					
4.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14. แม้ท่านได้รับผลกระทบจากภาวะข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอนมาก มีอ้วน กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง ท่านยังคงรับประทานยาต่อไป					

หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวโรคจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางสมองที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรมร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม		
2.อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.เมื่อมีอาการปากคอแห้ง ผู้ป่วยควรบ้วนปาก จิบน้ำ หรือน้ำมะนาวบ่อยๆ เพื่อให้ปากชุ่มชื้น		

หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวโรคจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภท คือ โรคทางสมองชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมร่วมกับมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสม		
2. ผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะการพูดที่ผิดปกติ พูดสับสน พูดจาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อ		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.โรคจิตเภท เมื่อหายแล้ว มีโอกาสกลับเป็นได้อีก		
20.ควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือการโต้แย้งกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ข้าพเจ้าชื่อ พิมพ์ชนก เทศเขียว เกิดเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัด นครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เมื่อปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี การศึกษา 2555

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยจิตเวชสามัญ ชาย รสสุคนธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ปัจจุบัน 112 สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ (มือถือ) 087-9003444 Email : Pim_zeed@hotmail.com Pimchanok2015@gmail.com



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY