

ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สาร  
แอมเฟตามีน



นางสาวอณิมา จันทรแสน

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 FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION ON SYMPTOMS  
SEVERITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING AMPHETAMINE

Miss Anima Juntarasaen



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	ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรง ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
โดย	นางสาวอณิมา จันทระแสน
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

อณิมา จันทรแสน : ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION ON SYMPTOMS SEVERITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING AMPHETAMINE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. สุนิศา สุขตระกูล, 154 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2) เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน และครอบครัว (ประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก 1 คน และสมาชิกอื่นๆ 1 คน) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจับคู่ด้วยคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีน การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดการด้วยตนเอง การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด 2) แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต PANSS-T 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ 4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือชุดที่ 1, 3 และ 4 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ .95 และ .94 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5577319936 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING AMPHETAMINE / FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION / SYMPTOMS SEVERITY

ANIMA JUNTARASAEN: THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION ON SYMPTOMS SEVERITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING AMPHETAMINE. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, 154 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using two groups pretest-posttest design were to compare: 1) symptoms severity of schizophrenic patients' using amphetamine before and after received the family psychoeducational intervention, and 2) symptoms severity of schizophrenic patients' using amphetamine who received the family psychoeducational intervention and those who received regular nursing care. The subjects composed of 40 schizophrenic patients who met the inclusion criteria and their families (comprised of one primary caregiver and one other member). The subjects were matched- pairs with patient's symptoms severity and then randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the family psychoeducational intervention and the control group received regular nursing care. The research instruments used in this research are: 1) the family psychoeducational intervention developed by the researcher comprised of 9 activities to enhance family's knowledge and skills including: relationship building, management of comorbidity, schizophrenia and its symptoms, treatment and its effects on patients and family, medications compliance, effective communication skills and express emotions, warning signs of relapse and relapse prevention, effective stress management and coping, and relaxation techniques, 2) Symptom severity scale (PANSS-T), 3) a test of caregivers' knowledge to care for schizophrenic, 4) a test of patient's knowledge on schizophrenia. The 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, and 4<sup>th</sup> instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> instrument had Kuder-Richardson (Kr-20) reliability as of 0.95 and 0.94, respectively. The findings are as follows:

1. symptoms severity of schizophrenic patients' using amphetamine after received the family psychoeducational intervention was significantly lower than that before at p .05 level;

2. symptoms severity of schizophrenic patients' using amphetamine in the experimental group who received the family psychoeducational intervention was significantly lower than those in the control group who received the regular nursing care at p. 05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing      Student's Signature .....

Academic Year: 2015      Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสอง ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ ดร. สุณิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่กรุณาสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทบัณฑิตครั้งนี้ และสุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา รวมถึงญาติพี่น้องทุกคน ที่ได้ให้กำลังใจตลอดมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน .....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน .....	27
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท .....	38
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา .....	41
5. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สาร .....	43
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	49
ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง .....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	53

การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	103
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะ .....	114
รายการอ้างอิง .....	116
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	126
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .....	128
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไบอินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	146
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม .....	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	154



## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1การเปรียบเทียบคุณลักษณะในเรื่องคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต และ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง .....	78
ตาราง 2กำหนดการในการดำเนินการตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ณ สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา .....	79
ตาราง 3คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	88
ตาราง 4คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่ม ทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	89
ตาราง 5จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรสและศาสนา .....	93
ตาราง 6จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ .....	94
ตาราง 7จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ย ระยะเวลา การเจ็บป่วย ทางจิต จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง .....	95
ตาราง 8จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติจำนวนของการใช้ยาบ้า ความถี่ ของการใช้ยาบ้า และระยะเวลาของการใช้ยาบ้า.....	97
ตาราง 9ความรุนแรงของอาการทางจิตในส่วนของ Positive symptomและ Negative symptom ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง .....	98
ตาราง 10ความรุนแรงของอาการทางจิตในส่วนของอาการ Negative symptom ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	99
ตาราง 11เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง .....	100
ตาราง 12เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มควบคุม.....	101

ตาราง 13เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและ  
หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่ม  
ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ..... 102



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชโดยทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 7 ต่อ 1,000 ประชากร (WHO, 2013) สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมาโดยตลอด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งพบมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ โดยพบมากถึงร้อยละ 36.12 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2555) และเมื่อพิจารณาข้อมูลในเชิงระบาดวิทยา พบอัตราการความชุกของโรคจิตเภท ร้อยละ 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ประชากร พบในเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุ 15-59 ปี แต่จะพบว่าเพศชายเริ่มป่วยเมื่อมีอายุน้อยกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2552) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะอาการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังและมีความรุนแรงมาก ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน มีเพียงส่วนน้อยที่รักษาให้หายขาดได้ (WHO, 2013) เป็นโรคที่ยากต่อการรักษาและจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบต่อเนื่อง (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะได้รับการรักษาแล้วแต่ก็มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จึงไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ ทำให้เกิดการเสื่อมของหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงนิช, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 70 ยังมีอาการกำเริบ (Relapse) ได้หลายครั้ง อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายจนไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดอาการกำเริบขึ้นเมื่อใด เช่น บางครั้งอาการสงบอยู่แต่อาจจะมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นได้กะทันหัน ทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับความเดือดร้อนและมีความลำบากใจในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอาการก้าวร้าวซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่รบกวนญาติมากที่สุด (Francell, 1998)

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช่เฉพาะความรุนแรงของอาการเท่านั้น แต่ United States Department of Health and Human Services (U.S. DHHS) มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2010 ปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยทางจิตเวชกำลังจะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Epidemiology Catchment Area study (ECA) ซึ่งทำการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประชาชนอเมริกัน อายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 1980-1984 จำนวน 20,291 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 6.1 และปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในระยะต่อๆ มา เช่น ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Kavanagh et al. ในปี

2004 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 47 โดยสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 4.6 เท่า โดยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cantor-Graaea, Nordstrom & McNeil (2001) เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศต่างๆ พบว่าสารเสพติดในกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอเมริกามีการใช้มากเป็นอันดับสาม รองจากแอลกอฮอล์ และกัญชา โดยพบการใช้ในอัตราที่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 13 (Cuffel et al., 1993) ร้อยละ 25 (Mueser et al., 1990) และ ร้อยละ 32.1 (Mueser et al., 1992b) เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยพบว่าการใช้สารเสพติดร่วมโดยเฉพาะยาบ้า หรือสารแอมเฟตามีน ก็เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2552) ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วยมากขึ้น โดยพบ จำนวน 132, 445 และ 493 ราย ในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ตามลำดับ พบในเพศชายจำนวน 93, 279 และ 369 ราย และเพศหญิงจำนวน 29, 166 และ 124 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง (สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Talamo et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายจะมีการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมนี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เพราะนอกจากจะต้องบำบัดอาการทางจิตแล้วยังต้องบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกหรือลดการใช้สารเสพติดลงควบคู่กันไปด้วย (Drake, 2003) ทั้งนี้เนื่องจากแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แบบกระตุ้นประสาท จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงตามมาได้ง่าย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสุรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยสารแอมเฟตามีน แม้จะใช้ในปริมาณต่ำๆ ก็สามารถทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ (Lieberman, 1997) ดังนั้นการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การใช้แอมเฟตามีนในทางที่ผิด สามารถก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิต ตั้งแต่อาการเป็นพิษ อาการแพ้จากอาการเป็นพิษ อาการขาดยา ความผิดปกติด้านการนอน ความผิดปกติทางด้านเพศ และการมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น เช่น มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย (วสุ จันทรศักดิ์, 2542) เนื่องจากพยาธิสภาพของสมองชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการทางบวก จะพบว่ามีสารโดปามีนมากกว่าคนปกติทั่วไป และเมื่อผู้ป่วยมีการใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วยสมองจะยิ่งได้รับการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มมากขึ้นกะทันหัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าสารแอมเฟตามีนสามารถกระตุ้นให้เกิดการหลั่งโดปามีนอย่างต่อเนื่องใน

ระยะยาวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มของการเกิดอาการกำเริบในลักษณะของโรคจิตชนิดหวาดระแวงขึ้นได้ (Robinson et al., 1988) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marc Laruelle and Anissa Abi-Dargham (1999) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษา แต่มีการใช้แอมเฟตามีนร่วมด้วยจะมีการหลั่งสารโดปามีนสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2544) โดยอาการแสดงสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วย คือ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย มีการแสดงออกถึงความก้าวร้าวรุนแรง และ อาจมีภาวะหวาดระแวงร่วมด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2554)

Moorhead, Johnson & Maas (2004) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ (symptom severity) ในการเจ็บป่วยทางกายหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ตามการรับรู้ ในทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และหน้าที่ ในขณะที่ Mueser et al. (2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยนั้น จะมีความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการเกิดอาการทางบวก (positive symptoms) ซึ่งมักจะเป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มากกว่าที่พบในผู้ป่วยจิตเภททั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Talamo et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในกลุ่มที่เป็นสารกระตุ้นจะมีคะแนนของอาการทางบวกเพิ่มขึ้นจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS ซึ่งอาการทางบวกที่เห็นได้ชัด เช่น การมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและก้าวร้าวรุนแรงในลักษณะต่างๆ รวมถึงการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) และอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาอาชญากรรมตามมาได้ (วสุ จันทศักดิ์, 2542)

อาการทางจิตที่รุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนนั้นหากไม่ได้รับการบำบัดและช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ที่เป็นอันตรายตามมา เช่น กระทบต่อสภาพร่างกาย คือ ทำให้ไม่รู้สึกริวจนวนร่างกายขาดสารอาหาร นอกจากนี้สารแอมเฟตามีนยังออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ จนร่างกายทรุดโทรมและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมาได้ง่าย (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2544) อีกทั้งยังส่งผลในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียนและการประกอบอาชีพ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสุรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จนต้องกลับเข้ามาับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (Mueser et al., 2009) และก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว (ทิพศมัย จันทรมานนท์, 2545) เกิดความก้าวร้าว (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2544) มีความก้าวร้าว ต่ำหนิติเตียน ท่างเหิน และมีความขัดแย้งภายในครอบครัว โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน และยังมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสุรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Mueser et al., 2009) สำหรับผลกระทบต่อสังคมในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทและยาเสพติดมีอัตราการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน

โรงพยาบาลสูง อีกทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย มีการปรับตัวต่อสังคมยาก มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อมาก และเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อการรักษา จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการดูแลรักษาที่สูงมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Green, Drake, Brunette, Noordsy, 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมยังเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กระทำผิดกฎหมาย รวมถึงการก่อปัญหาอาชญากรรม และการฆ่าตัวตาย ตามมาได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ผู้ป่วยบางรายใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการด้านลบ เช่น ซึมเศร้า เหงา หนีสังคม และรู้สึกไม่สนุกสนาน (Talamo, 2006) ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับอาการทางบวกที่เพิ่มมากขึ้น เช่น หิวแหว่ ประสาทหลอน หวาดระแวง หรือเพื่อพยายามบรรเทาผลข้างเคียงของยา เช่น อาการมึนงง Akathisia และง่วงนอน (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดยังส่งผลทำให้เกิดอาการทางบวกหรืออาการทางลบ หรือทำให้เกิดได้ทั้ง 2 อาการ (Green et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทใช้สารแอมเฟตามีนจะมีการกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) เพิ่มมากขึ้นในสมองส่วนอยาก (brain reward pathway) หรือสมองส่วน mesocorticolimbic dopaminergic pathway ที่กระตุ้นให้เกิดการจดจำการใช้สารเสพติดที่ให้ผลพึงพอใจ มีความสุข โดยมีสารโดปามีนเป็นสารสื่อประสาทหลัก ทั้งนี้สารโดปามีนเป็นตัวอธิบายการเกิดกลุ่มอาการทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สารแอมเฟตามีนจะไปเพิ่มการทำงานของสารโดปามีนทำให้เกิดความอยากเสพยาเสพติด และติดการเสพยาอย่างรุนแรงตามมาในที่สุด (Chamber, Krystal, Self, 2001; Roth, Brunette, Green, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูง ทั้งนี้ เกิดจากผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่อง ไม่ได้ได้รับการศึกษา ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ยากจน บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไปใช้สารเสพติดได้ (Green et al., 2007) และในด้านของครอบครัวยังพบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วย (มาลี แจ่มพงษ์ และคณะ, 2551) อีกทั้งสภาพกตสันภายในครอบครัว เช่น การไม่ยอมรับผู้ป่วย การขาดความรัก ความเข้าใจที่ติดต่อกัน และความรู้สึกผูกพันในครอบครัว การขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติด (โสภา ขปิลมัทน์, 2540; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; เพชรี คันธสายบัว และคณะ, 2552) และนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตกำเริบตามมา (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, พิชัย แสงชาญชัย, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล และดรุณี ภูขาว, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า มีการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มแบบ ประคับประคองและโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Williams, 1987) ซึ่งรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็น วิธีการที่มีประโยชน์มาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการให้ความสำคัญของการทำหน้าที่ของ ครอบครัวและมีการยอมรับในบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตมาก สำหรับการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด นั้น Mueser et al. (2012) ได้พัฒนาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีปัญหาโรคร่วมนี้ โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด การฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อลดความเครียดของครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้สามารถจัดการกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การบำบัดในรูปแบบนี้สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Lincoln et al. (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วยนั้น มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคและป้องกันอาการกำเริบได้ โดยการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (Meyers, Miller, Smith & Tonigan, 2002) ลดการใช้สารเสพติดลง (O'Farrell & Fals-Stewart, 2000) รวมถึงกิจกรรมบำบัดครอบครัวได้ผลดีกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (Stanton & Shadish, 1997 cited in Mueser, 2003) อีกทั้งพบว่า การบูรณาการโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทและสารเสพติด ในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติด จะได้ผลดีว่าการแยกบำบัดโรคจิตเภท หรือการบำบัดสารเสพติดเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barrowclough et al., 2001)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาและการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็น การช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมฟื้นฟูอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (Anderson et al., 1980; 1986; จิราพร รักการ, 2549) ซึ่งในระยะต่อมา Sharif et al. (2012) ได้พัฒนารูปแบบการให้

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย เน้นการบำบัดแบบการรู้คิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีวิธีการจัดการกับอาการทางจิต มีทักษะในการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบว่ามี การนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (psychoeducation intervention for family member) มาใช้ลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Mueser et al. (2012) และ Sharif et al. (2012) มาพัฒนาเป็นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อใช้บำบัดในการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา (Drake, 2003) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อสารแอมเฟตามีน แม้จะใช้ในปริมาณต่ำๆ ก็สามารถทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ (Lieberman, 1997) เพราะแอมเฟตามีนจะทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มสูงขึ้นจึงทำให้มีอาการกำเริบ (Marc Laruelle and Anissa Abi-Dargham, 1999) และทำให้อาการทางจิตรุนแรง (symptom severity) เพิ่มมากขึ้น (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544) ดังนั้นรูปแบบการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคร่วมนี้จะต้องให้ความสำคัญทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่ไปพร้อม ๆ กัน เพื่อลดอาการทางจิตไปพร้อมกับการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกหรือลดการใช้สารเสพติดลงด้วย (Drake, 2003)



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นนั้น ประกอบด้วย ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Green et al. (2007) ที่สรุปแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดไว้ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) diathesis – stress model คือ การเกิดโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ stress ซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูง ระดับ stress ที่ไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงข้าม หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำ ระดับ stress ที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้ 2) ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาเสพติดเนื่องจากบกพร่องด้านการรับรู้ ขาดความรู้ มีการศึกษาที่ต่ำ ขาดผู้สนับสนุนดูแล สมาชิกในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด 3) การใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ และลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยาทางจิตเวช นอกจากนี้ปัจจัยด้านครอบครัวยังมีผลต่อการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท เช่น แรงกดดันจากครอบครัว (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2552) การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว (โสภา ขปิลมันน์, 2540) การขาดการสื่อสารที่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2558) และการที่ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิตจากการเสพสารเสพติด (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2552) การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วย (มาลี แจ่มพงษ์และคณะ, 2551) ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นผู้มีความสำคัญต่อการบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser et al. (2012) ที่ได้พัฒนาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด การฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อลดความเครียดของครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจ พบว่าการบำบัดในรูปแบบนี้สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาของ Sharif et al. (2012) ที่ใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในการบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุกขั้นตอน เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค อาการ และการรักษา ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยา อาการเตือนของอาการกำเริบและการป้องกันอาการกำเริบ และฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การสื่อสาร การจัดการอาการกำเริบ การเผชิญปัญหา การเผชิญความเครียด และวิธีผ่อนคลายความเครียด ซึ่งผลจากการติดตาม 1 เดือน หลังการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอาการทางจิตดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducational intervention for family member) ตามแนวคิดของ Mueser et al. (2012) และ Sharif et al. (2012) มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อช่วยลดความรุนแรงของ

อาการทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมในประเทศไทย โดยรูปแบบการบำบัดที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินการแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนเป็นรายครอบครัว จำนวน 9 กิจกรรม ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลาในกิจกรรมครั้งละ 60 นาที และมีการติดตามประเมินผลความรุนแรงของอาการภายหลังจบโปรแกรม 1 เดือน โดยมีแนวทางการดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัวและพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องอาการและพฤติกรรมที่สำคัญของผู้ป่วย (Sharif et al., 2012) สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย ใส่ใจอย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือ ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ทำให้ร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดี รวมทั้งทำให้สมาชิกครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Sharif et al (2012) ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่า ตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือรักษาเป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Yamashita, 1996) ประกอบไปด้วยเรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย การหาสาเหตุของการใช้สารแอมเฟตามีน ปัจจัยที่ทำให้ไปใช้สารแอมเฟตามีน ผลเสียที่ตามมาจากการใช้สารแอมเฟตามีน อาการและความแตกต่างของการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (Mueser et al., 2009) ให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้สารเสพติด (sharif et al., 2012) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความรู้เพิ่มเติมในเรื่องโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกของอาการ

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง ผลดีและผลเสียของยาทางจิตเวช การส่งเสริมความร่วมมือในการ

รักษา ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย พุดคุยถึงเรื่องผลดี ผลเสียของยาทางจิตเวชและอาการข้างเคียงของยา เน้นความสำคัญ ในการรับประทานยา ฝึกทักษะการจัดการจัดยาด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมา ตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ ความเข้าใจและช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผล ต่อความรุนแรงของอาการให้ดีขึ้น (sharif et al., 2012)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวและระหว่างสมาชิก ภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผย ในฐานะผู้พูดและผู้ฟัง โดยฝึกให้ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฟังและลดการกล่าวโทษ ตำหนิติเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า การ ติดต่สื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการ รับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม (Brandt and Weinert, 1985)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว เป็น การฝึกทักษะการฟังการพุดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวก พัฒนาการยอมรับผู้อื่นและผลกระทบของการ แสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและ ครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการที่ลดลงได้ (sharif et al., 2012)

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและ การจัดการกับอาการกำเริบ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของ อาการกำเริบ เป็นสิ่งที่เกิดก่อนการมีอาการทางจิตที่รุนแรง วิธีการสังเกตอาการเตือนของอาการ กำเริบ บทบาทของครอบครัวในการป้องกันอาการกำเริบ (Sharif et al., 2012)

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญ ความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อ

สถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังตึงเครียดบางส่วน (Lazarus & Folkman., 1984) ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการเผชิญความเครียดภายในครอบครัว หาแนวทางในการลดความเครียด (Sharif et al., 2012) ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีให้เหมาะกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้นมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cokan & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543)

กิจกรรมที่ 8 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วยการฝึกการผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายด้านร่างกาย เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น สร้างอารมณ์ขัน การคิดในทางบวก การทำสมาธิ การใช้ความเงียบเพื่อหยุดความคิดตัวเองในเรื่องที่ทำให้เครียดซึ่งสามารถใช้ลดความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การทบทวนความรู้และทักษะที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูความถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้จริงหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะมีการติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน

การดำเนินกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม ด้วยแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษานี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ที่จะนำไปสู่ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่จะลดลงได้

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่แสดงความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม ประเมินได้จากระดับความมากน้อยของอาการ โดยใช้แบบวัด PANSS-T (Positive and Negative Syndrome Scale) มีระดับเกณฑ์การให้ความรุนแรงแบ่งเป็น 7 ระดับ คือ อาการตั้งแต่ 1 (ไม่มีอาการ) จนถึง 7 (มีพยาธิสภาพในขั้นรุนแรงมาก)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง กระบวนการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วม พร้อมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้น โดยการประยุกต์จากรูปแบบ psychoeducational intervention for family member ของ Sharif et al (2012) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยมีหลักการสำคัญคือ การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัว (family education) การสื่อสาร (Communication) การแก้ปัญหา (Problem-solving) และการฝึกวิธีการจัดการกับปัญหา (Coping skills) ซึ่งการจัดการดูแลตามที่กล่าวมานี้สามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนลงได้ ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว 20 ครอบครัว (แต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิกจำนวน 3 คนคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว) จำนวน 9 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 จะมีการให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้านและมีการติดตามประเมินผล ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีน หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วย

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้เรื่องยาทางจิตเวช ผลดีและผลเสียของยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และฝึกการจัดการรับประทานเองโดยมีผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดยา

ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ โดยฝึกให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฟังและลดการกล่าวโทษ ตำหนิติเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวก พัฒนาการยอมรับผู้อื่นและผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

ครั้งที่ 6 **การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ** หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบและสามารถบอกถึงแนวทางการป้องกันอาการกำเริบได้

ครั้งที่ 7 **การพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด** หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 8 **เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด** หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ทราบถึงวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด และสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดร่วมกันได้

ครั้งที่ 9 **กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย** หมายถึง การบำบัด ในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ทบทวนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับมาก่อนการจำหน่ายกลับบ้านและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มของความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม ประกอบด้วยลักษณะอาการทางบวกและอาการทางลบ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20) และใช้สารแอมเฟตามีน ตามแนวคิดทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

การดูแลตามปกติ หมายถึง การบำบัดในกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ขณะรับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การทำกลุ่มกิจกรรม 18 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การประเมินอาการทางจิต ครั้งที่ 2 Expressive/ART Therapy ครั้งที่ 3 โรคสมองตื้อตา ครั้งที่ 4 ผลกระทบจากสารเสพติดและสุราและแรงจูงใจในการเลิกเสพหรือเลิกดื่ม ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดด้วยเทคนิค CBT ครั้งที่ 6 Relaxation ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 7 ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก สถานการณ์เสี่ยง ครั้งที่ 8 ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช ครั้งที่ 9 การใช้เวลาว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 10 ประเมินครอบครัว ครั้งที่ 11 ความรู้โรคร่วมจิตเวช ครั้งที่ 12 การใช้เวลาว่าง ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 13 การดูแลตนเอง ครั้งที่ 14 ทักษะทางสังคม ครั้งที่ 15 Relaxation ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 16 ความหวัง กำลังใจ พันภัยยาเสพติด/สุรา ครั้งที่ 17 Socrates 8 A ครั้งที่ 18 Family psychoeducation

ครอบครัว หมายถึง เป็นครอบครัวที่พบทั่วไปในปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ไปอาศัยอยู่ร่วมกัน ประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 2 คนขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต หรือมีความผูกพันกันทางด้านจิตใจก็ได้ (จิราพร ชมพิกุล และคณะ 2552)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น
2. สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนได้
3. ได้รู้รูปแบบการบำบัดในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนโดยใช้บทบาทของพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช



## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
  - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
  - 1.4 การดำเนินโรค
  - 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
  - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
  - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารแอมเฟตามีน
  - 2.3 ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
  - 2.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
  - 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท
  - 3.1 ความหมายความรุนแรงของอาการ
  - 3.2 ลักษณะอาการแสดงที่สำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
  - 3.3 การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
5. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม อาการของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) มีผู้ให้ความหมายไว้พอสรุปได้ดังนี้

Sadock & Sadock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) ถึงแม้ไม่มี ความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเป็นอาการเด่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อหน้าที่ มีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุ ลักษณะอาการทางคลินิกมีหลายอย่าง และมักเป็นเรื่องร้ายรักษาโรคจิตถือว่าสำคัญเพราะทำให้อาการดีขึ้นได้ ควบคู่กับการรักษาทางจิตใจและสังคม ตลอดจนการฟื้นฟูทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง ลดภาระของครอบครัวและสังคมได้

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงนิช (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบได้บ่อย มีอาการทางจิต ประกอบไปด้วย การหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอนอย่างชัดเจน (Prominent hallucinations) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized speech) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized) หรือ catatonic มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภท คือสภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) โดยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิด พฤติกรรมแปลกๆ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้กล่าวถึงโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

WHO (2013) กล่าวว่า โรคจิตเภทว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีลักษณะอาการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังและความรุนแรงที่สุดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออก เช่น หลงผิด และประสาทหลอน

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม สภาวะที่ไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ากการของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ส่งผลต่อการทำหน้าที่หลายๆ ด้าน ในชีวิตของผู้ป่วย

## 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท สรุปได้ดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอนว่าความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมคืออะไร เชื่อว่ามี heterogeneous genetic basic ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากก็ยิ่งมีโอกาสเป็นสูง มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านสารเคมีในสมอง (Neurochemical Factor)

สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) มีการเพิ่มขึ้นของ dopamine บริเวณ mesolimbic pathway สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวก หากสาร dopamine ทำงานน้อย จะพบในส่วนบริเวณ prefrontal และหลักฐานทางเภสัชวิทยาพบว่า ผลที่เกิดจากการใช้ Amphetamine เป็นปัจจัยสำคัญของ dopamine hypothesis ของโรคจิตเภท โดยมีงานวิจัยที่แสดงถึงการได้รับสาร psychostimulants ขนาดสูงซ้ำๆ อาจนำไปสู่การเกิด paranoid psychosis และสาร psychostimulants ในขนาดต่ำจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นหรือทำให้อาการมากขึ้นได้ สารสื่อประสาทอีกชนิดที่มีความน่าสนใจ คือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin-2 receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ส่วนสารอื่นๆ เช่น Norepinephrine, GABA, และ glutamate ซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงานของ dopamine ก็อาจสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทได้เช่นกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558)

### 1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคและประสาทสรีรวิทยา (Neuroanatomy and Neuropathology)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี

ventricle โตกว่าปกติ มีปริมาณการลดลงของ amygdala และ hippocampus มีการสูญเสียของ cortical gray matter และ ventricular enlargement จะสัมพันธ์กับการไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งมีระดับการทำงานที่แย่ง และการสูญเสีย frontal cortical volume จะสัมพันธ์กับการลดลงของกลุ่มอาการลบได้ซ้ำ แต่กลับมีกลุ่มอาการทางบวกที่เร็วขึ้น รวมทั้งการลดจำนวนเซลล์สมองบริเวณ frontal และ temporal cortex จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบที่แย่ง (Cahn et al., 2002; Gur et al., 1998; Thompson et al., 2001; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์, 2552)

#### 1.2.4 ปัจจัยระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอด (Prenatal and perinatal factor)

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอดสูงกว่าบุคคลทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเวลาก่อนและหลังคลอด พบว่าปัจจัยหลายอย่างจะเพิ่มภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภท เช่น น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม ภาวะหลังคลอดภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง การอดอาหารของมารดาในช่วงไตรมาสแรก หรือการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโต (Cannon et al., 2002; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์, 2552; )

#### 1.2.5 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor)

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีความไวต่อความเครียดมากกว่าผู้อื่น ตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี มีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ปัจจัยด้านครอบครัว และสังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อสภาพของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน และพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

### 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวก (positive symptom) และอาการทางลบ (negative symptom) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

#### 1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) อาการของโรคจิต

(psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) ความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (disorganized dimension) ได้แก่ การพูดจาจargon การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ ซึ่งจัดไว้ในกลุ่มอาการดังนี้

**1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusions)** ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusions) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) การหลงผิดที่มีลักษณะแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusions) ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

**1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations)** ได้แก่ เสียงที่ได้ยินเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน เป็นการได้ยินเสียงคนอื่นพูดเรื่องราวของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) เสียงแว่วนี้จะเป็นเสียงที่สนใจกำลังจะฟังอยู่ และจะดังรอบตัวมากขึ้นหาหากรอบตัวไม่มีเสียงที่ชัดเจน ประสาทหลอนรองลงมาคือการเห็นภาพหลอน ภาพหลอนอาจจะเป็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ส่วนใหญ่จะเห็นสีสน มีรายละเอียดชัดเจน ส่วนประสาทหลอนทางกลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรู้อรสแปลก ๆ อาจจะมีพบได้แต่ไม่บ่อย

**1.3.1.3 อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (disorganized thought and speech)** ผู้ป่วยมักคิดในลักษณะที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็จะเปลี่ยนเรื่องทันที โดยเรื่องที่เปลี่ยนไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมากๆ การวางคำในประโยคจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ (lack of insight)

**1.3.1.4 อาการด้านพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior)** พฤติกรรมจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด เช่น ซึ่งอาจจะเกิดจาก การหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือ ความคิดแปลกๆ บางครั้งจู่ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่ยอมนอน แต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมากจนต้องพามาพบแพทย์

### 1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms)

แสดงอาการให้เห็น ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้นเฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มี

เหตุผล ระยะเวลาหลังมักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ ชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ลง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองพร่องไป มีความพร่องในการจำชั่วคราว (working memory)

สรุป ลักษณะอาการของโรคจิตเภทจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (positive symptom) เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดคำพูดผิดปกติและมีพฤติกรรมแปลกๆ และอาการทางลบ (negative symptom) เช่นพูดน้อย แยกตัว หน้าตาเรียบเฉย เชื่องช้า

#### 1.4 การดำเนินโรค

ระยะของการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

**1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase)** ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป จะมีปัญหา ของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของคนๆ นั้น ความบกพร่องนี้อาจประกอบไปด้วย การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป มีปัญหาด้านอารมณ์ การสื่อสาร ความนึกคิดและประสบการณ์ที่ผิดธรรมดา สุขนิสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกว้าโลกของตนเองเปลี่ยนไป เป็นผลจากการแปลความที่ต่างไปจากคนอื่น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน สัมพันธภาพกับญาติหรือเพื่อน คนใกล้ชิดมักเห็นว้าผู้ป่วยเปลี่ยนไป

**1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase)** ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจนส่วนมาก จะพบอาการด้านบวก

**1.4.3 อาการหลงเหลือ (residual)** อาการจะมีลักษณะคล้ายกับอาการระยะก่อนเริ่มอาการแต่อาการประสาทหลอน หลงผิดยังคงหลงเหลืออยู่ และอาจมีอาการรุนแรงฉับพลันมาอีกในช่วงต่อๆมาได้ (acute exacerbation) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

สรุปการดำเนินโรค มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจเป็นแบบเฉียบพลัน บางรายอาการอาจจะน้อยไม่ชัดเจน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัดแล้วญาติจึงนำมารับการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแล้วบางรายอาจหายขาดหรืออาจยังคงเป็นๆ หายๆ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพความพร่องในหน้าที่การงาน และสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองไร้ค่า ประเมินตนเองผิดไปจากความจริงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นโรคที่น่ารังเกียจ เกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

#### 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเน้นแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ในแต่ละวิธีมีส่วนช่วยผู้ให้ป่วยอาการทุเลาและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในอย่างปกติสุขช่วยป้องกันผู้ป่วยกลับมารักษา ซ้ำได้

**1.5.1 การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention)** การรักษาด้วยยานั้นเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการให้สงบแล้วยังช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคได้คือ ควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว จากอาการที่วุ่นวายหลังจากอาการสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

**1.5.1.1 ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase)** เป้าหมายของการรักษาในระยะต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบโดยเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น ฤทธิ์ของยาจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็ว หากการรักษาผู้ป่วยสักระยะประมาณ 2 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นอาจจะมีการพิจารณาปรับขนาดเพิ่มมากขึ้นหรือมีการเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ดี และอาการข้างเคียงน้อยกว่ายาในกลุ่มเก่า ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีต่ออาการทางบวกหรืออาจจะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

**1.5.1.2 ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase)** หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นที่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง ขนาดยาที่ได้รับควรสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน เพื่อควบคุมอาการต่อไป การลดยาลงเร็ว หรือ หยุดยาในช่วงนี้ก็อาจทำให้อาการผู้ป่วยกลับมากำเริบได้ (มานโซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

**1.5.1.3 ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase)** เป็นช่วงที่อาการผู้ป่วยทุเลาลง แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อ เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบ หลังจากนั้นก็ค่อยๆปรับลดยาลง จนถึงระดับยาค่ำสุดที่ควบคุมได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจำเป็นจะต้องให้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์ ระยะยาว (long acting) (มานโซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

ปัจจุบันมีการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้นเนื่องจากมียากกลุ่มใหม่ที่มีฤทธิ์ในการรักษาอาการทางบวกได้ผลดี และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาน้อยกว่ายากกลุ่มเดิม เช่น ยาคโลซาปีน (clozapine) ริสเพอริโดล (risperidone) โดยเริ่มให้ในขนาดที่ต่ำ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรืออยู่ไม่นิ่งอาจจะต้องพิจารณายาในกลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) หรือ ถ้ามีอาการทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ครั่นครั่ง สนุกสนาน อาจจะต้องพิจารณายา ควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) หรือยาด้านเศร้า (antidepressant) ใดๆก็ตาม ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้ เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

### **1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)**

การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นได้ผลดีไม่เท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดย ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้งจำนวนทั้ง 12

ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

**1.5.3 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions)** การรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่ใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ การบำบัดทางด้านจิตสังคมมักใช้กับการรักษาด้วยยา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคม แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแต่ปัญหาทางสังคมยังมีต่อไป การรักษาทางจิตสังคมนั้นยังเหมาะสมกับผู้ป่วย ที่มีอาการด้านลบ ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจทำให้การรักษาผู้ป่วยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การรักษาทางจิตสังคมโดยกล่าวสรุปมีดังต่อไปนี้

**1.5.3.1 กลุ่มบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy)** การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ให้รู้จักการใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

**1.5.3.2 กลุ่มบำบัด (group therapy)** วิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การแก้ปัญหา การใช้เหตุผลตามสภาพความจริง การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

**1.5.3.3 กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)** เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ในแง่ของการเรียนรู้ที่สมาชิกจะได้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม จากการรับฟังปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่มและจากข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยถึงผู้ป่วย และจากผู้บำบัด เกิดบรรยากาศที่ไม่เครียด ทำให้สมาชิกที่มีความรู้สึกที่คล้ายกัน เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในกลุ่ม (ภัทราภรณ์ พุ่มปิ่นคา, 2551)

**1.5.4 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy)** วัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาพฤติกรรมถดถอยแลพฤติกรรมไม่สมวัย เช่นการฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การดำรงชีวิต วิธีการที่นิยมคือการวางเงื่อนไข ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมที่ต้องการ การให้รางวัลซึ่งเป็นการแสดงว่าผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

**1.5.5 การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)** ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่อาการสงบควบคู่กับการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

**1.5.6 ครอบครัวบำบัด (family therapy)** มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมถูกต้อง และสร้างสรรค์ ลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (high expressed emotion) ของสมาชิกในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสระบายความทุกข์ใจ แสดงความเห็นใจ ทำให้ได้ผ่อนคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

สรุปการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกจนการวางแผนการกลับไปอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและการดูแลแบบทีม สหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสถานบริการในระดับปฐมภูมิ การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดปัญหาการกลับมาซ้ำซ้ำได้

## **1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท**

### **1.6.1 หลักการพยาบาลทั่วไป**

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ใหญ่การพยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเรียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

**1.6.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย** เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดตนเองและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปลงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยตนเอง

**1.6.1.2 การพยาบาลด้านความคิด** สิ่งที่ทำให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยทำให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความ



จริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1.6.1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทาง คำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกต พฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

#### 1.6.1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มี

อาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพที่พยาบาลมองไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

#### 1.6.1.2.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

มีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาล หงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

#### 1.6.1.2.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียว

ของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ ห้างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น โดยที่ยังไม่ได้ ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยควมหวาดระแวงและหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะ ทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อไม่ให้คนที่ อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย พัฒนาทักษะทางด้านสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

### 1.6.2 การใช้กระบวนการทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, 2554)

### 1.6.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.6.2.1.1 การประเมินด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วย ปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอ เพียงใด พยาบาลให้การสังเกตและสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.6.1.1.2 การประเมินด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดในระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด

1.6.1.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนไหน และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.6.1.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรม กระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.6.1.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องให้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจ ก่อน อย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

### 1.6.2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งทางด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ และอาการต่างๆ ไป ที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ การแยกตัว อาการความบกพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

### 1.6.2.3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.6.2.1.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในระยะแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

1.6.2.1.3.1.1 การดูแลความปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว จนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.6.2.1.3.1.2 การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกหมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

1.6.2.1.3.1.3 การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังในการเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.6.2.1.3.1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดการวางแผนการพยาบาลที่เน้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

1.6.2.1.3.1.5 การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ประโยชน์ และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

1.6.2.1.3.1.6 พัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

**1.6.2.4 การวางแผนระยะยาว** เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

1.6.2.4.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

1.6.2.4.2 การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

1.6.2.4.3 การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพเขตต่างๆ

### 1.6.2.5 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการ

พยาบาลดังนี้

1.6.2.5.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

1.6.2.5.2 ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการ

เผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.6.2.5.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

1.6.2.5.4 ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

1.6.2.5.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1.6.2.5.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่

เหมาะสม

1.6.2.5.7 ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่

ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

#### 1.6.2.6. การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนภายหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

1.6.2.6.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะที่ไม่รู้สติ

1.6.2.6.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

1.6.2.6.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

1.6.2.6.4 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น และสังคมดีขึ้น

1.6.2.6.5 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการพัฒนาบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

1.6.2.6.6 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและรอบคอบ ประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครบทุกๆ ด้าน การวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องให้ตรงกับ การประเมินปัญหาที่พบ วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม อีกทั้งต้องประเมินผลทางการพยาบาล

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

### 2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

ยังไม่พบว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนไว้โดยตรง แต่จะพบว่ามี การให้ความหมายรวมเป็นยาเสพติด พอสรุปได้ดังนี้

**Banerjee, Clancy and Crome (2002)** กล่าวว่า ผู้ที่ใช้สารเสพติดที่มีโรคร่วม คือผู้ที่มี ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่าคำที่ใช้ได้บ่อย ได้แก่ Psychiatric Co morbidity, Co morbidity, Co-existing, Dual diagnosis, Co-occurring disorder

**SAMHSA (2005)** กล่าวว่า ผู้ป่วยสารเสพติดและสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยใช้คำว่า Co-occurring disorders (COD)

**พิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552)** ได้กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สาร เสพติดร่วมด้วย สามารถทำให้เกิดโรคทั้งสองขึ้นพร้อมกัน จะมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบของ ในด้านการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน เป็นผู้ป่วยที่มีโรคทาง จิตเภทเกิดขึ้นร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งให้ผลในทางลบต่อโรคที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการ ดำเนินโรคที่แย่ลง หรือการบำบัดรักษา

### 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยจิตเภท

#### 2.2.1 ลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาในการใช้สารเสพติด เพื่อต่อต้านอาการทางลบ เช่น ง่วงนอน พุดน้อย เฉยชา หนีสังคม และไม่สนุกสนานกับสิ่งที่เคยสนุกสนาน หรือ มีภาวะสิ้นหวัง (Addington and Duchak, 1997; Dixon et al., 1991; Fowler et al., 1998; Scheller-Gilkey et al., 2004; Sommers., 1985)

#### 2.2.2 ต่อต้านอาการทางบวก

หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบคือ อาการทางบวก ผู้ป่วยจิตเภทมักจะใช้ สารแอมเฟตามีนเพื่อต่อต้านอาการทางบวกที่เพิ่มมากขึ้น เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง หูแว่ว และการมีพฤติกรรมแปลกๆ (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, 2544)

#### 2.2.3 บรรเทาอาการข้างเคียงของยา

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยาทางจิตเวชจะมีผลข้างเคียง เช่น ง่วงนอน มือสั่น อาการกระวนกระวาย (Akatisia) จากอาการ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน จึงใช้สารแอมเฟตามีนในการบรรเทาอาการดังที่กล่าวมา (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, 2544)

## 2.2.4 ครอบครัวและสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะอาการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและรุนแรง อาการผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้จะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับความเดือดร้อน ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันภายในครอบครัว ขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ขาดความรักความเข้าใจที่ดีต่อกัน อีกทั้งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิตที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด ซึ่งปัจจัยต่างๆดังกล่าวมานั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและนำไปสู่ปัญหาการใช้สารเสพติด (Francell.,1988; โสภาศปีลมันน์, 2540; เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2552; WHO, 2013)

## 2.3 ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อผู้ป่วยจิตเภท

### 2.3.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

การใช้สารแอมเฟตามีน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก แอมเฟตามีนทำให้ไม่รู้สึกหิวทำให้ผู้ใช้ขาดอาหาร มีการกระตุ้นประสาท นอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้ออกกำลังกาย อ่อนเพลีย เชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย สุขภาพทรุดโทรมลง ก่อให้เกิดโรคได้ง่าย อีกทั้งยังส่งผลในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียนและการประกอบอาชีพ มีอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้ง ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ มีปัญหาเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าสิ้นหวัง รวมไปถึงการทำผิดกฎหมาย (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ,2544; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

### 2.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

การติดสารเสพติดมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมาก เป็นที่เข้าใจกันดีอยู่ว่าผู้ป่วยยาเสพติดโดยอ้อมมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรมและค่านิยม การเจ็บป่วยและความพิการ มีความขัดแย้งความรุนแรงภายในครอบครัวและผลของสารเสพติดจะทำให้ผู้ป่วยขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจจะทำอันตรายต่อบุคคลในครอบครัวโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา การสูญเสีย ครอบครัวถูกครอบงำทางด้านจิตใจ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2554)

### 2.3.3 ผลกระทบต่อสังคม

โดยสะท้อนให้เห็นในรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมากขึ้นและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย ปัญหาอาชญากรรม โรคติดเชื้อและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยมีความขัดแย้งภายในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน อีกทั้งยังกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด เกิดปัญหาการว่างงานและปัญหาอาชญากรรมตามมา (พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล,2555; พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552; Mueser et al., 2009)

## 2.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ซึ่งปัจจุบันมีการบำบัดแบบหลากหลายรูปแบบ มีการทบทวนเอกสารทางการแพทย์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัด พบว่า โปรแกรมการบำบัดที่ผสมผสาน การบำบัดทางยา จิตสังคมบำบัด และการให้คำปรึกษาที่มีความเฉพาะเจาะจง ต่อการใช้สารเสพติดให้ผลการบำบัดที่ดี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ดังนี้

**2.4.1 Individual Psychotherapy** เป็นการบำบัดรายบุคคล เพื่อให้มีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้เหมาะสมขึ้น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิดของตนเอง และแก้ความขัดแย้งภายในจิตใจ ที่อาจจะส่งผลต่อปัญหาการเสพยาได้

**2.4.2 Group Psychotherapy** เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดเหมือนๆ กันเข้าร่วม ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งในจิตใจ การควบคุม อารมณ์และความคิดของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัวจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม

**2.4.3 Family Intervention** การให้ความช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดต่างๆ รวมถึงกระบวนการในการบำบัดรักษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการช่วยผู้ป่วย รวมถึงการดูแลตนเองจะสามารถช่วยให้การรักษาผู้ป่วยประสบผลสำเร็จได้มากขึ้น

**2.4.4 Self-help group** เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดรวมตัวกัน ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพยายามเลิกเสพยา การปรับตัวกับปัญหาในชีวิตประจำวันต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก

**2.4.5 Therapeutic community** เป็นชุมชนที่ทีมผู้บำบัดจำลองขึ้นเพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่เลิกยาแล้วให้กลับมาทำกิจกรรมหรือการทำงานได้ตามปกติ เป็นการเตรียมผู้ป่วยในด้านสังคมและจิตใจให้พร้อมก่อนที่จะออกไปอยู่ในสังคมจริง วิธีนี้มีประสิทธิภาพมากสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วย

## 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด

1. การรวบรวมข้อมูล มีเป้าหมายเช่นเดียวกับการให้พยาบาลจิตเวชในกลุ่มอื่น ข้อมูลที่ควรรวบรวม ได้แก่

- 1.1 ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ปวยเคยใช้ และก่อนใช้ที่จะมาขอรับการรักษาครั้งนี้
- 1.2 วิธีการน าสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การดม การสูด การกิน การฉีด

- 1.3 ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง
  - 1.4 ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สารและหลังสุดผู้ป่วย ใช้สารเสพติดเมื่อไหร่
  - 1.5 สภาพการณ์ที่ผู้ป่วย ต้องใช้สารเสพติดนั้นๆ
  - 1.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการต่างๆทางร่างกายและจิตใจ
2. อาการและอาการแสดงในภาวะฉุกเฉิน นอกจากความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติดในแต่ละกลุ่มแล้วพยาบาล ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย วยสารเสพติดต้องสามารถให้การช่วยเหลือโดยด่วน ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเป็นพิษหรือเมื่อขาดสาร
    3. ข้อมูลตามแผนสุขภาพ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมามักไม่บอกปัญหาที่ แท้จริงจนเอง ดังนั้นอาจต้องให้การรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือของผู้ป่วยมากขึ้น
    4. การปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วย วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลา นาน โดยเริ่มจากชั้นตอนพิษสารเสพติดไปจนกระทั่งผู้ป่วยหยุดใช้ซึ่งพยาบาลจิตเวชควรมีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ดังนี้
      - 4.1 เป้าหมายในระยะสั้น (short-term objectives)
        - ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลขณะถอนพิษสารเสพติด
        - ประเมินอาการจากการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือ
        - ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก
      - 4.2 เป้าหมายในระยะสั้น (intermediate objective)
        - ประเมินอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะถอนพิษ พร้อมกับกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือ
        - กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้เข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดกับอาการทางจิต
      - 4.3 เป้าหมายในระยะสั้น (long-term objectives)
        - กระตุ้นให้ผู้ป่วย วยมีส่วนร่วมในการรักษา และมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องใช้สารเสพติด
        - ประเมินภาวะเครียดและแรงกดดันต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก
        - สนับสนุนให้ผู้ป่วยเปิดเผยหรือสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดอีกพร้อมทั้งสนับสนุนหาวิธีแก้ปัญหาแบบ ต่างๆ
- การแปลผลการใช้ประเมินในโรงพยาบาลจิตเวช
- Critical phase (วิกฤต/ฉุกเฉิน) ระดับคะแนน 0 – 6
  - Acute phase (แรกรับ) ระดับคะแนน 7 – 13
  - Sub-Acute phase (เรื้อรัง/บำบัด) ระดับคะแนน 14 – 20



## การประเมินAssessment

### Critical phase (วิกฤต/ฉุกเฉิน) คะแนน 0 – 6

1. การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล
2. การจัดการความคิดอารมณ์และ การแสดงออกของตนเอง
3. การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน
4. การพูดคุย อยู่ร่วมกับผู้อื่น
5. การไว้วางใจ
6. การแสดงความคิดเห็น
7. การบอกความรู้สึก
8. พยาธิสภาพทางกาย
9. ผลกระทบจากการรักษา
  - มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต (ABC)
  - มีผลกระทบ/เสี่ยงที่รุนแรงถึงชีวิต จัดอยู่ใน phase นี้

### Acute phase (แกร็บ) คะแนน 7 – 13

1. การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล
2. การจัดการความคิดอารมณ์ และการแสดงออกของตนเอง
3. การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตร ประจำวัน
4. การพูดคุย/การอยู่ร่วมกับผู้อื่น
5. การไว้วางใจ 6. การแสดงความคิดเห็น
7. การบอกความรู้สึก
8. พยาธิสภาพทางกาย
9. ผลกระทบจากการรักษา

### Sub-Acute phase (เรื้อรัง บำบัด) 14 – 20

1. การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล
2. การจัดการความคิดอารมณ์ และการแสดงออกของตนเอง
3. การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตร ประจำวัน
4. การพูดคุย/การอยู่ร่วมกับผู้อื่น
5. การไว้วางใจ
6. การแสดงความคิดเห็น
7. การบอกความรู้สึก
8. พยาธิสภาพทางกาย

## 9.ผลกระทบจากการรักษา

Maintenance phase (บำบัดระยะยาว) คะแนน 21 ขึ้นไป

1. การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/ บุคคล
2. การจัดการความคิดอารมณ์ และการแสดงออกของตนเอง
3. การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตร ประจำวัน
4. การพูดคุย/การอยู่ร่วมกับผู้อื่น
5. การไว้วางใจ
6. การแสดงความคิดเห็น
7. การบอกความรู้สึก
8. พยาธิสภาพทางกาย
9. ผลกระทบจากการรักษา

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- Critical phase 1. มีภาวะเพื่อสับสนเนื่องจากพิษยาเสพติด  
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนพิษยาเสพติด

- Acute phase 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น  
2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ฤทธิ์ข้างเคียงของยา  
3. เสี่ยงต่อการหลบหนีเนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย  
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า  
5. บกพร่องทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรมเนื่องจากการรับรู้

## ผิดปกติ

- 6 เสี่ยงต่อการมีอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหลงผิด

ประสาทหลอนและพฤติกรรมหวาดระแวง

7 มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากอยู่ในภาวะหวาดระแวง หลงผิดและประสาทหลอน

8 มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น และมีภาวะแยกตัวเอง

Sub-Acute phase 1. มีการปรับตัวต่อแผนการรักษาดีขึ้น

2. มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และทักษะการปฏิเสธ

3. เสี่ยงต่อการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาและการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

4. วิตกกังวลเนื่องจากต้องการกลับบ้าน Maintenance phase เพื่อ

ส่งเสริมการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น D-method

### Intervention

Critical phase (วิกฤต/ฉุกเฉิน) คะแนน 0 –6

1. ช่วยฟื้นคืนชีพให้ปลอดภัยในราย ที่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็น อันตรายต่อชีวิต
2. ป้องกันอันตรายจากการทำร้าย ตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน
  - จำกัดพฤติกรรม
  - พิจารณานิตยา prn.
3. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย
4. ใส่ระวางผู้ป่วย 24 ชั่วโมง และ บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที
5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอ
6. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุข สบายด้านร่างกายจิตใจ
7. พิจารณารายงานอาการผู้ป่วย เพื่อแพทย์พิจารณาปรับอาการ รักษา
8. ให้ข้อมูลอาการ/อาการ เปลี่ยนแปลงและแนวทางการรักษา แก่ญาติ

Acute phase (แรกรับ) คะแนน 7 –13

1. ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/ หลบหนี
2. ประเมินเทศให้มีการรับรู้บุคคล สถานที่เวลาได้ถูกต้อง
3. สร้างสัมพันธภาพเพื่อความ ไว้วางใจ
4. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและ น้ำอย่างพอเพียง
5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ดูแลสุข วิทยาส่วนบุคคล
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ตามแผนการรักษา
7. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากิจกรรมบำบัดที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนและระยะเวลาสั้น เช่น เข้าร่วมกลุ่ม กับเพื่อน 2-3 คน กลุ่มอ่าน หนังสือพิมพ์
8. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและ แนวทางการรักษาแก่ญาติ

Sub-Acute phase (เรื้อรัง บำบัด) คะแนน 14 –20

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น กิจกรรมบำบัดภายในตึกและ ศูนย์กิจกรรมบำบัด ชมเชยและ ให้กำลังใจ
3. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน
4. กระตุ้นและส่งเสริมให้สนใจ สิ่งแวดล้อมข่าวสารภายในและภายนอกโรงพยาบาล
5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเรียนรู้การ อยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย
6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่อง โรค การรักษา และการสังเกต อาการข้างเคียงของยา

7.ดูแลให้ได้รับการรักษาตาม แผนการรักษา ให้คำปรึกษาแก่ญาติรายบุคคล รายกลุ่ม

Maintenance phase

- 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการ บำบัด เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมสนับสนุนการเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มบำบัด
- 2.ให้ข้อมูลเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และแหล่งขอความช่วยเหลือ กรณีฉุกเฉิน
- 3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ต่อเนื่อง
- 4.ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเพื่อติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล Out Come

Critical phase

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาด้วย Med , Non Med
- ได้รับสารอาหารและน้ำพอเพียง
- ลดความวิตกกังวลของญาติ Acute phase
- อากาทางจิตลดลง
- ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

Sub-Acute phase และ Maintenance phase

- ผู้ป่วยดูแลตนเองและสามารถอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ
- ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ญาติมีความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยาและรู้วิธีการกับอาการทางจิตกำเริบ

กรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด

จากการศึกษานิคมติของการติดสารเสพติด ทำให้เราเข้าใจถึงกลไกการติดยาในมุมมองของสมองมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ การจะให้ความช่วยเหลือผู้ติด สารเสพติดให้ผ่านพ้นช่วงที่ยากลำบาก คือ ตั้งแต่เริ่มแรกที่สูงแล้วผู้ติดสารเสพติดเกือบทุกคนจะไม่มี แรงจูงใจในการบำบัดรักษา มักมีจิตปฏิเสธว่าตนเองไม่มีปัญหาไม่ได้ติด ดังนั้นทฤษฎีของสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลจึงมีความจำเป็น เมื่อพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ในระดับหนึ่งแล้ว ในระยะของการแก้ปัญหา จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งต้องใช้กระบวนการที่จะทำให้ผู้ติดยาเข้าใจตนเอง และสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผ่านการปรับเปลี่ยนความคิดทางปัญญา เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ติดสารเสพติด สามารถ หยุดใช้ยา และไม่กลับไปติดซ้ำอีกในระยะยาว ซึ่งความคิดในการนำทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญามา ใช้ในปัจจุบันที่เป็นที่ยอมรับ ผ่านการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกา คือ การใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด ( Matrix Program )

ดังนั้น จากการนำ 2 ทฤษฎีมาประยุกต์ได้ เป็นกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด ดังต่อไปนี้

1. การสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในขั้นนี้ เป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลและผู้รับ การบำบัด พบกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดแรงจูงใจ เพราะส่วนใหญ่แล้ว ผู้ติดสารเสพติด มักคิดว่า ตนเองไม่มีปัญหา จะหยุดเมื่อไรก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตน พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจผลดี ผลเสีย ของพฤติกรรมของเขา พยาบาลมีท่าทีอบอุ่น เป็นมิตร รับฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลจะมีบทบาทเป็นครู โดยความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการใช้สารเสพติดต่อไป บทบาทเป็นแหล่งสนับสนุน (Resourcer) ให้แนวทาง วิธีการรักษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย

2. ผู้รับบริการสามารถหยุดใช้สารเสพติด พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำตามวิธีการที่ ตนเองเลือก โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยมีทักษะต่างๆในการ หยุดใช้สารเสพติด ตระหนักถึงปัญหา ยอมรับและดำเนินการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงหยุดใช้ยา พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้นำริเริ่มให้ ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน และที่สำคัญ คือ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ชำนาญด้าน เทคนิค สอนทักษะที่สำคัญ โดยนำความรู้เรื่องยาเสพติดมา ผสมผสานกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดเรียนรู้วิธีการต่างๆ ในการจัดการกับความคิด พฤติกรรม อารมณ์ที่เกี่ยวข้องใน การที่จะกลับไปใช้ยา

3. การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติด พยาบาลจะมี บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้ชำนาญในการให้ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการใน การดำเนินชีวิต จัดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจกับ ผู้ป่วยถึงความสามารถในการช่วยตนเอง ในการหยุดใช้ยา ให้ความหวัง กำลังใจ สนับสนุนให้ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่ไม่ใช้ยา สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล การดูแลสุขภาพตนเอง การออก กำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนการควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากยา พยาบาลมีบทบาท ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมกันในการดำเนินชีวิตโดยไม่ใช้ยา

4. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ญาติมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทในการ สร้างสัมพันธภาพกับญาติ เพื่อให้ครอบครัวมีความไว้วางใจพยาบาล เพื่อที่จะได้เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งเสริมให้ เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัว ในการแก้ไขปัญหของ สมาชิกในครอบครัว พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้แสดงความคิดเห็น และหาทาง ร่วมกันในการแก้ไขปัญห สนับสนุนให้ญาติได้แสดง ความ ห่วงใย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ คำปรึกษาครอบครัว หรืออาจต้องมีบทบาทเป็นผู้ทดแทนให้ผู้ป่วยหรือญาติ ในบางสถานการณ์ เปิด โอกาสให้ญาติจูงใจผู้ป่วยในการหยุดสารเสพติด สนับสนุนให้ญาติให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พยาบาลแสดง

บทบาทเป็นผู้นำในการจัดการกับปัญหาที่ญาติ และผู้ป่วยอาจมีความไม่เข้าใจกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ เห็นอกเห็นใจกัน และสามารถอยู่ด้วยกันได้อย่างมีความสุข แผนการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกยา เนื่องจากไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของการเสพติด

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนน้อม
2. ให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จูงใจ ผู้ป่วยโดยให้รับรู้ว่า พฤติกรรมในปัจจุบันเป็นอุปสรรคอย่างไรกับเป้าหมายในชีวิต
3. พุดคุยให้ผู้ป่วยได้สำรวจถึงผลดีผลเสียที่ตามมาจากพฤติกรรมของเขา เน้นให้ทราบว่าเขาคือ ผู้ที่ รับผิดชอบต่อพฤติกรรมตนเอง
4. หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกนี้ผู้ป่วยยังมีความสับสนเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง
5. ให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุการติดยา แนวทางการบำบัดรักษา วิธีการที่จะหยุดใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้ และทักษะในการหยุดใช้ยา ระยะเริ่มต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการหยุดยา เทคนิคการหยุดความคิดเพื่อไม่ให้เกิดความอยากยา แยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากยา
2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ในการเลิกยา เรียนรู้ว่าคุณคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้
3. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้นต่างๆ และการจัดอุปกรณ์การเสพยา
4. พุดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับวงจรการอยากยา และหาวิธีที่จะหยุดวงจรนั้นด้วยตัวเอง โดยพยาบาลมี หน้าที่เป็นผู้ให้แนวทาง และให้กำลังใจสนับสนุน
5. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นในช่วงขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ปวด ศีรษะ และหาแนวทางในการจัดการกับอาการดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย

### ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยขาดทักษะในการปฏิเสธและมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาซ้ำ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสัญญาณเตือนภายในของการหวนกลับไปใช้ยาซ้ำ และสามารถหยุดยั้งได้ทัน
2. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมี พฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด
3. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากความตั้งใจ
4. สอนทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อ ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ
5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ ๆ ในชีวิต
6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้โอกาสของการกลับไปใช้ยาซ้ำ อาจเกิดขึ้นได้ ทว่าไม่ใช่ความล้มเหลว แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

### ปัญหาที่ 4 ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับ และตั้งใจรับฟังปัญหาของ ครอบครัว ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดของสมาชิกในครอบครัว
2. ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับกระบวนการติดยา และกระบวนการเลิกยา เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยให้ครอบครัวให้อภัย เห็นใจ และสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัด เลิกยาได้อย่างต่อเนื่อง
3. สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และเรียนรู้วิธีการหาแนวทางต่าง ๆ ร่วมกับ ผู้ป่วย
4. สอนเทคนิคการเรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ที่กำลังเลิกยา เรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ต่อกันในครอบครัว
5. สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัด และครอบครัว มีการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดการเลิกยาอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

### ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยขาดทักษะในการใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่ใช้ยา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังการเลิกยา เพื่อให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตหลังเลิกยา

2. สอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักฝึกวิธีการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ภายใต้บรรยากาศของ มิตรภาพ และความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

3. สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถที่ผู้ป่วยหยุดยาได้ด้วยตนเอง เสริมความมีคุณค่าในตนเองให้ ผู้ป่วย

4. ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และครอบครัว ในการดำเนินชีวิตที่สมดุล การจัดการกับกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะจัดเวลาในการทำงาน พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมในสังคมให้ เหมาะสม และสมดุล สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และไม่ใช้ยา

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท

#### 3.1 ความหมายความรุนแรงของอาการ

Moorhead, Johnson & Maas (2004) ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ตามการรับรู้ ในทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และหน้าที่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของความรุนแรงไว้ว่า หนักมาก, แรงแรงมาก, เกินปกติ เช่น ดูว่าอย่างรุนแรง คัดค้านอย่างรุนแรง ความคิดเห็นรุนแรง และให้ความหมายของอาการไว้ว่า ความเป็นอยู่, ความเป็นไป สภาพ เช่น อาการไข้

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) กล่าวว่า กลุ่มอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่คนทั่วไปไม่มีอาการดังกล่าว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ positive และ Negative syndrome ประเมินได้จากระดับความมากน้อยโดยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative syndrome scale: PANSS)

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ positive symptom และ Negative symptom ที่จะมีอาการของโรคที่รุนแรง

#### 3.2 ลักษณะอาการแสดงที่สำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน

ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมจะมีอาการทางจิตรุนแรงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการใช้สารเสพติดแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ (Mueser et al., 2009)

##### 3.2.1 อาการทางบวก (Positive symptom)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน จะทำให้มีอาการกำเริบเป็นระยะหรือทำให้มีอาการมากขึ้นได้ (Turunen et al., 2007) และกระตุ้นให้เกิดอาการทางบวก (Talamo et al., 2006) ซึ่งอาการทางด้านบวกมีดังต่อไปนี้ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของ



การพูดและ ความผิดปกติของพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

3.2.1.1 ความคิดหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบได้บ่อย คือ

3.2.1.1.1 Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย

3.2.1.1.2 Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่น เห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาตน

3.2.1.1.3 Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง

3.2.1.1.4 Thought withdrawal ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง

3.2.1.1.5 Thought insertion ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของผู้อื่นใส่เข้ามาในสมองตน

3.2.1.1.6 Thought broadcasting ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของผู้ป่วย

3.2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อย คือเสียงคนพูดว่า หรือสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือโต้ตอบหรือรู้สึกกลัว หรือรู้สึกกลัว

3.2.1.3 ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูด หรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า loose association หรือผู้ป่วยฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad

3.2.2.4 ความผิดปกติของพฤติกรรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมในลักษณะวุ่นวายต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก ถึงมีพฤติกรรมพลุ่งพล่าน กระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือคำหยาบ

### 3.2.2 อาการทางลบ (Negative symptom)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนมักพบมีอาการทางลบน้อยกว่าอาการทางบวก เนื่องจากสารแอมเฟตามีนเป็นสารที่กระตุ้นประสาททำให้เกิดอาการทางบวกได้มากกว่า แต่จะพบอาการทางลบได้หลังจากการหยุดยาแล้ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์) อาการ

ทางด้านลบมีดังต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) และขาดความสนใจในทุกกิจกรรม (avolition)

3.2.2.1 อารมณ์เฉยเมย สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการตอบสนองหรือการแสดงกิริยาท่าทาง วิธีการตรวจอาการนี้ คือสังเกตดูอาการขณะผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.2.2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อย ไม่สนใจสิ่งที่จะตอบ

3.2.2.3 ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงาน หรือกิจกรรมด้านสังคม

### 3.3 การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

#### 3.3.1 แบบวัดความรุนแรงของอาการจิตในผู้ป่วยจิตเภท

3.3.1.1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการจิต Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาเครื่องมือโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ดังนั้นสำหรับ Positive และ Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 คะแนน และสำหรับ General Psychopathology Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 16-112 คะแนน นอกจากนี้สามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 คะแนนนี้จะสะท้อนถึงความแตกต่างของอาการ และบอกว่าอาการใดเด่นกว่าอีกอาการหนึ่งเล็กน้อยเพียงใด สุดท้ายนี้ยังมีคำถามเพิ่มเติมอีก 3 ข้อที่จะใช้เมื่อต้องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงการคิดคะแนนจะเทียบคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน (T-scores)

#### แปลผล เกณฑ์คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต

มากกว่า 70 อยู่ในระดับ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ

66ถึง70 อยู่ในระดับ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก

61ถึง65 อยู่ในระดับ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

56ถึง60 อยู่ในระดับ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย

45ถึง55 อยู่ในระดับ อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย

40ถึง44 อยู่ในระดับ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย

35ถึง39 อยู่ในระดับ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

30ถึง34 อยู่ในระดับ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในอันที่จะร่วมมือกับบุคลากรผู้รักษา เพื่อเป็นการลดความเครียดอันก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ (education) การฝึกฝน (training) การประคับประคอง (support) และการให้การปรึกษา แทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ดังนี้

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำ ความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็น ความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยลักษณะของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 5.1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 5.2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 5.3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
- 5.4) รับฟังครอบครัว และช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5.5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 5.6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 5.7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 5.8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

5.9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

- 5.10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 5.11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 5.12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วย
- 5.13) การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อประโยชน์ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้ (จิราพร รักการ, 2549)

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟู ลดอัตราการป่วยซ้ำในโรงพยาบาล ลดปริมาณการใช้จ่าย พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ประโยชน์ต่อครอบครัว คือ เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิต พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว ลดความตึงเครียด พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ประโยชน์ต่อผู้รักษา คือ พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่หลากหลาย และวิธีการรักษาพยาบาล ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้ พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

## 5. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สาร

### แอมเฟตามีน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ความรุนแรงของอาการทางจิต ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (psycho-educational intervention for family member) ตามการศึกษาของ Sharif et al. (2012) ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบไปด้วยการบำบัดทั้งหมด 10 กิจกรรม ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที ซึ่งการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และมีการอภิปรายก่อนจบกลุ่มทุกครั้ง ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาและผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องยาและการร่วมมือในการรับประทานยา กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และการป้องกันอาการกำเริบ กิจกรรมที่ 5-6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว กิจกรรมที่ 7 การจัดการกับอาการของผู้ป่วยและทักษะการเผชิญปัญหา กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม กิจกรรมที่ 9 การจัดการความเครียดภายในครอบครัว กิจกรรมที่ 10 วิธีการผ่อนคลาย

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการนำแนวคิด โครงสร้างและรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Sharif et al. (2012) มาประยุกต์ใช้เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ทั้งนี้ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่มีการพัฒนาขึ้นจะประกอบด้วยสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเหมือนในการศึกษาของ Sharif et al. (2012) แต่จะมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้อง และครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในประเทศไทย โดยสิ่งที่ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมจากการศึกษาดังกล่าวประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องโรค อาการและการรักษา กล่าวคือ มีการปรับกิจกรรมจาก 10 กิจกรรมเหลือ 9 กิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน และในส่วนของเนื้อหา มีรายละเอียดในการมีปรับดังนี้

ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในส่วนของกิจกรรมที่ 2 คือ เพิ่มเนื้อหาในส่วนของโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด อากาการ และการรักษา เพิ่มกิจกรรมที่ 9 ในเรื่องการทบทวนความรู้ก่อนจำหน่ายและมีการติดตาม 1 เดือน

สำหรับวัตถุประสงค์สำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คือ ลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว** มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการบำบัด โดยช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมจะมีการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัด หลังจากนั้นจะประเมินความต้องการของครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงความสำคัญของอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย และแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ

**กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีน** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักถึงผลของการใช้สารแอมเฟตามีนที่มีต่อความรุนแรงของอาการทางจิต อีกทั้งยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้สารเสพติด และให้ความรู้ที่จำเป็นเรื่องโรคร่วมจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย การหาสาเหตุของการใช้สารแอมเฟตามีน ปัจจัยที่ทำให้ไปใช้สารแอมเฟตามีน ผลเสียที่ตามมาจากการใช้สารแอมเฟตามีน อาการและความแตกต่างของการรักษาโรคร่วมจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน หลังจากนั้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ต่อจากนั้นจัดให้มีการถามและตอบคำถามเพื่อความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

**กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรักษาด้วยยา สังเกตผลดีและผลเสียของยาทางจิตเวช และจัดการกับผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช เน้นความสำคัญในการรับประทานยา ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือด้วย เปิดโอกาสให้

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ซักถามถึงข้อสงสัยในการนำไปปฏิบัติจริง

**กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมและได้รับการฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว โดยฝึกให้ผู้ป่วยและสมาชิกฟังและลดการกล่าวโทษ ตำนานิตีเยน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการแสดงย้อนกลับ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และตอบสนองระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยให้ ฝึกทักษะการสื่อสาร อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัยในการนำไปปฏิบัติจริง

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิต หลังจากนั้นอธิบายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดี เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไข เมื่อผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมโดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ซักถามถึงข้อสงสัยระหว่างการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

**กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบ และการจัดการกับอาการกำเริบ** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้มีทักษะในการประเมินความผิดปกติของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของอาการกำเริบ วิธีการสังเกตอาการเตือนของอาการกำเริบ บทบาทของครอบครัวในการป้องกันอาการกำเริบและจัดการกับอาการกำเริบ โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อสำรวจพฤติกรรมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และร่วมกันวิเคราะห์แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้เหมาะสมในขณะกลับไปเยี่ยมบ้านและในชีวิตจริง จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัย

**กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันหาวิธีการลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น โดยผู้บำบัดมีการกระตุ้นและส่งเสริม

ให้สมาชิกภายในครอบครัวร่วมกันหาแนวทางในการลดความเครียดและพัฒนาให้มีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

**กิจกรรมที่ 8 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เกิดทักษะในการผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การฝึกความคิดที่เหมาะสม เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ หรือการหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทางบวก เช่น การหากิจกรรมใหม่ๆ ทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว และยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เกิดความมั่นใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการและดูแลอาการกำเริบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะการจัดการ ยา ฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และ ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเตือนและอาการกำเริบ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้จริง

สิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 พยาบาลทำการประเมินความรู้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 และติดตามประเมินผลความรุนแรงของอาการหลังจำหน่าย 1 เดือน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**จิราพร รักรการ (2549)** ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังการทดลองพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**Mueser et al.(2012)** ได้ศึกษาการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและครอบครัวของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วม (N=108) ในกลุ่มที่ 1 ได้รับ Family Education (ED) Program ใช้เวลา 2-3 เดือน และกลุ่มที่ 2 ได้รับ



Family Intervention ใช้เวลา 9-18 เดือน ติดตามทุก 6 เดือนในระยะ 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง มีใช้สารเสพติดลดลง ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติดดีขึ้น ลดภาระการดูแลของญาติและการทำหน้าที่หลายๆ อย่างดีขึ้น ส่วนญาตินั้น มีความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**Sharif et al. (2012)** ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ออาการทางจิตและภาระการดูแลของผู้ดูแล ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนและกลุ่มควบคุม 35 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและยาทางจิตเวช กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยมีการดำเนินกิจกรรม 10 กิจกรรม ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า มีอาการทางจิตลดลงและภาระการดูแลลดลงของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

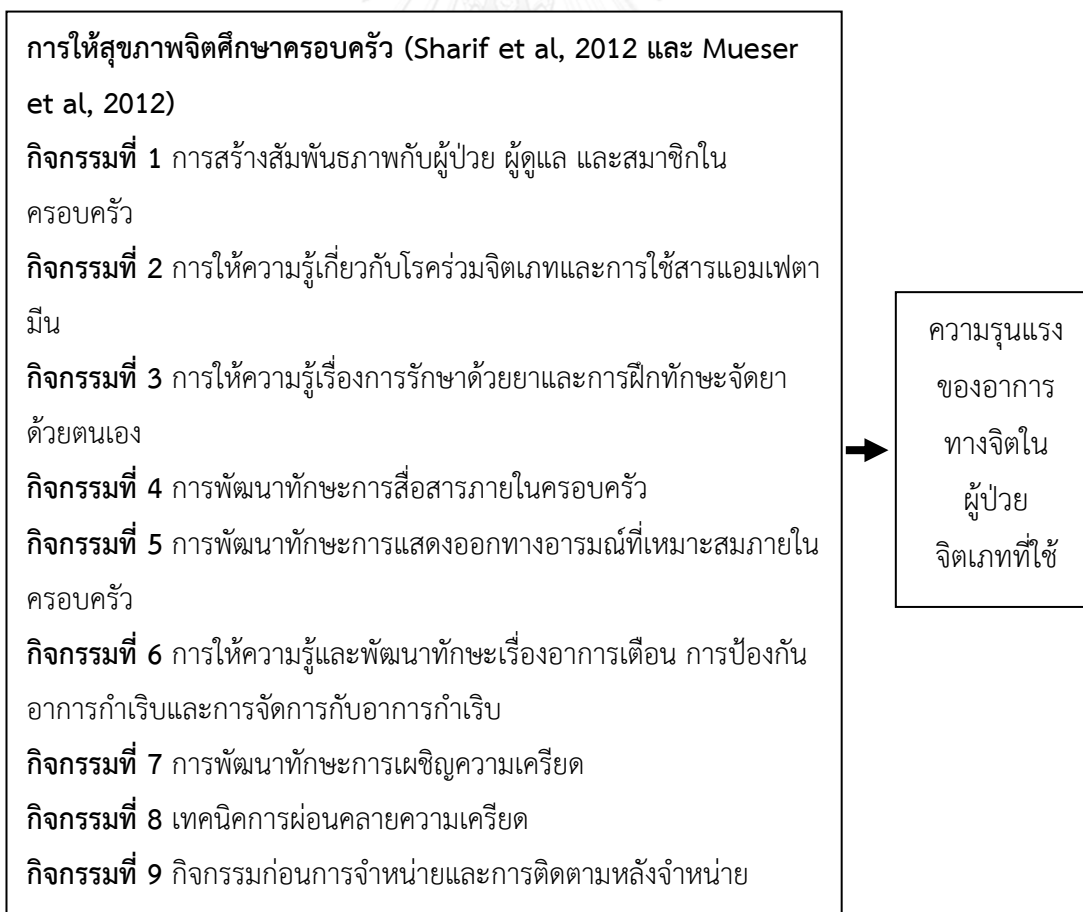
Tolamo et al. (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทกับอาการทางบวก (Positive symptom) และ อาการทางลบ (Negative symptom) เป็นการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้และไม่ใช้สารเสพติดเทียบกับแบบประเมิน Positive Syndrome and Negative Syndrome Scale โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ Meta-Analysis ทั้งหมด 9 เรื่อง (N=725) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมมักเป็นผู้ชายและมีคะแนน Positive symptom สูงจากการใช้แบบประเมิน Positive Syndrome and Negative Syndrome Scale

Aguglia E. et al. (2007) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในเครือข่ายจิตเวชประเทศอิตาลี เป็นการวิจัยแบบ Randomized control trails กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 150 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการรักษาตามปกติรวมถึงการใช้ยาต้านโรคจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติรวมการใช้ยาต้านโรคจิต ทำกลุ่ม 8 ครั้งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า ในกลุ่มทดลองจำนวนครึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับการรักษาซ้ำใน 1-3 ครั้งช่วงที่ติดตามไป 6 เดือน และ 12 เดือน หลังจำหน่าย ลดลงมากกว่า ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) และอาการทางจิต ประเมินจากค่า BPRS พบว่า เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่า BPRS ลดลงทั้ง 2 กลุ่ม อย่างไรก็ตามเมื่อนำมาเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม หลังการบำบัด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่า BPRS ลดลงมากกว่า ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ค่า SAPS พบว่า เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่า SAPS ลดลงทั้ง 2 กลุ่ม อย่างไรก็ตามเมื่อนำมาเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม หลังการบำบัด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่า SAPS ลดลงมากกว่า ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) และ ค่า SANS พบว่า เมื่อ

เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่า SANS ลดลงทั้ง 2 กลุ่ม อย่างไรก็ตามเมื่อนำมาเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม หลังการบำบัด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่า SANS ลดลงมากกว่า ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน สาเหตุที่สำคัญของการเกิดความรุนแรงของอาการทางจิต คือผู้ป่วยและ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งประเมินโดยเครื่องมือ Positive Syndrome and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้นำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Sharif et al (2012) ผสมผสานกับแนวคิดของ Mueser et al. (2012) มาประยุกต์ใช้ การดำเนินการโดยเน้นการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถแสดงใน



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt & Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

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

- X หมายถึง การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20) และใช้สารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และใช้สารแอมเฟตามีน จากการชักประวัติหรือผลการตรวจปัสสาวะ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพศชาย อายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน

20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และใช้สารแอมเฟตามีน ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. เพศชาย มีอายุ 18-59 ปี ที่มีอาการสงบอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug)
3. มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่า หรือเท่ากับ T-scores 45-55 โดยใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบปัสสาวะมีสาร Amphetamine positive
5. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกตามที่ได้กำหนดไว้เกือบทั้งหมด ยกเว้นบางคนที่ไม่พบว่ามีสาร Amphetamine positive แต่มีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีนก่อนเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและใช้สารแอมเฟตามีน

#### เกณฑ์การคัดเลือกครอบครัว

1. ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ให้การดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา รวมถึงการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยทำหน้าที่เหล่านี้มาแล้วเป็นเวลา 1 ขึ้นไป
2. สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือเครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็น บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด ได้แก่ บุตร และเป็นผู้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและจะผู้ดูแลหลักในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา รวมถึงการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

#### เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง หรืออยู่ในระยะ critical phase

ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ทั้งหมดโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรม

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน และหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวนทำให้ความแปรปรวนลดลง (Glove, Burn & Gray, 2013) ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 40 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มตัวอย่าง 20 คน

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แผนกผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched- paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต และครอบครัว เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปรมีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้

3.1 คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต มากกว่าหรือเท่ากับ T-scores 45-55 โดยใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีคะแนนของอาการทางจิตเพิ่มขึ้นจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS (Talamo et al., 2006)

3.2 ครอบครัว โดยพิจารณาจากครอบครัวที่มีพ่อ แม่ พี่ น้อง หรือเครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหรือเป็นผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งจากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (Francell., 1988; โสภา ซปีลมันน์, 2540; เพชรี คันธสายบัว และคณะ, 2552; WHO, 2013)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดำเนินการจนครบ 20 คู่ ดังปรากฏในตารางที่ 1 หน้าที่ 65

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเกิดความเข้าใจ และจะได้รับการชี้แจงการขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยที่สามารถทำได้หากในระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างต้องการจะขอยกเลิก โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และมีการเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducational interventional for family member)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาเครื่องมือโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สร้างโดย ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542)

โดยรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์รูปแบบและเนื้อหาจากการศึกษาของ Sharif et al. (2012) และ Meuser et al. (2012) มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Sharif et al (2012) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของ Meuser et al. (2012)

1.2 กำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนของการให้สุขภาพจิตครอบครัว ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการใช้สารแอมเฟตามีนที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เรื่องยาที่ใช้ในการรักษา ผลข้างเคียงของยาและการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียง ผักตบชားการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมประจำวัน และเปรียบเทียบการสื่อสารทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม รวมถึงวิธีการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม มีการฝึกให้สังเกตอาการอาเจียนและอาการกำเริบ พร้อมทั้งวิธีจัดการอาการอาเจียนและอาการกำเริบในแต่ละระดับความรุนแรง อีกทั้งให้ความรู้ในเรื่องความเครียดและผักตบชားการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผักตบชားการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจและวิธีอื่นๆ และสุดท้ายคือการทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ได้รับก่อนจำหน่าย

1.3 สร้างการให้สุขภาพจิตครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยใช้แนวคิดของ Sharif et al. (2012) และ Meuser et al. (2012) ในการ

สร้างรูปแบบเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตครอบครัวครอบครัว หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายครอบครัว ประกอบไปด้วย 9 กิจกรรม ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลา กิจกรรมครั้งละ 60 นาที ดังนี้

### **กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

**สถานที่** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 นาที

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาลและระหว่างสมาชิกกลุ่มทำให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว
3. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนของสมาชิกกลุ่ม

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกกลุ่มยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองและร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้
3. สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
4. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

#### **เนื้อหาสาระ**

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติ เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยความคิด ความรู้สึกและร่วมมือในการค้นหาปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะต้องมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการค้นหาปัญหา มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัด หลังจากนั้นประเมินความต้องการของครอบครัว และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน



ความคิดเห็นกันถึงความสำคัญของอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย และแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1.1 การค้นหาอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท
4. คู่มือผู้ป่วย
5. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
6. ป้ายชื่อและซอง, ปากกา

### กิจกรรม

1. พยาบาลพูดคุยทักทายแนะนำตัวเองและกล่าวทักทายเรื่องทั่วไป แสดงท่าทีที่เป็นมิตรและยิ้มแย้มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยข้อมูล
2. พยาบาลให้สมาชิกแนะนำตนเองเป็นรายบุคคล
3. พยาบาลชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รูปแบบและระยะเวลาที่สมาชิกจะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งทำข้อตกลงและตั้งกฎกติกาของการเข้าร่วมกลุ่มร่วมกันกับสมาชิกและสรุปข้อตกลงและกฎกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม
4. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม
5. พยาบาลแจกแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติแก่ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้ป่วย
6. พยาบาลชี้แจงรายละเอียดในการทำแบบประเมินความรู้ หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมิน
7. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงในใบกิจกรรมที่ 1.1 การค้นหาอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
8. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอใบกิจกรรมที่ 1.1 การค้นหาอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นรายบุคคล
9. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน หลังจากนั้นให้สมาชิกสรุปอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับสมาชิกทุกคน
10. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม
11. ให้สมาชิกพักรับประทานอาหารว่างและเข้าห้องน้ำ พร้อมนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 2

### การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดี

2. บรรยากาศในขณะทำกลุ่มเป็นไปแบบผ่อนคลายไม่ตึงเครียด
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างถูกต้อง
4. สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความเป็นจริง
5. สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและสารแอมเฟตามีน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

**สถานที่** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจถึงผลของการใช้สารแอมเฟตามีนที่มีต่อความรุนแรงของอาการทางจิต
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระตือรือร้นในปฏิบัติตัวที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกผลกระทบของการใช้สารแอมเฟตามีนได้

### เนื้อหาสาระ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักถึงผลของการใช้สารแอมเฟตามีนที่มีต่อความรุนแรงของอาการทางจิต อีกทั้งยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้สารเสพติด และให้ความรู้ที่จำเป็นเรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย การหาสาเหตุของการใช้สารแอมเฟตามีน ปัจจัยที่ทำให้ไปใช้สารแอมเฟตามีน ผลเสียที่ตามมาจากการใช้สาร

แอมเฟตามีน อาการและความแตกต่างของการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน หลังจากนั้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ต่อจากนั้นจัดให้มีการถามและตอบคำถามเพื่อความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 2/2 สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า)
3. ใบกิจกรรมที่ 2.1 จิตเภทชวนรู้
4. ใบกิจกรรมที่ 2.2 ผลของการใช้สารแอมเฟตามีน
5. คู่มือผู้ป่วย
6. Power point
7. ปากกา

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ 1
2. พยาบาลกล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญในการที่สมาชิกกลุ่มจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปดูแลตนเองและผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวสามารถนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยได้
3. พยาบาลประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในเรื่องของสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรมที่ 2.1 จิตเภทชวนรู้
4. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเพื่อตอบคำถามในใบกิจกรรม
5. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกกลุ่มหากพบว่าไม่ถูกต้องพยาบาลช่วยชี้แนะและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยใบความรู้ 2/1 ความรู้ทั่วไปโรคจิตเภท
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยขณะให้ความรู้เพื่อเพิ่มความเข้าใจและให้กำลังใจสมาชิกทุกคน
7. พยาบาลให้สมาชิกแต่ละคนบอกผลกระทบที่ตามมาของการใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ทำลงใบกิจกรรมที่ 2.2 ผลของการใช้สารแอมเฟตามีนและให้สมาชิกนำเสนอเป็นรายบุคคล
8. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกกลุ่มโดยนำใบความรู้ที่ 2/2 สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ช่วยเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย
10. พยาบาลให้สมาชิกสรุปการทำใบกิจกรรมที่ 2.2 และการให้ความรู้ในใบความรู้ที่ 2/2
11. พุดคุยให้กำลังใจแก่สมาชิกกลุ่ม
12. พุดคุยนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกผลกระทบของการใช้สารแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง

### กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาทางจิตเวช ทราบแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้อย่างปลอดภัย

3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้องและครบถ้วน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของยารักษาโรคจิต ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยได้
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกลักษณะอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตได้
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวชได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีขึ้นโดยมีขั้นตอนในการส่งเสริมดังนี้
  - 4.1 สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง
  - 4.2 สมาชิกกลุ่มมีทักษะการจัดยาถูกต้อง ครบถ้วน

#### เนื้อหาสาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา จะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และได้ทราบถึงผลข้างเคียงจากยา และการจัดการกับปัญหาต่างๆ อีกทั้งการฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือด้วย จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

#### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องยารักษาโรคจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 3.1 ยารักษาโรคจิตเภท

3. ใบกิจกรรมที่ 3.2 อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช
4. ใบกิจกรรมที่ 3.3 ค้นหาสาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
5. คู่มือผู้ป่วย
6. กล่องจัดยา
7. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลชี้แจงการทำกิจกรรมและพูดถึงความสำคัญในการรับประทานยา
3. พยาบาลประเมินความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท โดยการพูดคุยซักถามพร้อมทั้งให้สมาชิก ร่วมกันทำใบกิจกรรมที่ 3.1 ยารักษาโรคจิตเภท ในแต่ละข้อประกอบด้วย 1) เรื่องความสำคัญของยา รักษาโรคจิตเภท 2) ประโยชน์ของยา 3) วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย พร้อม ทั้งดูใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องยารักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วย
  4. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
  5. พยาบาลและสมาชิกกลุ่มร่วมสรุปใบกิจกรรมที่ 3.1 ยารักษาโรคจิตเภทและใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องยารักษาโรคจิตเภท
  6. พยาบาลประเมินความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยาของสมาชิกกลุ่ม โดยการพูดคุยซักถามถึง ประสบการณ์ที่เคยพบเจอ หรือความรู้ที่เคยเรียนรู้มา
  7. พยาบาลแจกใบกิจกรรมพร้อมทั้งให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 3.2 อาการข้างเคียงจากยาในข้อ 1
  8. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกกลุ่มโดยนำใบกิจกรรมที่ 3.2 อาการข้างเคียงจากยาและใบ ความรู้ที่ 3/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องยารักษาโรคจิตเภท มาประกอบการอภิปราย
  9. พยาบาลให้สมาชิกช่วยกันสรุปเรื่องอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท
  10. พยาบาลพูดถึงความสำคัญและประเมินความรู้เกี่ยวกับในการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวช พร้อมทั้งทำใบกิจกรรมที่ 3.2 อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช ในข้อ 2 วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
    11. พยาบาลให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
    12. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3.2 อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช พร้อม ทั้งเพิ่มเติมความรู้ในใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องยารักษาโรคจิตเภทและสรุป
    13. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเมื่อขาดยาหรือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะเกิดผลเสียอย่างไร
    14. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสำรวจเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทาน ยาต่อเนื่องได้โดยทำลงใบกิจกรรมที่ 3.3 ค้นหาสาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

15. พุดคุยเกี่ยวกับสาเหตุแต่ละประเด็นเน้นย้ำความสำคัญ ให้เกิดความตระหนัก หากไม่แก้ไขจะทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น
16. ค้นหาแนวทางการแก้ไขและป้องกัน การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากนั้นร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลร่วมอภิปรายการหาแนวทางและให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาคือเป็นไปได้จริง
17. พยาบาลสรุปกิจกรรมและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย
18. พยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อฝึกทักษะการจดยา ได้แก่ ยาผู้ป่วยที่บรรจุของยาพร้อมบอกวิธีการกินไว้อย่างชัดเจน คอนโดยาโดยมีฉลากมียาถูกติดไว้ข้างอุปกรณ์ใส่ยา (มือเช้า, มือกกลางวัน, มื้อเย็น, มื้อก่อนนอน) ครบทุกมื้อ
19. อธิบายให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงประโยชน์ของการจดยารับประทานด้วยตัวเอง
20. กระตุ้นให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจดยารับประทานเอง ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตรวจสอบการจดยาของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่
21. ตรวจสอบการจดยาของสมาชิกซ้ำและหากพบว่าการจดยาไม่ถูกต้องพยาบาลจะดำเนินการกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเน้นการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลัก
22. พยาบาลสรุปกิจกรรมการจดยารับประทาน พร้อมทั้งให้สมาชิกได้พักรับประทานอาหารว่าง เข้าห้องน้ำและนัดทำกิจกรรมที่ 4 ต่อ

#### การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของยารักษาโรคจิต ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยได้ถูกต้อง
2. สมาชิกกลุ่มบอกลักษณะอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง
3. สมาชิกกลุ่มบอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวชได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีขึ้นโดยมีขั้นตอนในการส่งเสริมดังนี้
  - 4.1 สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง
  - 4.2 สมาชิกกลุ่มมีทักษะการจดยาถูกต้อง ครบถ้วน

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

**สถานที่** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มพัฒนาทักษะการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำทักษะการสื่อสารที่สร้างสรรค์ไปใช้ในชีวิตประจำวันกับสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกการสื่อสารทางบวกและทางลบที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงการสื่อสารทางบวกและการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัวได้
3. สมาชิกกลุ่มสามารถแสดงการสื่อสารทางบวกต่อกันได้

### เนื้อหาสาระ

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้มีการสื่อสารที่เหมาะสมและ ได้รับการฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว โดยฝึกให้ผู้ป่วยและสมาชิกฟังและลดการกล่าวโทษ ดำเนินคดีเย็น ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการแสดงย้อนกลับ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และตอบสนองระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยให้ ฝึกทักษะการสื่อสาร อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัยในการนำไปปฏิบัติจริง

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 การสื่อสารภายในครอบครัว
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 การสื่อสารทางบวกและทางลบ
3. ใบกิจกรรมที่ 4.2 การสื่อสารทางบวกและทางลบภายในครอบครัว
4. วัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกและทางลบ
5. คู่มือผู้ป่วย

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญในกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลกล่าวถึงความสำคัญในการสื่อสาร และประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารภายในครอบครัว
3. พยาบาลให้สมาชิกดูวิดีโอเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกและทางลบ พร้อมทั้งทำใบกิจกรรมที่ 4.1 การสื่อสารทางบวกและทางลบ เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจการสื่อสารมากขึ้นและฝึกคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการสื่อสาร

4. พยาบาลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกเรื่องการสื่อสารทางบวกและทางลบ พร้อมนำใบกิจกรรมที่ 4.1 มาประกอบไปด้วย

5. พยาบาลให้สมาชิกแต่ละคนได้ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกและทางลบภายในครอบครัว พร้อมทั้งทำใบกิจกรรมที่ 4.2 การสื่อสารทางบวกและทางลบภายในครอบครัว

6. พยาบาลชี้ประเด็นการสื่อสารทางบวกและกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเปลี่ยนการสื่อสารทางลบให้เป็นทางบวก พร้อมทั้งพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว

7. พยาบาลเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับกับการสื่อสารภายในครอบครัวโดยใช้ใบความรู้ที่ 4.1 การสื่อสารภายในครอบครัว

8. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

9. นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

#### **การประเมินผล**

1. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกการสื่อสารทางบวกและทางลบที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้ถูกต้อง

2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงการสื่อสารทางบวกและการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัวได้ถูกต้อง

3. สมาชิกกลุ่มสามารถแสดงการสื่อสารทางบวกต่อกันได้ถูกต้อง

#### **กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน  
**สถานที่** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 นาที

#### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว

2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

3. เพื่อให้สมาชิกลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) ภายในครอบครัว

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกสามารถบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมได้

2. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวได้



## เนื้อหาสาระ

การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจนำมาซึ่งความขัดแย้งภายในครอบครัว อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการไปใช้สารแอมเฟตามีน ดังนั้นการฝึกทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิต หลังจากนั้นอธิบายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดี นำไปสู่การหาแนวทางแก้ไข เมื่อผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมโดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัยระหว่างการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

## สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 การแสดงออก...ทางอารมณ์
2. ใบกิจกรรมที่ 5.1 การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม
3. ใบกิจกรรมที่ 5.2 ประสพการณ์ด้านอารมณ์
4. วีดีโอแสดงอารมณ์ต่างๆ
5. คู่มือผู้ป่วย

## กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลกล่าวถึงกล่าวสาระสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์
3. พยาบาลประเมินความรู้เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ โดยการพูดคุยซักถาม
4. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 5.1 การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม พร้อมทั้งให้สมาชิกวีดีโอของการแสดงออกทางอารมณ์ต่างๆ และให้ทำลงใบกิจกรรมที่ 5.1 และกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
5. พยาบาลให้สมาชิกร่วมกันสรุปถึงการทำใบกิจกรรมที่ 5.1 พร้อมทั้งพยาบาลนำใบความรู้ที่ 5/1 การแสดงออก...ทางอารมณ์ มาเพิ่มเติมประเด็นที่ขาด
6. พยาบาลให้สมาชิกแต่ละคนทำใบกิจกรรมที่ 5.2 ประสพการณ์ด้านอารมณ์โดยใช้ประสพการณ์ที่ผ่านมา ร่วมกัน พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมร่วมกัน
7. ให้สมาชิกนำเสนอใบกิจกรรมที่ 5.2 ของตนเอง
8. พยาบาลสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นและพูดให้กำลังใจ
9. พยาบาลให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดสรุปหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม พร้อมทั้งนำใบความรู้ที่ 5/1 การแสดงออก...ทางอารมณ์ มาเพิ่มเติมประเด็นที่ขาด
10. สมาชิกได้พักรับประทานอาหารว่าง เข้าห้องน้ำและนัดทำกิจกรรมที่ 6 ต่อ

### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมได้ถูกต้อง
2. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวได้ถูกต้อง

### กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เรื่องและพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบ และจัดการกับอาการกำเริบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน  
สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เรื่องอาการกำเริบและการป้องกันอาการกำเริบ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการกำเริบในชีวิตประจำวันได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกถึงลักษณะของอาการเตือนก่อนอาการกำเริบได้
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้
3. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการกำเริบได้

#### เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้เรื่องอาการเตือนก่อนจะมีอาการกำเริบ มีประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้มีทักษะในการประเมินความผิดปกติของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของอาการกำเริบ วิธีการสังเกตอาการเตือนของอาการกำเริบ และบทบาทของครอบครัวในการป้องกันอาการกำเริบ และการจัดการกับอาการโดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อสำรวจพฤติกรรมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และร่วมกันวิเคราะห์แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้เหมาะสมในชีวิตจริง จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัย

#### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 อาการเตือนของโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 6/2 การจัดการอาการกำเริบของโรคจิตเภท
3. ใบกิจกรรมที่ 6.1 อาการเตือน
4. ใบกิจกรรมที่ 6.2 ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการเตือน

5. ใบกิจกรรมที่ 6.3 วิธีจัดการกับอาการกำเริบ

6. Power point

7. คู่มือผู้ป่วย

#### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ
3. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 6.1 อาการเตือน พร้อมทั้งให้สมาชิกทำใบกิจกรรม
4. พยาบาลสรุปใบกิจกรรมที่ 6.1 พร้อมทั้งเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโดยนำใบความรู้ที่ 6/1 มาประกอบด้วย
  5. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 6.2 ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการเตือน พร้อมทั้งให้สมาชิกทำใบกิจกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกได้ช่วยกันแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการจัดการกับอาการเตือน
  6. ให้สมาชิกได้นำเสนอใบกิจกรรมถึงวิธีการจัดการกับอาการเตือนใน
    7. แต่ละระดับ
    8. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกถึงใบกิจกรรมที่ 6.2 ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการเตือนและใช้ใบความรู้ที่ 6/1 มาประกอบด้วย พร้อมทั้งให้สมาชิกได้สรุปกิจกรรม
    9. 1.พยาบาลกล่าวถึงสาระสำคัญของวิธีการจัดการอาการกำเริบ
    10. พยาบาลประเมินความรู้เรื่องการจัดการกับอาการกำเริบ และเชื่อมโยงปัญหาที่เคยพบในชีวิตประจำวันว่าคงมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการกำเริบของผู้ป่วยมาบ้าง
    11. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 6.3 วิธีจัดการกับอาการกำเริบ พร้อมทำใบกิจกรรม
    12. พยาบาลร่วมอภิปรายใบกิจกรรมที่ 7.1 วิธีการจัดการกับอาการกำเริบและนำใบความรู้ที่ 6/2 การจัดการอาการกำเริบของโรคจิตเภท มาประกอบด้วยเพื่อเพิ่มเติมความรู้ส่วนที่ยังขาด พร้อมทั้งให้สมาชิกสรุปความรู้ที่ได้รับ
    13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและพูดให้กำลังใจแก่สมาชิกและนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงลักษณะของอาการเตือนก่อนอาการกำเริบได้ถูกต้อง
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการป้องกันอาการเตือนได้ถูกต้อง
3. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการกำเริบได้ถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการเผชิญความเครียด

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุของการเกิดความเครียดได้
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการเผชิญความเครียดได้

### เนื้อหาสาระ

การพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวนั้น ร่วมกันหาวิธีการลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น โดยผู้บำบัดมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกภายในครอบครัวร่วมกันหาแนวทางในการลดความเครียดและพัฒนาให้มีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7/1 ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด
2. ใบกิจกรรมที่ 7.1 การเผชิญความเครียด
3. ใบกิจกรรมที่ 7.2 วิธีการเผชิญความเครียด
4. แบบประเมินความเครียด
5. Power point
6. คู่มือผู้ป่วย

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลพูดถึงความสำคัญในการเผชิญความเครียด
3. พยาบาลประเมินความรู้เกี่ยวกับความเครียด และทำแบบประเมินความเครียดเพื่อจะได้ทราบว่าสมาชิกมีความเครียดอยู่ในระดับใด
4. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 8.1 การเผชิญความเครียด พร้อมทั้งให้ทำใบกิจกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น

5. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิก โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 8.1 การเผชิญความเครียดและใบความรู้ที่ 8/1 การเผชิญความเครียด มาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกยังขาดความรู้

6. พยาบาลแจกใบกิจกรรมที่ 8.2 วิธีการเผชิญความเครียด พร้อมทั้งให้ทำใบกิจกรรม และพูดให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเองของสมาชิก

7. พยาบาลร่วมอภิปรายกับสมาชิกถึงวิธีการเผชิญความเครียด โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 8.2 วิธีการเผชิญความเครียด และใบความรู้ที่ 8/1 ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหาเพิ่มเติมส่วนที่ยังขาดอยู่

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย

9. พยาบาลกระตุ้นให้สมาชิกสรุปกิจกรรม

10. พูดคุยให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิก เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

11. ให้สมาชิกพักและนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 6 ต่อ

#### **การประเมินผล**

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุของการเกิดความเครียดได้ถูกต้อง

2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการเผชิญความเครียดได้ถูกต้อง

#### **กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

**สถานที่** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกสามารถบอกถึงเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้

2. สมาชิกให้ความร่วมมือในการฝึกเทคนิคผ่อนคลายร่วมกันได้

#### **เนื้อหาสาระ**

วิธีการผ่อนคลายความเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวนั้น เกิดทักษะในการผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การฝึกวิธีคิดที่เหมาะสม เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ หรือการหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทางบวก เช่น การหากิจกรรมใหม่ๆ ทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวและยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมร่วมกัน

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 8/1 ความรู้เรื่องเทคนิคผ่อนคลายความเครียด
2. คู่มือผู้ป่วย
3. เพลงบรรเลง

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลพูดถึงความสำคัญของเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
3. พยาบาลบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่สมาชิกพร้อมทำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับสมาชิก และเปิดเพลงบรรเลง
4. กระตุ้นให้สมาชิกนั้นทำเทคนิคต่างๆ ไปพร้อมกัน และให้กำลังใจ
5. พยาบาลให้สมาชิกสรุปถึงเทคนิคที่ได้รับว่ามีอะไรบ้าง
6. ให้สมาชิกพักและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง
2. สมาชิกให้ความร่วมมือในการฝึกเทคนิคผ่อนคลายร่วมกัน โดยสมาชิกสามารถปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง

### กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับก่อนจำหน่าย
2. เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกแผนการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายได้โดยใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ

### เนื้อหาสาระ

การทบทวนความรู้และทักษะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับมานั้น จะช่วยให้สมาชิกทราบว่าตนเองยังพร้อมความรู้หรือทักษะในเรื่องใด และสามารถที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมได้ก่อนจำหน่าย ยังเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิกอีกอย่างหนึ่งในการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะการจัดยา ฝึกทักษะ

การสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และ ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเตือนและอาการกำเริบ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งจะมีการติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. แบบติดตาม
2. แบบทบทวนกิจกรรม
3. คู่มือผู้ป่วย
4. Power point
5. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท

### กิจกรรม

1. พยาบาลทบทวนใจความสำคัญของกิจกรรมที่ผ่านมา
2. พยาบาลสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม การได้รับความรู้และการฝึกทักษะในด้านต่างๆ
3. พยาบาลสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม การได้รับความรู้และการฝึกทักษะในด้านต่างๆ
4. การทบทวนกิจกรรมต่างๆเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิกก่อนกลับบ้านพร้อมทั้งเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกอาจจะยังไม่เข้าใจ
  - 4.1 ทบทวนกิจกรรมในเรื่องของวิธีการจัดยาให้ใช้แบบทบทวนวิธีการจัดยา พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ฝึกจัดยาร่วมกัน หลังทบทวนวิธีการจัดยา
  - 4.2 การทบทวนในเรื่องการสื่อสารทางบวกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะมีการทบทวนเรื่องการสื่อสารและการจัดการกับการแสดงออกที่เหมาะสม
  - 4.3 ทบทวนในเรื่องการจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบ กระตุ้นให้สมาชิกยกตัวอย่างอาการเตือน 1 อาการและอาการกำเริบ 1 อาการที่คิดว่าพบได้บ่อย พร้อมทั้งบอกวิธีการจัดการกับอาการทั้ง 2 อาการนั้น
  - 4.4 ทบทวนเรื่องการเผชิญความเครียดและผ่อนคลายความเครียด
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและพูดให้กำลังใจแก่สมาชิก
6. พยาบาลทำการประเมินความรู้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและพูดให้กำลังใจแก่สมาชิก
8. พยาบาลทำการประเมินความรู้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9
9. พยาบาลกล่าวขอบคุณการเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัย และเน้นย้ำความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย
10. พยาบาลบอกถึงการติดตามประเมินผลความรุนแรงของอาการหลังจำหน่าย 1 เดือน

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกแผนการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายได้ถูกต้องโดยใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ

#### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำการให้สุภาพจิตศึกษาครอบครัวไปขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช 2 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็นความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

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

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่านมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงนำการให้สุภาพจิตศึกษาครอบครัวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ของเนื้อหากิจกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้เท่ากับ .88 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะและการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้



1. กิจกรรมที่ 2 ควรเพิ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา Methamphetamine เช่น การระแวงกลัว คนมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลับแกล้ง หูแว่ว และควรเพิ่มเติมยา ICE ลงไปด้วย เพราะมีการระบอบสูงเช่นเดียวกัน เปรียบเทียบและเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ใช้สารแอมเฟตามีนกับกลุ่มที่ไม่ใช้สารแอมเฟตามีนว่ามีความแตกต่างของผลกระทบอย่างชัดเจนต่อความเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง ในกิจกรรมที่ 2.2 ควรเพิ่มหัวข้อให้สมาชิกได้สรุปประเด็นว่ายาบ้ามีผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว อย่างไร จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นในประเด็นที่ตรงกันทำให้ง่ายต่อการสรุปประเด็น

2. กิจกรรมที่ 3 เพิ่มเรื่องของยาต้าน Extrapyrimalidal symptoms (EPS) เพราะผู้ป่วยบางรายไปใช้ยา ACA ทดแทนการอยากเสพยากลายเป็น Benzhexal dependence แทน ยาต้านโรคจิตบางตัวมีผลลด Craving ได้ ควรเพิ่มไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าการกินยามีประโยชน์

3. กิจกรรมที่ 5 ก่อนเริ่มกิจกรรมควรมีการประเมินว่าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับสภาวะทางอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นหรือไม่ เนื่องจากบุคคลบางกลุ่มจะสับสนระหว่าง “ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด ความหวัง” อาจมีการให้สมาชิกกลุ่มได้ลอง Role play ดูเพื่อเป็นการฝึกฝนและทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น

4. กิจกรรมที่ 6 เพิ่มเรื่องความฝันถึงยาเสพติด ในช่วงที่หยุดยาแล้ว ผู้ป่วยบางรายเมื่อหยุดยาไปแล้วสมองก็ยังคิดถึงยาอยู่เพราะอยู่ในส่วนของ Nucleus accumbens ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่าย การฝันถึงยาเสพติด เป็นอาการหนึ่งที่เป็น warning sign ของการกลับไปเสพติด

หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างรายครอบครัว จำนวน 3 ครอบครัว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรม ครบทั้ง 9 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนดและบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม ในเรื่องของปัญหาที่พบในการทดลองใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เช่น เรื่องของระยะเวลา และการนัดสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อทำให้การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการใช้สารแอมเฟตามีนของบุคคลในครอบครัว

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการจิต Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาเครื่องมือโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ประเมินโดยพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูงและได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือนี้ โดยการใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ดังนั้นสำหรับ Positive และ Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 คะแนน และสำหรับ General Psychopathology Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 16-112 คะแนน นอกจากนี้สามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 คะแนน นี้จะสะท้อนถึงความแตกต่างของอาการและบอกว่าอาการใดเด่นกว่าอีกอาการหนึ่งมากน้อยเพียงใด สุดท้ายนี้ยังมีคำถามเพิ่มเติมอีก 3 ข้อที่จะใช้เมื่อต้องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงการคิดคะแนนจะเทียบคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน (T-scores)

### แปลผล เกณฑ์คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต

มากกว่า 70	อยู่ในระดับ	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ
66 ถึง 70	อยู่ในระดับ	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
61 ถึง 65	อยู่ในระดับ	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
56 ถึง 60	อยู่ในระดับ	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
45 ถึง 55	อยู่ในระดับ	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
40 ถึง 44	อยู่ในระดับ	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
35 ถึง 39	อยู่ในระดับ	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
30 ถึง 34	อยู่ในระดับ	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของอาการจิต Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) เท่ากับ .80  
ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (109)

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

**3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับและพัฒนา  
พัฒนามาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติของ ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) เพื่อให้  
เหมาะสมกับญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะ  
เป็นข้อคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภทจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และ  
ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 10, 11, 12 และ 14  
และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9, 13
- 4) การดำเนินของโรคจิตเภท จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 16 และข้อความ  
ทางลบ ได้แก่ ข้อ 15
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 18, 20 และ ข้อความทาง  
ลบ ได้แก่ ข้อ 17 และ 19
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 24, 25, 26, 27, 28  
และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 21, 22 และ 23

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

**แปลผล เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

26 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ	ดีมาก
24-25 คะแนน	อยู่ในระดับ	ดี
22-23 คะแนน	อยู่ในระดับ	ปานกลาง
20-21 คะแนน	อยู่ในระดับ	พอใช้
ต่ำกว่า 20 คะแนน	อยู่ในระดับ	ต้องปรับปรุง

## การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ในระดับคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนความรู้ของผู้ดูแล 23 คะแนนขึ้นไป จากทั้งหมด 28 คะแนน) หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแล ร่วมกันทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)** ผู้วิจัยนำ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547)

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

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้เท่ากับ .89 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ดังนี้

ข้อ 2 ควรปรับว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารเคมีในสมอง เนื่องจากหลักฐานในปัจจุบันไม่ทราบว่าความผิดปกติใดเกิดก่อนหรือเกิดหลังแต่พบว่าโรคจิตเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง

ข้อ 9 ปรับข้อความจากคำว่าคนที่ เป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทแทน

ข้อ 21 ปรับข้อความจากผู้ป่วย “ไม่กล้าทำ” เป็น ให้ผู้ป่วยมี “อาการสงบลง”

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)** ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20 : Kr-20) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (110)

**3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับและพัฒนามาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อความทางบวกได้แก่ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11, 12,13,14,15,16,17,19, 20 ข้อความทางลบได้แก่ข้อ 3, 10, 18 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

#### **แปลผล เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท**

11-20 คะแนน	มีความรู้ระดับสูง
0-10 คะแนน	มีความรู้ระดับต่ำ

**การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน**

**เกณฑ์กำกับการทดลอง**

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ของคะแนนความรู้ ของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในระดับคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนความรู้ของผู้ดูแล 16 คะแนนขึ้นไป จากทั้งหมด 20 คะแนน) หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกันทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่เป็นในการผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4

คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547)

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

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้เท่ากับ .90 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ดังนี้

ข้อ 1 ให้อธิบายความหมายของความหมายโดยให้อาการเด่นทางความคิดมาก่อนอารมณ์ดังนี้ โรคจิตเภทหมายถึงโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น มีการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ ต่างจากคนปกติทั่วไป

**การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)** ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20 : Kr-20) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (110)

#### การดำเนินการทดลอง

##### ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

##### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

##### 1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาต  
ทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.4 จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับหน่วยงานที่  
เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย 1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณา  
เลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอม  
เฟตามีนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการ  
ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจง  
รายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกัน  
ความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม  
โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คนผู้วิจัยทำการ  
ตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched  
pair) ได้แก่ คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต และครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่บ้านเดียวกับ  
ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี

1.7 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็น  
ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตาม  
โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการจับคู่ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะในเรื่องคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตหรือผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ความรุนแรงของอาการทางจิต		ความรุนแรงของอาการทางจิต	
	positive	negative	positive	negative
1	66	36	61	38
2	66	47	65	38
3	69	46	68	47
4	68	46	65	44
5	65	49	65	55
6	61	44	60	43
7	74	57	79	44
8	66	39	61	42
9	69	50	65	44
10	57	34	57	39
11	71	33	69	54
12	58	38	60	39
13	71	60	71	58
14	69	55	68	38
15	69	42	68	36
16	71	60	73	38
17	73	57	74	60
18	73	55	74	44
19	69	52	69	58
20	74	55	76	55
	Positive	Negative	Positive	Negative
	$\bar{X} = 67.85$	$\bar{X} = 48.45$	$\bar{X} = 66.0$	$\bar{X} = 47.30$



## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T)
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
3. ผู้ศึกษานัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (Post-test)
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**กลุ่มทดลอง** ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T)
2. ภายหลังจากการประเมินความรุนแรงของอาการแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 20 กลุ่ม โดยเป็นผู้ป่วย 1 คน รวมกับผู้ดูแล 1 คนและสมาชิกในครอบครัว 1 คน รวมเป็นกลุ่มละ 3 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ตามวัน เวลา และสถานที่ (ดังตารางที่ 2) ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตั้งแต่ 1 กันยายน 2558 - 4 พฤศจิกายน 2558

ตาราง 2 กำหนดการในการดำเนินการตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สัปดาห์ที่/กิจกรรม	ครอบครัวที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว	1,2 และ 3	1 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
			15.00-16.45 น.
กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและสารแอมเฟตามีน	4,5 และ 6	2 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
			15.00-16.45 น.
	7,8 และ 9	3 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.

สัปดาห์ที่/กิจกรรม	ครอบครัวที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา
	10,11และ12	4 กันยายน 2558	13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	13,14และ15	5 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	16,17และ18	6 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	19และ20	7 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น.
<b>สัปดาห์ที่ 2</b>	1,2และ 3	8 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
<b>กิจกรรมที่ 3</b> การให้ความรู้เรื่อง การรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะการ จัดยาด้วยตนเอง	4,5และ6	9 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
<b>กิจกรรมที่ 4</b> การพัฒนาทักษะการ สื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	7,8และ9	10 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	10,11และ 12	11 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	13,14,15และ 16	12 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.

สัปดาห์ที่/กิจกรรม	ครอบครัวที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา
	17,18,19และ 20	13 กันยายน 2558	17.00-18.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
<b>สัปดาห์ที่ 3</b> <b>กิจกรรมที่ 5</b> การพัฒนาทักษะใน การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ภายในครอบครัว <b>กิจกรรมที่ 6</b> การให้ความรู้และ พัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การ ป้องกันอาการกำเริบและการจัดการ กับอาการกำเริบ	1,2และ 3  4,5และ6  7,8และ9  10,11และ12  13,14และ15  16,17และ18  19และ20	14 กันยายน 2558  15 กันยายน 2558  16 กันยายน 2558  17 กันยายน 2558  18 กันยายน 2558  19 กันยายน 2558  20 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น.
<b>สัปดาห์ที่ 4</b> <b>กิจกรรมที่ 7</b> การพัฒนาทักษะใน การเผชิญความเครียด <b>กิจกรรมที่ 8</b> การพัฒนาทักษะการ	1,2และ 3  4,5และ6	21 กันยายน 2558  22 กันยายน 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น.

สัปดาห์ที่/กิจกรรม	ครอบครัวที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา
เผชิญความเครียด	7,8และ9	23 กันยายน 2558	13.00-15.00 น.
			15.00-16.45 น.
	10,11และ12	24 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
			15.00-16.45 น.
	13,14และ15	25 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
16,17และ18	26 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.	
		13.00-15.00 น.	
19และ20	27 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.	
		13.00-15.00 น.	
สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมก่อนการ จำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย	1,2และ 3	28 กันยายน 2558	09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
	4,5และ6	29 กันยายน 2558	15.00-16.45 น.
			09.00-11.00 น.
			13.00-15.00 น.
	7,8และ9	30 กันยายน 2558	15.00-16.45 น.
			09.00-11.00 น.
	10,11และ12	1 ตุลาคม 2558	13.00-15.00 น.
09.00-11.00 น.			
		13.00-15.00 น.	

สัปดาห์ที่/กิจกรรม	ครอบครัวที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา
	13,14และ15	2 ตุลาคม 2558	15.00-16.45 น. 09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	16,17และ18	3 ตุลาคม 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น. 15.00-16.45 น.
	19และ20	4 ตุลาคม 2558	09.00-11.00 น. 13.00-15.00 น.

### รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ในแต่ละกิจกรรม สรุปได้ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว พบว่าการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในครั้งแรก ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษามีประโยชน์อย่างมากเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม หลังจากนั้นทำการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รูปแบบและ ระยะเวลาที่สมาชิกจะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งทำข้อตกลงและตั้งกฎกติกาของการเข้ากลุ่มร่วมกันกับสมาชิกและสรุปข้อตกลงและกฎกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และไม่เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย อาจทำให้ขาดความร่วมมือในระหว่างการทำกิจกรรมวิจัย และอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ หลังจากพูดคุยสร้างสัมพันธภาพแล้วผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มได้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้วิจัยในการเริ่มต้นการให้สุขภาพจิตศึกษา ขณะนี้ทำแบบวัดความรู้ญาติไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนจะมีคำถามเกี่ยวกับแบบวัดความรู้ ตัวอย่างเช่น “ข้อนี้ถูกต้องไหม ไม่เคยรู้มาก่อนเลย” “โรคนี้เนะมันถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ได้หรอก” “การรักษาด้วยไฟฟ้าเห็นในหนังน่ากลัว” “ยาบ้าหรือเห็นแต่เสพยาไปแล้วก็อาละวาดทุกที” จากกิจกรรมการทำแบบวัดความรู้ของทั้งญาติและผู้ป่วยประเมินได้ว่าสมาชิกบางคนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหาอาการหรือพฤติกรรมที่สมาชิกคิดว่าเป็นปัญหาหรือเป็นอาการที่นำมาโรงพยาบาลพร้อมทั้งบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1.1 การค้นหาอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากการทำกิจกรรมนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนบอกอาการที่เป็นปัญหาที่นำมาโรงพยาบาลและเป็นญาติจะเป็นผู้บอกอาการเสริมให้ เช่น “ผมก็ไปเสพยามาแต่ผมก็ไม่คิดว่ามันจะทำ

ให้มีอาการ พอมีอาการมันก็ระแวงกลัวคนอื่นจะมาทำร้าย” “เขาถือมีดจะทำร้ายคนในบ้าน” “ผมจุดไฟเผาบ้านเลยตอนนั้นรู้สึกเหมือนมันคุ้มครองตัวเองไม่ได้” “เวลาถ้าเขามีอาการนะเขาจะบอกว่าเราไม่ใช่พ่อใช่แม่เลย อาหารที่ทำนี่จะไม่กินเลย”

จากกิจกรรมนี้ประเมินได้ว่าครอบครัวแต่ละครอบครัวได้ทราบและรับรู้ถึงอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและสารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยประเมินความรู้ของสมาชิกกลุ่มโดยการถาม เช่น “มีสมาชิกท่านใดพอจะทราบเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทบ้างคะ” และพร้อมทั้งแจกใบกิจกรรม 2.1 จิตเภทชวนรู้ ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมอภิปราย มีสมาชิกบางครอบครัวไม่มีความรู้เลยจะบอกว่า เช่น “นี่นะเกิดมาญาติพี่น้องก็ไม่มีใครเคยเป็นเลยไม่มีความรู้อะไรเลย” “ไม่รู้เลยว่าเข้ารักษาอย่างไรกันบ้างรู้แต่ให้กินยากับฉีดยา” หรือมีสมาชิกบางครอบครัวที่อาจจะมีความรู้จากการสังเกต เช่น “เท่าที่ดูๆมานะที่เขาเป็นโรคนี้น่าจะเกิดจากการที่เขาไปเสพยาบ้านะเพราะเสฟที่ไรมีอาการทุกที ต้องเข้าโรงพยาบาลทุกที” “เห็นอาการเขาแปลกๆ อยู่ๆก็พูดคนเดียว” แจกใบความรู้ 2/1 ช่วยเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่สมาชิกขาดความรู้ หลังจากให้ใบกิจกรรมที่ 2.2 ผลของการใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ผู้ป่วยเป็นคนทำใบกิจกรรมบอกถึงผลดีและผลเสียของสารแอมเฟตามีนโดยให้สมาชิกท่านอื่นช่วย ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกถึงข้อดีของสารแอมเฟตามีนได้แค่ 1-2 ข้อ แต่พบว่าผู้ป่วยจะบอกถึงข้อเสียของสารแอมเฟตามีนได้หลายข้อ ยกตัวอย่างเช่น “เสฟแล้วทำให้ระแวงกลัวคนมาทำร้าย” “หงุดหงิดไม่หลับไม่นอน” “ทะเลาะกับคนข้างบ้านจะไปชกกับเขา” “ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน” “บางครั้งไม่มีเงินจะขโมยของในบ้านไปขาย” “ด่าแม่” เป็นต้น จากการทำใบกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลเสียของสารแอมเฟตามีนที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและคนในสังคม ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนและสารแอมเฟตามีนส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตได้อย่างไรโดยใช้ใบความรู้ที่ 2/2 สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) จากการที่ให้สมาชิกได้สรุปความรู้ที่ได้รับไปพบว่าสมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและสารแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น เช่น “การเจ็บป่วยในครั้งนี้เพราะเกิดจากการที่ผมไปเสพยาบ้าทำให้ผมมีอาการขึ้นมาเลย ทีหลังผมจะไม่ไปใช้มันแล้วผมอยากหาย”

**กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาและยังให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกจัดยาด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยมีสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ช่วยดู พบว่าการที่สมาชิกได้รับความรู้เรื่องยาทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความสำคัญของการรักษาด้วยยา ประโยชน์ของยา ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา และวิธีการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา นอกจากนี้การฝึกจัดยาด้วยตนเองนั้นทำให้สมาชิกเกิดทักษะในการจัดยาเพิ่มมากขึ้น ลดปัญหาการรับประทานยาผิด ทั้งขนาดและเวลา อีกทั้งยังเป็นการช่วยเตือนในการรับประทานยา

โดยสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เตือนทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องไม่ขาดยา ตัวอย่างเช่น “ผมก็จัดยากินเอง บางครั้งก็ลืมกินบ้าง” “คิดว่าถ้ามีอาการเพิ่มก็เพิ่มยาให้กินเลยอาการจะได้สงบลง” “บางทีเห็นเขานะตึมน้ำเยอะมากห้ามก็ไม่ฟัง” “ผมก็คิดว่าเราอาการดีแล้วไม่จำเป็นต้องกินยา” หลังจากได้รับความรู้และฝึกทักษะการจัดการจัดยา ตัวอย่างเช่น “การจัดการแบบนี้ดีนะเพราะเราจะได้ช่วยกันดูด้วยว่าที่เราจัดกันไว้นั้นผู้ป่วยได้กินยาจริงไหม” “อ้ออาการอยากเดินตลอดเวลา กระวนกระวาย แต่เรารู้ตัวคือเกิดจากผลข้างเคียงของยานี้อเอง” “ทีหลังนี่ถ้านอนไม่หลับตอนกลางคืนต้องมาพบหมอก่อนละให้คุณหมอปรับยาให้ทุกทีไม่รู้ว่ามาก่อนได้ก็ทนรอจนถึงวันนัด” “ต่อไปผมจะจัดยากับยายแล้วฝากกล่องยาไว้ถึงเวลาถ้ามีใครคนใดคนหนึ่งลืมจะได้เตือนกันได้”

**กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว มีการให้สมาชิกได้ดูวิดีโอการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบพร้อมทั้งเชื่อมโยงถึงสถานการณ์การสื่อสารภายในครอบครัวของสมาชิกพบว่าหลังจากที่ได้ดูวิดีโอทางลบสมาชิกในกลุ่มมีท่าที่เปลี่ยนไป ยกตัวอย่างเช่น “ก็จริงนะเมื่อก่อนเราหงุดหงิดเราก็กดเขาไปเลย” “ไม่เคยรู้เลยว่าการพูดไม่ดีกับเขาจะทำให้เขาเกิดอาการกำเริบได้นะ” และให้สมาชิกได้ลองฝึกการสื่อสารทางบวกจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ พบว่าก่อนให้ความรู้เพิ่มเติมสมาชิกกลุ่มมีการสื่อสารทางลบต่อกัน ยกตัวอย่างเช่น “ลูกเมื่อไรจะเลิกเสพยาแม่เหนื่อยนะแกเป็นอย่างนี้หลายครั้งแล้วเมื่อก่อนนะแม่ต้องหาเงินไปประกันตัวแกรู้ไหมเสียทั้งเงินทั้งเวลา” “เขาออกนอกบ้านนี่ก็ไปหาเพื่อนกลุ่มที่เสพยาแน่นอน” หลังจากรับความรู้เพิ่มเติมและได้ฝึกสื่อสารทางบวก ยกตัวอย่างเช่น “ไปไหนมาลูก ตอนเย็นแม่รอลูกอยู่รอทานข้าวพร้อมกันแล้วลูกกินอะไรมาบ้าง” “ลูกกินยารียังมาเดี๋ยวแม่ช่วยดูให้”

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว ใช้สื่อการให้ความรู้โดยให้ดูวิดีโอการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม หลังจากดูรูมอภิปรายกับสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกยกตัวอย่างจากประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันและหาวิธีการจัดการพร้อมทั้งฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกเพิ่มเติม ยกตัวอย่างเช่น “หากเราทะเลาะกันแต่เราก็ยังต้องแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและใช้การสื่อสารทางบวกต่อกัน เช่น แม่เสียใจที่เห็นลูกทะเลาะกัน” “เมื่อก่อนพ่อเขาก็กดก็ตีเขาอย่างนี้เลยตอนที่เขาไปเสพยานะ รู้สึกว่ามันรุนแรงมาเลยนะ” “ถ้าเขาอาละวาดไว้วาย อย่างแรกที่เราจะทำคือ พูดจาดีๆกับเขา เรารู้แล้วว่าเขาป่วย”

**กิจกรรมที่ 6** การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ โดยให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักกับอาการเตือน วิธีการสังเกตอาการเตือนของอาการกำเริบ พร้อมทั้งวิธีการจัดการทำอาการเตือนและอาการกำเริบที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ยกตัวอย่างเช่น “ถ้าผมนอนไม่หลับตอนกลางคืน ก็กินยาเพิ่มจากที่หมอบอกอีก 1 เม็ด” “เราจะสังเกตถ้าเขามีพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว เราก็ต้องสังเกตอาการไปก่อนแต่ถ้าเขามีพฤติกรรมรุนแรงทำร้าย

คนอื่นเราก็ต้องพาไปหาหมอ” สรุปได้ว่าหลังจากให้ความรู้ไปแล้วนั้นสมาชิกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มมากขึ้น และสามารถที่จะจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบได้อย่างเหมาะสม

**กิจกรรมที่ 7** การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ประเมินความเครียดก่อนเริ่มกิจกรรม พบว่าสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่เป็นญาติที่มีความเครียดมากกว่าผู้ป่วย เนื่องจากเครียดในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุ และอาการแสดงของความเครียด พร้อมทั้งทำใบกิจกรรมที่ 7.1 รวมทั้งให้สมาชิกร่วมกันคิดหาวิธีเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวอย่างเหมาะสม จนนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น “จะเครียดมากถ้าเข้าไปเสพยาบ้า” “สาเหตุที่ทำให้ผมเครียดบ่อยๆก็ตอนแม่บ่น แม่ตำ” หลังจากทำกิจกรรม “ผมจะไม่กลับไปใช้ยาเสพติดแล้วแม่ เพื่อที่จะไม่ทำแม่เครียด ผมสัญญา” สรุปได้ว่าสมาชิกภายในครอบครัวเริ่มมีการหาแนวทางในการลดความเครียดและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 8** เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เป็นการฝึกทักษะการผ่อนคลายความตึงเครียด ด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมเปิดเพลงบรรเลงและการทำสมาธิ การฝึกลมหายใจไปพร้อมกัน ยกตัวอย่าง เช่น “เรามาฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกันนะคะวันนี้ ทำตาที่พยาบาลบอกนะคะ หลับตาลงเบาๆช้าๆ หลังซิดเก้าอี้ปล่อยแขนข้างลำตัวผ่อนคลาย เราค่อยคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนเริ่มจากใบหน้า ไหล่ แขน มือ ลำตัว ขาและเท้า ส่องในร่างกายเราว่ามีกล้ามเนื้อตรงไหนยังไม่ผ่อนคลายบ้างไหม ถ้าผ่อนคลายแล้ว ให้เราหายใจตามที่พยาบาลบอกนะคะ หายใจเข้าช้าๆท้องพองออก หายใจออกช้าๆท้องแฟบ ทำไปเรื่อยๆนะคะ” หลังเสร็จกิจกรรม ความคิดเห็นของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น “มันรู้สึกผ่อนคลายขึ้นนะ ไม่ต้องคิดอะไร ฟังเพลงเบาๆ มันดีขึ้นนะ เดี๋ยวกลับบ้านไปจะไปลองทำอีก” “เวลาเราเครียดเราก็จะไปทำบุญตักบาตรมันก็จะสบายใจขึ้นนะ”

จากการสังเกตจะเห็นได้ว่าสมาชิกกลุ่มดูผ่อนคลายขึ้นและบอกว่าจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

**กิจกรรมที่ 9** กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับมานั้น เพื่อเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านและยังเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิกอีกอย่างหนึ่งในการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะการจัดยา ฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และ ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเตือนและอาการกำเริบ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งจะมีการติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน ยกตัวอย่างเช่น “ผมมั่นใจมากขึ้นที่ผมจัดการได้ถูกละ กลับไปบ้านผมจะจัดยากินเอง แล้วคอยให้พี่สาวดูให้”



จากการสังเกตและการซักถามพบว่าสมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจขึ้นในการที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายเสร็จสิ้นกิจกรรม

3. การกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ทันทีโดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยให้สมาชิกตอบคำถามในเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 4



ตาราง 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

คนที่	คะแนนความรู้(ร้อยละ)	ระดับความรู้
1	95.0	สูง
2	100	สูง
3	100	สูง
4	90.0	สูง
5	95.0	สูง
6	90.0	สูง
7	90.0	สูง
8	95.0	สูง
9	85.0	สูง
10	100	สูง
11	80.0	สูง
12	90.0	สูง
13	95.0	สูง
14	85.0	สูง
15	90.0	สูง
16	95.0	สูง
17	90.0	สูง
18	85.0	สูง
19	85.0	สูง
20	80.0	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตาราง 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

คนที่	คะแนนความรู้(ร้อยละ)	ระดับความรู้
1	85.71	ดี
2	96.42	ดีมาก
3	85.71	ดี
4	100	ดีมาก
5	89.28	ดี
6	92.85	ดีมาก
7	92.85	ดีมาก
8	89.28	ดี
9	89.28	ดี
10	92.85	ดีมาก
11	89.28	ดี
12	92.85	ดีมาก
13	89.28	ดี
14	96.42	ดีมาก
15	85.71	ดี
16	96.42	ดีมาก
17	92.85	ดีมาก
18	96.42	ดีมาก
19	89.28	ดี
20	92.85	ดีมาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป

## 5. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

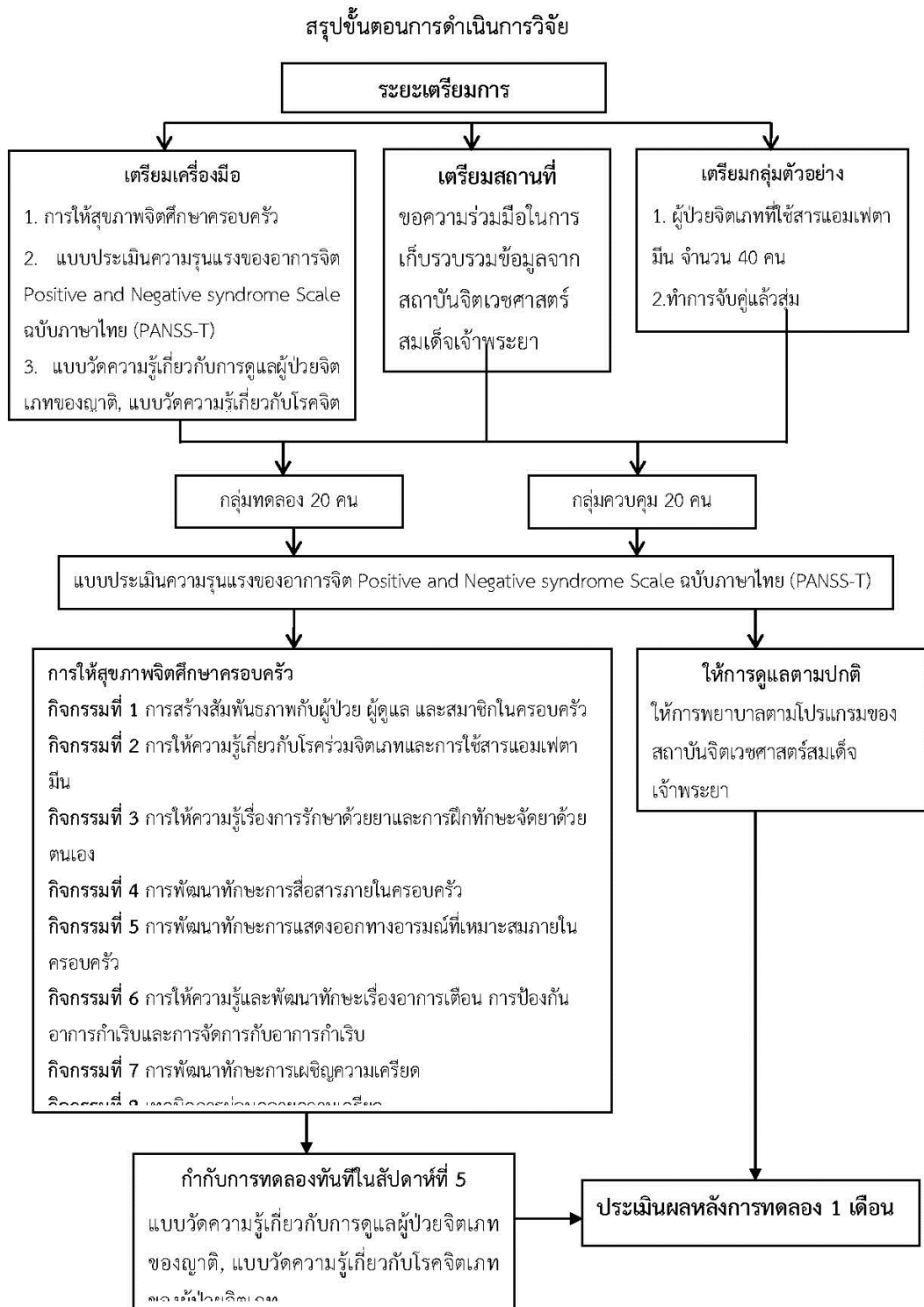
หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ไปแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัยจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) (Post-test) กลุ่มผู้ทดลองและกลุ่มควบคุม แจ้งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

## 6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)
4. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
5. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีน โดยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และใช้สารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ด้วยได้แก่ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ T-scores 45-55 และครอบครัวโดยพิจารณาจากครอบครัวที่มีพ่อ แม่ พี่ น้อง เครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ขึ้นไป เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน มีการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
- ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรสและศาสนา

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
21-30 ปี	8	40.0	11	55.0	19	47.5
31-40 ปี	9	45.0	8	40.0	17	42.5
41-50 ปี	3	15.0	1	5.0	4	10
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 33.80$ S.D. = 7.23		$\bar{X} = 31.15$ S.D. = 6.20		$\bar{X} = 32.48$ S.D. = 6.78	
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	17	85.0	17	85.0	34	85.0
คู่	1	5.0	1	5.0	2	5.0
หม้าย	-	-	1	5.0	1	2.5
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	10.0	1	5.0	3	7.5
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	19	95.0	18	90.0	37	92.5
คริสต์	-	-	-	-	-	-
อิสลาม	1	5.0	2	10.0	3	7.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 55.0 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 40.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพสมรสนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 41.8 และ 47.8 รองลงมา คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 26.1 และ 43.5 ตามลำดับ ในด้านของการนับถือศาสนานั้นพบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.0 และ 90.0 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25.0	10	50.0	15	37.5
มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช.	11	55.0	5	25.0	16	40.0
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวส.	3	15.0	5	25.0	8	20.0
อนุปริญญา	1	5.0	-	-	1	2.5
อาชีพ						
งานบ้าน	1	5.0	1	5.0	2	5.0
รับจ้าง	6	30.0	11	55.0	17	42.5
ค้าขาย	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	55.0	7	35.0	18	45.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตตามีนส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือปวช. คิดเป็นร้อยละ 55.0 ในกลุ่มทดลอง รองลงมา คือ ระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 ในกลุ่มควบคุม ละระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.คิดเป็นร้อยละ 25.0 ในกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ส่วนด้านรายด้านอาชีพพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตตามีนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55.0 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55.0 ในกลุ่มควบคุม



ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ย ระยะเวลา การเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
เพียงพอ	9	45.0	12	60.0	21	52.5
ไม่เพียงพอ	11	55.0	8	40.0	19	47.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต						
1-5 ปี	11	55.0	13	65.0	24	60.0
6-10 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
11-15 ปี	3	15.0	1	5.0	4	10.0
≥ 16 ปี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย ทางจิตเฉลี่ย/ปี	$\bar{X} = 6.20$ S.D. = 5.04		$\bar{X} = 5.56$ S.D. = 5.14		$\bar{X} = 5.93$ S.D. = 5.03	
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล						
1-5 ปี	14	70.0	15	75.0	29	72.5
6-10 ปี	4	20.0	5	25.0	9	22.5
11-15 ปี	1	5.0	-	-	1	2.5
≥ 16 ปี	1	5.0	-	-	1	2.5
จำนวนครั้งของการนอน โรงพยาบาลเฉลี่ย/ปี	$\bar{X} = 5.45$ S.D. = 4.52		$\bar{X} = 4.30$ S.D. = 2.97		$\bar{X} = 4.88$ S.D. = 3.82	
จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง						
1-5 ครั้ง	15	75.0	15	75.0	30	75.0
6-10 ครั้ง	4	20.0	5	25.0	9	22.5
11-15 ครั้ง	1	5.0	-	-	1	2.5
จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง เฉลี่ย	$\bar{X} = 4.70$ S.D. = 2.95		$\bar{X} = 4.25$ S.D. = 2.91		$\bar{X} = 4.48$ S.D. = 2.90	

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 55.0 ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ยเท่ากับ 6.20 (S.D. = 5.04) และ 5.56 (S.D. = 5.14) ในด้านจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 5.45 (S.D. = 4.52) และ 4.30 (S.D. = 2.97) ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรงนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 (S.D. = 2.95) และ 4.25 (S.D. = 2.91)



ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติจำนวนของการใช้ยาบ้า ความถี่ของการใช้ยาบ้า และระยะเวลาของการใช้ยาบ้า

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติจำนวนของการใช้ยาบ้า						
0.5-1 เม็ด	11	55.0	17	85.0	28	70.0
2-3 เม็ด	7	35.0	2	10.0	9	22.5
4-5 เม็ด	1	5.0	-	-	1	2.5
≥ 6 เม็ด	1	5.0	1	5.0	2	5.0
	$\bar{X} = 1.60$		$\bar{X} = 1.25$		$\bar{X} = 1.43$	
	S.D. = 0.82		S.D. = 0.71		S.D. = 0.78	
ความถี่ของการใช้ยาบ้า						
≤ 7 วัน	16	80.0	11	55.0	27	67.5
8-14 วัน	2	10.0	4	20.0	6	15.0
15-21 วัน	2	10.0	2	10.0	4	10.0
≥ 22 วัน	-	-	3	15.0	3	7.5
	$\bar{X} = 7.85$		$\bar{X} = 12.85$		$\bar{X} = 10.35$	
	S.D. = 5.64		S.D. = 8.97		S.D. = 7.82	
ระยะเวลาของการใช้ยาบ้า						
1-5 ปี	6	30.0	13	65.0	19	47.5
6-10 ปี	9	45.0	5	25.0	14	35.0
11-15 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
≥ 16 ปี	2	10.0	-	-	2	5.0
	$\bar{X} = 8.45$		$\bar{X} = 5.60$		$\bar{X} = 7.03$	
	S.D. = 4.41		S.D. = 3.88		S.D. = 4.35	

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนมีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติจำนวนของการใช้ยาบ้าเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (S.D. = 0.82) และ 1.25 (S.D. = 0.71) ในด้านของความถี่ในการใช้ยาบ้าพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความถี่ของการใช้ยาบ้าเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 (S.D. = 5.64) และ 12.85 (S.D. = 8.97) ตามลำดับ ส่วนในด้านระยะเวลาของการใช้ยาบ้าพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 (S.D. = 4.41) และ 5.60 (S.D. = 3.88)

**ตอนที่ 2** ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 9 ความรุนแรงของอาการทางจิตในส่วนของ Positive symptom และ Negative symptom ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

Positive symptom ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)		ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ	5	25.0	-	-	2	10.0	1	5.0
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	11	55.0	-	-	8	40.0	3	15.0
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	2	10.0	-	-	6	30.0	5	25.0
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	2	10.0	-	-	4	20.0	5	25.0
อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	-	-	9	45.0	-	-	3	15.0
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	-	-	5	25.0	-	-	3	15.0
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	-	-	1	5.0	-	-	-	-
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ	-	-	5	25.0	-	-	-	-



จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมี Negative symptom ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.0 หลังการทดลองพบว่ามี Negative symptom ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมา คือ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ คิดเป็นร้อยละ 25.0

ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมี Negative symptom ใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.0 เท่ากัน รองลงมา คือ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 15.0 เท่ากัน หลังการทดลองพบว่ามี Negative symptom ส่วนใหญ่อยู่ในสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 55.0 ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยและสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 10.0 เท่ากัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตาราง 11 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง

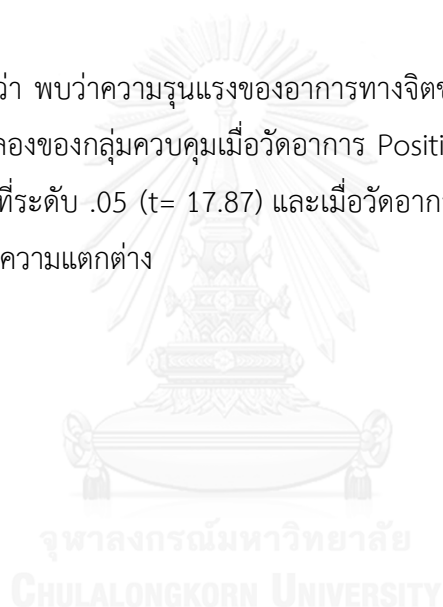
ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
Positive symptom (n=20)					
ก่อนการทดลอง	67.85	4.78	19	17.87	.000
หลังการทดลอง 1 เดือน	42.20	7.36	19		
Negative symptom (n=20)					
ก่อนการทดลอง	48.45	7.84	19	4.49	.000
หลังการทดลอง 1 เดือน	42.05	7.54	19		

จากตารางที่ 11 พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในส่วนของ Positive symptom ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 17.87$ ) และ Negative symptom ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 4.48$ ) โดยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการทดลอง 1 เดือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 12เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มควบคุม

ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
Positive symptom (n=20)					
ก่อนการทดลอง	66.0	5.03	19	2.84	.01
หลังการทดลอง 1 เดือน	58.85	10.10	19		
Negative symptom (n=20)					
ก่อนการทดลอง	47.30	7.57	19	-0.57	.57
หลังการทดลอง 1 เดือน	48.20	6.19	19		

จากตารางที่ 12 พบว่า พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเมื่อวัดอาการ Positive symptom พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 17.87$ ) และเมื่อวัดอาการ Negative ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่าง



**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตาราง 13 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง Positive symptom	67.85	4.78	38		
กลุ่มควบคุม Positive symptom	66.0	5.03	37.8	-1.191	0.241
กลุ่มทดลอง negative symptom	48.45	7.54	38		
กลุ่มควบคุม negative symptom	47.30	6.19	37.95	-0.472	0.640
หลังการทดลอง 1 เดือน					
กลุ่มทดลอง Positive symptom	42.20	7.36	38		
กลุ่มควบคุม Positive symptom	58.85	10.10	34.73	5.958	0.00
กลุ่มทดลอง negative symptom	42.05	7.54	38		
กลุ่มควบคุม negative symptom	48.20	6.19	36.61	2.818	0.08

**จากตารางที่ 13** พบว่า 1) ก่อนการทดลอง Positive และ Negative symptom ของ 2 เท่ากัน โดยที่ Positive symptom มีค่าเฉลี่ย 67.85 และ 66 ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก Negative symptom มีค่าเฉลี่ย 48.45 และ 47.30 ซึ่งอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ย

2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการทางจิตต่ำลง ทั้ง Positive และ Negative symptom โดยที่ Positive symptom ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 42.20 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 58.85 ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย Negative symptom ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 48.45 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 48.20 ซึ่งอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ย



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังจากการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ (The Pretest – Posttest Control Group Design) โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ตัวแปรต้น คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ต่ำกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20) และใช้สารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) (F20) และใช้สารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพศชาย อายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ งานวิจัยอย่างน้อยควรมีกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน และหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวนทำให้ความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Glove, Burn & Gray, 2013) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 40 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มตัวอย่าง 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducational interventional for family member)
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาเครื่องมือโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สร้างโดย ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducational interventional for family member) โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และบททวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยใช้แนวคิดของ Sharif et al. (2012) ในการสร้างรูปแบบเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตครอบครัวครอบครัว หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน (ดังแสดงในภาคผนวก ก) คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 ซึ่งการดำเนินการกิจกรรม

เป็นแบบรายครอบครัว ประกอบไปด้วย 9 กิจกรรม ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมครั้งละ 60 นาที ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
- กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการใช้สารแอมเฟตามีน
- กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว
- กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว
- กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 8 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วยข้อความคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติจำนวนของการใช้ยาบ้า ความถี่ของการใช้ยาบ้า ระยะเวลาที่ใช้จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง และจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Positive and Negative syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาเครื่องมือโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับความรุนแรงมี 7 ระดับตั้งแต่ไม่มีอาการถึงมีอาการรุนแรงมาก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สร้างโดย ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20 : Kr-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) เท่ากับ.95

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ.85 ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานาน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20 : Kr-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ.94

#### **การดำเนินการทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### **1. ระยะเตรียมการทดลอง**

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

1.4 จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันจิตเวช

ศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

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

6.1.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

6.1.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T)

2. ภายหลังจากการประเมินความรุนแรงของอาการแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 20 กลุ่ม โดยเป็นผู้ป่วย 1 คน รวมกับผู้ดูแล 1 คนและสมาชิกในครอบครัว 1 คน รวมเป็นกลุ่มละ 3 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์

3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท

4. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ไปแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัยจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผู้ศึกษานัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 1 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (Post-test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Post-test) 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

5. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนต่ำกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนลดลง

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้คือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความรุนแรงของ

อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนต่ำกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

จากผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบของการให้ความรู้และฝึกทักษะในด้านต่างๆ ที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้มีการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันคิดเพื่อหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง และการรักษา รวมทั้งได้ทราบว่าการใช้สารแอมเฟตามีนนั้นมีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างไร มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง การจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา อีกทั้งยังได้ฝึกทักษะการจดยารับประทานเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในกลุ่มทดลอง ยังได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวและการพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจมีการสื่อสารทางบวกและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อการให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้มีวิธีการสังเกตอาการเตือนและอาการกำเริบ ซึ่งทำให้สามารถที่จะจัดการกับอาการดังกล่าวได้ดีขึ้น การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันหาวิธีการลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดนั้นนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Sharif et al. (2012)

2. คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพศึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพศึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้



ผลการศึกษาจากข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การให้สุขภาพศึกษาครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท การใช้สารแอมเฟตามีนแล้วมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงของอาการ มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากผลข้างเคียงของยา รวมทั้งได้พัฒนาการสื่อสารทางบวกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกันภายในครอบครัว การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พร้อมทั้งได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด และมีการทบทวนความรู้และทักษะต่างๆให้ในกิจกรรมสุดท้าย โดยการศึกษาในครั้งนี้โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair ) ได้แก่ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ T-scores 45-55 และครอบครัวโดยพิจารณาจากครอบครัวที่มีพ่อแม่ พี่ น้อง เครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ขึ้นไป เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปรนี้มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตแล้วจับผลลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 9 กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่าในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง ดังต่อไปนี้

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว พบว่าทำให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเข้าถึงครอบครัวเพื่อประเมินปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่องอาการและพฤติกรรมที่สำคัญของผู้ป่วย (Sharif et al., 2012) สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย ใส่ใจอย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือ ซึ่งให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ทำให้ร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดี รวมทั้งทำให้สมาชิกครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Sharif et al (2012)

พบว่า การให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนตามความเป็นจริง ทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Yamashita, 1996) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย การหาสาเหตุของการใช้สารแอมเฟตามีน ปัจจัยที่ทำให้ไปใช้สารแอมเฟตามีน ผลเสียที่ตามมาจากการใช้สารแอมเฟตามีน อาการและความแตกต่างของการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน (Mueser et al., 2009) ให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้สารเสพติด (Sharif et al., 2012; Meuser et al. 2012) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความรู้เพิ่มเติมในเรื่องโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกของอาการ ได้วิเคราะห์ประสบการณ์อาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นในอดีตว่าเกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนจริง เกิดความตระหนัก ความเข้าใจและนำไปสู่ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองต่อไป

**กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง ผลดีและผลเสียของยาทางจิตเวช การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย พูดคุยถึงเรื่องผลดี ผลเสียของยาทางจิตเวชและอาการข้างเคียงของยา เน้นความสำคัญในการรับประทานยา ทั้งนี้ มีการเน้นย้ำถึงการใช้แอมเฟตามีนที่มีผลกระทบต่ออาการออกฤทธิ์เพื่อการรักษาของยาจิตเวชที่ได้รับ มีการฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจและความช่วยเหลือเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการให้ดีขึ้น (Sharif et al., 2012)

**กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวและระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผย ในฐานะผู้พูดและผู้ฟัง โดยฝึกให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวฟังและลดการกล่าวโทษ ต่าหนินตีเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า ให้มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม (Brandt and Weinert, 1985)

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ในเชิงบวก สื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ (Sharif et al., 2012)

**กิจกรรมที่ 6** การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนอาการกำเริบ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดก่อนมีอาการทางจิตที่รุนแรง วิธีการสังเกตอาการเตือนของอาการกำเริบ บทบาทของครอบครัวในการป้องกันการกำเริบ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อสำรวจพฤติกรรมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เพื่อลดการกระตุ้นและความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบ เรียนรู้วิธีการจัดการกับสิ่งที่จะมากระตุ้น และเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Sharif et al., 2012)

**กิจกรรมที่ 7** การพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด อย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังตึงเครียดบางส่วนมา (Lazarus & Folkman., 1984) ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการเผชิญความเครียดภายในครอบครัว หาแนวทางในการลดความเครียด (Sharif et al., 2012) ร่วมเรียนรู้สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดภายในครอบครัว ร่วมวางแผนการจัดการสาเหตุ ร่วมวางแผนลดการสร้างความคิดที่กั้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้วจะมีวิธีการจัดการความเครียดนั้นอย่างไร

**กิจกรรมที่ 8** เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายด้านร่างกาย เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น สร้างอารมณ์ขัน การคิดในทางบวก การทำสมาธิ การใช้ความเจียม เพื่อหยุดความคิดตัวเองในเรื่องที่ทำให้เครียด ซึ่งสามารถใช้ลดความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

**กิจกรรมที่ 9** กิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การทบทวนความรู้และทักษะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับมานั้นถูกต้องและเหมาะสมในการนำไปใช้ชีวิตจริงหรือไม่ อย่างไร เน้นย้ำการวางแผนการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งจะมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน

ดังนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 9 กิจกรรมนี้ได้ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท การใช้สารแอมเฟตา

มีนที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการจิต ความรู้เรื่องยา การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ การจัดการกับอาการเตือนและอาการกำเริบ การเผชิญความเครียด และเกิดทักษะในการจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรงของอาการทางจิต นอกจากนี้ยังส่งผลให้การผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ได้อย่างมีความสุข ด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ มีกำลังใจ และต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถจึงส่งผลให้ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยลดลง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่จะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้นั้น ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้สารแอมเฟตามีน อาการ การรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงจากยา รวมถึงทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ เพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามการให้สุขภาพจิตศึกษาที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลยอมรับ เข้าใจ และมีกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

3. การให้สุขภาพจิตศึกษาที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในด้านต่างๆ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว (longitudinal study) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาตินำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความชำนาญและทักษะที่ผู้ป่วยและญาติใช้ปฏิบัติได้เองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

#### ด้านการศึกษา

1. ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษาและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทักษะ และเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

2. ควรจัดให้พยาบาลมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้ โดยการอบรมเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆและแนวทางในการรักษาในสมัยปัจจุบัน เพื่อเพิ่มเติมความรู้ความสามารถโดยนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้อย่างครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว ระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนหลังการทดลองระยะๆ รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะในด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษากิจกรรมทำกลุ่มกิจกรรมแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบเป็นกลุ่มครอบครัว
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคทางจิตกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น โรคจิตเภท ร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่นๆ เนื่องจากการใช้สารเสพติดประเภทอื่นก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาได้เช่นกัน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตว่ามีความแตกต่างแตกต่างกันหรือไม่
4. ควรมีการศึกษาระยะการดูแลสัมพันธภาพภายในครอบครัว ร่วมด้วย ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถลดภาระการดูแลของญาติได้ เนื่องจากญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
5. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับไปใช้ได้เลยหลังจากทำกิจกรรมเสร็จในแต่ละสัปดาห์

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2555. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. ใน *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*, หน้า 119. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. 2552. สัมพันธภาพในครอบครัวไทย = Relationship in Thai Families. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แทนทองซินวัณน์การพิมพ์.
- จิราพร รักการ. 2549. *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2550). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ .จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพศมัย จันทรมานนท์. 2545. *ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปประพิน สุขเขียว. 2543. *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, และสเปญ อุ๋นอองค์. *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แจนเซ็น-ซีแลก, 2550.
- นนทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ. 2558. *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย

- นิภา กิมสูงเนิน และคณะ. 2556. ผลของการให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ นินแมนต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษาในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่ม Club Drug. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ 31 (มกราคม-มีนาคม): 90-99.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2550. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 141-149.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. 2555. คู่มือผู้อบรม: หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ บุญศิริ จันศิริมงคล, พิชัย แสงชาญชัย, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล และ ดรุณี ภูขาว. 2555. คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัด เล่มที่ 3 เรื่อง การบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. 2549. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ : บางกอกบลู๊ต.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, บรรณาธิการ. 2552. ตำราโรคจิตเภท Textbook of schizophrenia. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัวและคณะ. แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด. ใน ผลการประชุมสัมมนาโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด. มิถุนายน, 2552. ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, กิตติพงษ์ สานิขวรรณกุล และสุรเชษฐ ฝ่องธัญญา. การดำเนินโรคทางคลินิกและผลที่ตามมาของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: การสำรวจทางคลินิก. โรงพยาบาลสวนปรุง: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวาณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2558. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร
- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา. 2551. *ทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต*. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 19 (มีนาคม):18
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2542. *คู่มือปฏิบัติงาน: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน*. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- วสุ จันทรงค์ดี. 2542. *ผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 45 (มกราคม-มีนาคม): 17-30
- วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะ. 2544. *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. สถาบัน: จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2556.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2554). *การพยาบาลจิตเวช:Psychiatric Nursing*. พิมพ์ครั้งที่ 2.ปทุมธานี:โรงพิมพ์ ธรรมศาสตร์
- โสภา ขปิลมันน์. 2540. *สัมพันธภาพ: สายใยแห่งความรักความอบอุ่น*. *วารสารต่อต้านยาเสพติด* 21 (มกราคม-มิถุนายน): 9-13.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2554. *ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2557. *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. 2547. *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. 2554. *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544. *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5.  
กรุงเทพมหานคร: ชันต้า การพิมพ์

### ภาษาอังกฤษ

Abramowitz, I.A., and Coursey, R.D. 1989. Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenia relatives. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 57(2): 232-236.

Addington, J., and Duchak, V. 1997. Resasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatry. Scand* 96: 233-329.

Aderson, C.M., Hogarty, G.E., and Reiss,D.J. 1980. Family treatment of adult schizophrenic patient: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin* 6: 490-505.

Aderson, C.M., Hogarty, G.E., and Reiss,D.J. 1986. *Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.

Barbee, J.G., Clark, P.D., Carpazano, M.S., Heintz, G.C., and Kehoe, C.E. 1989. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 400-407.

Barrowclough C., and others. 2001. Randomized Controlled Trial of Motivation Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorder. *American Journal Psychiatry* 158.

Banerjee, S., Clancy, C., & Cro, I. (eds). 2002. *Co-existing Problem of Mental Disorder and Substance Misuse (Dual Diagnosis): An information Manual*. London: Royal College of Psychiatrists.

Brandt, P.A. and Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. *Nursing Research* 30: 277-280.

- Cahn, W., Hulshoff Pol H.E., Lems, E.B., van Haren, N.E., Schnack, H.G., van der Linden, J.A, et al. 2002. Brain volume changes in first-episode schizophrenia: a 1-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 59: 1002-10.
- Cannon, M., Jones, P.B., and Murray, R.M. 2002. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry* 159: 1080-92
- Chambers A.R., Krystal, J.H., and Self, D.W. 2001. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 50: 71-83.
- Cuffel, B.J., Heithoff, K.A., Lawson, W., 1993. Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry* 44: 247-251.
- Drake, R.E. Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder. [online]. 2003. Available from: [www. Name.org](http://www.nam.org). National Alliance for Mental Illness.
- Dixon, L., Haas,G., Weiden, P.J., Sweeney, J., and Frances, A.T. 1991. Drug abuse in schizophrenic patients: clinic correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 8: 224-230.
- Francell, G.C. 1998. Family perception of burden of care for chronic mentally ill relative. *Hospital and Community Psychiatric* 39(12): 1296-1300.
- Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N.T. and Lewin. T.J. 1998. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophre Bull* 24: 443-455.
- Green, A., Drake, R.E., Brunette, M.F., and Noordsy, D.L. 2007. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *AM J Psychaitry* 164: 3.
- Gur, R.E., Cowell, P., Turetsky, B.I., Gallacher, F., Cannon, T., and Bilker, W et al. 1998. A follow-up magnetic resonance imaging study of schizophrenia: relationship of neuroanatomical changes to clinical and neurobehavioral measures. *Arch Gen Psychiatry* 55: 145-52.
- Kavanagh, D.J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D.C., Carr, V., Evans, M., Hemnan, H., Jablensky, A., and McGrath, J.J. 2004. Demographic and clinical correlates of

- comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research* 66: 115–124.
- Kuiper, L., Leff, J. and Lam, D. 1992. *Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide*. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lieberman, J., Sheiman, B.B., Kinon, B.J. 1997. Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology*. 7: 205-29.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K., and Nestoriuc, Y. 2007. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 96: 232-45.
- Marc Laruelle and Anissa Abi-Dargham. 1999. Dopamine as the wind of the psychotic fire: new evidence from brain imaging studies. *Journal Psychopharmacology* 13: 358.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Smith, J.E., and Tonigan, J.S. 2002. A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant other. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 1182-1185.
- McGorry, P., Killackey, E., Lambert, T., and Lambert, M. 2005. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1-2), 1-30.
- Moorhead, S., Johnson, M., and Maas, M. 2004. *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (3 ed). Philadelphia: Mosby.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., and Fox, L. 2003. *Integrated for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford.

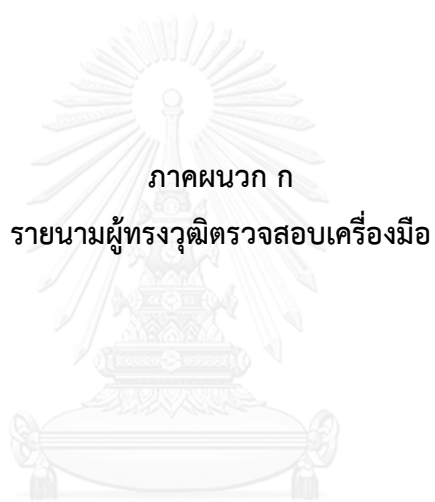
- Mueser, K.T., and others. 2012. A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. *schizophrenia Bulletin* January; 26.
- Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Zarate, R., Fox, L., Feldman, J., Wolfe, R., & Clark, R.E.(2009).Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 34(10), 867-877
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L., and yadalam, K.G. 1990. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bull* 16 (1): 31-35.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Bellack, A.S., 1992b. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 85, 48-55.
- O'Farrell, T.J., and Fals-Stewart, W. 2000. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of substance abuse Treatment* 18: 51-54
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., and Googwin, F.K. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 264: 2511-2518
- Robinson, T.E., Jurson, P.A., Bennett, J.A., and Bentgen, K.M. 1988. Persistent sensitization of dopamine neurotransmission in ventral striatum (nucleus accumbens) produced by prior experience with (+)-amphetamine: A microdialysis study in freely moving rat. *Brain Res* 426: 211-22.
- Roth RM, Brunette MF, and Green AI. 2005. Treatment and substance use disorders in schizophrenia: a unifying neurological mechanism. *Curr Psychiatric* 7: 283-91
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. 2007. *Synopsis of Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 467-97.

- SAMHS A. 2005. A Treatment Improvement Protocol: TIP 42 Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorder. Choke Cherry Road Rockville.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C., and Miller, A.H. 2004. Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophrenia Research* 69: 167-174
- Sommers., A.A. 1985. Negative symptom: conceptual and methodological problems. *Schizophrenia Bull.* 11: 364-379.
- Sharif, F., Shygan, M., and Mani, A. 2012. Effect of psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 12:48
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., and Baldessarini, R.J. 2006. Comorbidity substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research* 86: 251-255.
- Turunen, J.A., Peltonen, J.O., Peltonen, P.O., Henna, W., Loukola, A., and Paunio, T., et al. 2007. The role of DTNBP1, NRG1, and AKT1 in the genetic of schizophrenia in Finland. *Schizophrenia Research* 91: 27-36.
- United States Department of Health and Human Services (U.S. DHHS). 2010. About Healthy People. Retrieved from <http://www.healthy.gov/2020/default.aspx>
- Williams, C.A. 1989. Patient education for people with Schizophrenia. *Perspective in Psychiatric Care* 25: 14-21.
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder : clinical descriptions and diagnostic guidelines. *World Health Organization*.
- World Health Organization. 2013. *Schizophrenia*. [online] Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, January 4]

Yamashita, M. 1996. Study of how families care for mental ill relatives in Japan. ICN.  
International Nursing Review 43(4): 121-125.5.







ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. แพทย์หญิงฐิติมา สวงวนวิชัยกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. อาจารย์เอื้ออารีย์ สาริกา	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
3. อาจารย์ จิราพร รักการ	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
4. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นายชัชชชา เฟื่องเกียรติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราช รมณียเขต



ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

1. การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550 : 223-226)

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

1.1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติได้เท่ากับ.89

$$CVI = \frac{25}{28} = 0.89$$

1.2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทได้เท่ากับ .90

$$CVI = \frac{18}{20} = 0.90$$

1.3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้เท่ากับ .88

$$CVI = \frac{8}{9} = 0.88$$

2. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550: 240-241)

2.1การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของ Positive and Negative symptom scale ฉบับภาษาไทย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 โดยใช้สูตรดังนี้

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

โดย	$\alpha$	หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
	$n$	หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
	$\sum S_i^2$	หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	$S_t^2$	หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติมีค่าเท่ากับ .95 และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเท่ากับ .94 โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20: KR-20) ดังนี้

$$R_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

โดย	$R_{tt}$	หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
	$N$	หมายถึง จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$p$	หมายถึง อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
	$q$	หมายถึง อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
	$S^2$	หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ



ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. อายุ .....ปี
2. นับถือศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ).....
3. ระดับการศึกษา
  1.  ประถมศึกษา
  2.  มัธยมศึกษาตอนต้น
  3.  มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช.
  4.  อนุปริญญา / ป.ว.ส.
  5.  ปริญญาตรี
  6.  สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
  1.  งานบ้าน
  2.  รับจ้าง
  3.  ค้าขาย
  4.  เกษตรกรรม
  5.  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
  6.  อื่นๆ(ระบุ) .....
5. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน
 

เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
6. สถานภาพสมรส
  1.  โสด
  2.  คู่
  3.  หม้าย
  4.  หย่า/ร้าง/แยก
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท.....เดือน.....ปี
8. ประวัติการใช้ยาบ้าจำนวน.....เม็ด ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....
9. จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง.....ครั้ง
10. จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง  
.....เฉพาะผู้ประเมิน.....
11. คะแนนอาการ  อาการทางบวก .....คะแนน T-Score.....  
 อาการทางลบ.....คะแนน T-Score.....

.....ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย(PANSS-T)

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

..... P1. อาการหลงผิด

..... P2. ความคิดสับสน

..... P3. อาการประสาทหลอน

..... P4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย

..... P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง

..... P6. ความคิดรู้สึกแหว่งว่ามีคนมุ่งร้าย

..... P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร

..... N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ

..... N2. การแยกตัวทางอารมณ์

..... N3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง

..... N4. อาการแยกตัวจากสังคม

..... N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม

..... N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง

..... N7. การคิดอย่างตายตัว

..... G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย

..... G2. อาการวิตกกังวล

..... G3. ความรู้สึกผิด

..... G4. ความตึงเครียด

..... G5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ

..... G6. อาการซึมเศร้า

..... G7. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า

..... G8. การไม่ร่วมมือ

..... G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ

..... G10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล

..... G11. อาการสมาธิแสดงความสนใจเสีย

..... G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้เสีย

..... G13. การไม่สามารถควบคุม, ตัดสินใจหรือ ริเริ่มสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

..... G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี

..... G15. ความคิดหมกหมุ่น

..... G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

..... S1. ความรู้สึกโกรธ

..... S2. อดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้

..... S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ดังนี้

1= ไม่มีอาการ

2= มีอาการขั้นต่ำสุด

3= มีอาการเล็กน้อย

4= มีอาการปานกลาง

5= มีอาการค่อนข้างรุนแรง

6= มีอาการรุนแรง

~

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

คำชี้แจง โปรดเลือกทำความเข้าใจ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมผิดจากคนทั่วไป		
2. สาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น โดนผีเข้า โดนของ		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
28. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีท่าที่ไม่ไว้ใจใครควรดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์		



แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกทำความเข้าใจ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงมีอาการมึน ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. สาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความเครียด		
3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น โดนผีเข้า โดนของ		
4. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจ ทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
5. โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
20. การอยู่ร่วมกันหรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น		

## คู่มือ

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน



WU LALUNGAUN UNIVERSITY

โดย

นางสาวอณิมา จันทรสแสน

ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

ปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยเพิ่มมากขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางจิตกำเริบและรุนแรง ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลยังคงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน และทักษะในด้านต่างๆ และทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น การไม่เอาใจใส่หรือการละเลยการดูแลผู้ป่วยได้

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ทำกลุ่มฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

นางสาวอณิมา จันทรแสน  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

สรุปการดำเนินการการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

การดำเนินการ	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 1)	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 2)	การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีน
สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมที่ 3)	การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง
สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมที่ 4)	การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว
สัปดาห์ที่ 3 (กิจกรรมที่ 5)	การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว
สัปดาห์ที่ 3 (กิจกรรมที่ 6)	
สัปดาห์ที่ 4 (กิจกรรมที่ 7)	
สัปดาห์ที่ 4 (กิจกรรมที่ 8)	
สัปดาห์ที่ 5 (กิจกรรมที่ 9)	

แผนดำเนินการ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วย  
จิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและระหว่างสมาชิกกลุ่มทำให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายกลุ่ม

3. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนของสมาชิกกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองและร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้
3. สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

4. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีน

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติ เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยความคิด ความรู้สึกและร่วมมือในการค้นหาปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะต้องมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการค้นหาปัญหา มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุ

วัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการ บำบัด หลังจากนั้นประเมินความต้องการของครอบครัว และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันถึงความสำคัญของอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย และแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ

### สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1. 1 การค้นหาอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท
4. คู่มือผู้ป่วย
5. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
6. ป้ายชื่อและซอง, ปากกา

### การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดี
2. บรรยากาศในขณะทำกลุ่มเป็นไปแบบผ่อนคลายไม่ตึงเครียด
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างถูกต้อง
4. สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความเป็นจริง
5. สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง



คู่มือ  
สำหรับ  
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและ  
สมาชิกในครอบครัว



โดย

นางสาวอณิมา จันทรสแสน

ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## คำนำ

คู่มือฯ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและสมาชิกรักษาในครอบครัว เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและสมาชิกรักษาในครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งมีทักษะอื่นๆที่ผู้ป่วยและสมาชิกรักษาในครอบครัว จำเป็นต้องรู้เพื่อนำไปใช้ใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน เช่น การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม การจัดการกับอาการกำเริบ สามารถนำความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

อณิมา จันทรแสน



## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความรู้ทั่วไปโรคจิตเภท	4
สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า)	8
ยารักษาโรคจิตเภท	14
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว	22
การแสดงออก.....ทางอารมณ์	31
อาการเตือนของโรคจิตเภท	36
การจัดการอาการกำเริบของโรคจิตเภท	42
ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด	49
เทคนิคผ่อนคลายความเครียด	55



## ความรู้ทั่วไปโรคจิตเภท

### ความหมาย

โรคจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ

### ลักษณะความผิดปกติของจิตเภท

1. **ความคิด** คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เป็นเทพเจ้า คิดว่ามีคนปองร้าย
2. **การรับรู้** ได้ยินเสียงขณะที่ไม่มีเสียงนั้น ได้ยินเสียงแต่คนอื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ได้กลิ่นที่ผู้อื่นไม่ได้กลิ่น
3. **อารมณ์** อารมณ์ราบเรียบ ไม่สบตา ไม่ยิ้ม เหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจจะยิ้มหรือหัวเราะคนเดียวโดยไม่มีเรื่องที่น่าขำ ยิ้มหรือหัวเราะเมื่อเล่าเรื่องเศร้า
4. **พฤติกรรม** มีพฤติกรรมไม่สมวัย มีความพึงพาผู้อื่นสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจในสุขอนามัยส่วนบุคคล
5. **สัมพันธภาพ** สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่เป็น นั่งอยู่คนเดียวอยู่กับที่ได้นานๆ หรือเดินไปเดินมาคนเดียว ไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจกรรมการสังคม

### ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท

1. พันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องใกล้ชิดป่วยด้วยจิตเภท จะพบว่ามีอัตราการเกิดโรคสูง และในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน
2. ความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่ส่งผลให้เกิดอาการโรคจิต
3. กายภาพของสมอง มีกายภาพทางสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะสมองผิดปกติ
4. พืชจากสารเสพติดต่างๆ เช่น ยาบ้า กัญชา เหล้า กระท่อม เป็นต้น
5. ความขัดแย้งภายในจิตใจ ได้แก่ ความอยาก ความต้องการ
6. ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก
7. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่านิยม ทศนคติ และแบบแผนการสื่อความหมาย
8. สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมแวดล้อมและวัฒนธรรมบางวัฒนธรรม
9. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
10. สมาชิกครอบครัวมีลักษณะไม่อบอุ่น วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำว่า

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวอณิมา จันทรแสน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

**ที่อยู่ติดต่อ** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

**หมายเลขโทรศัพท์มือถือ** 081-2590978

**E-mail** tosokin@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ในการวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

1. ขอเชิญท่านผู้เข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบครอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

### 3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และใช้สารแอมเฟตามีน ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. เพศชาย มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาอยู่ในระยะ Acute phase อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug)

3. มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่า หรือเท่ากับ T-scores 45-55 โดยใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T

4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบปัสสาวะมีสาร Amphetamine positive
5. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
  5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ
    - กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม** ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ขณะรับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การทำกลุ่มกิจกรรม 18 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์
    - กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง** จะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 จะมีการให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้านและมีการติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท
  6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่ได้รับ
  7. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวอณิมา จันทรแสน ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 081-2590978 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
  8. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น
  9. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย
  10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา

เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 เบอร์โทรศัพท์ 02-4422500

**ด้านความเสี่ยง**ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีผลกระทบด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านกฎหมาย ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนมีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัยสำหรับผู้ป่วยรายนี้ทันทีและจะให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นพร้อมทั้งประสานงานแก่พยาบาลประจำตึกและหัวหน้าตึกผู้ป่วยได้ทราบถึงอาการกำเริบที่เกิดขึ้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เจ้าของไข้เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวอณิมา จันทรสแสน **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**ที่อยู่ติดต่อ** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

**E-mail** tosokin@hotmail.com

ข้าพเจ้า**ได้ทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม ๆ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 จะมีการให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้านและมีการติดตามประเมินผล ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

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

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 02-4422500



ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวอณิมา จันทรแสน)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน







เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท  
ที่ใช้สารแอมเฟตามีน

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวอณิมา จันทรสแสน

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : กันยายน ๒๕๕๘ - กันยายน ๒๕๕๙

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

✓ ๖

(นายสินเงิน สุขสมปอง)  
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอณิมา จันทรแสน เกิดวันที่ 9 กันยายน 2529 ที่จังหวัดนครราชสีมา การศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ในปีการศึกษา  
2553 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรง  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จ  
เจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ E-mail: tosokin@hotmail.com

