

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวก
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM WITH FAMILY INVOLVEMENT
ON POSITIVE SYMPTOMS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRANIA IN COMMUNITY

Miss Thitinan Ounlam



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของ
	ครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

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

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM WITH FAMILY INVOLVEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRANIA IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 142 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (matched pair) ด้วยระดับคะแนนอาการทางบวกและเพศ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบประเมินอาการทางบวก 3) แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือชุดที่ 3 เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677163336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: POSITIVE SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY / CAREGIVER / SYMPTOMS MANAGEMENT / FAMILY FUNCTIONING

THITINAN OUNLAM: THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM WITH FAMILY INVOLVEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 142 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were 1) to compare positive symptoms of persons with schizophrenia in community before and after using the symptom management program with family involvement, and 2) to compare positive symptoms of persons with schizophrenia in community using the symptom management program with family involvement and those who received the conventional nursing care. Forty families of persons with schizophrenia receiving services in the outpatient department, Samchuk Hospital, and meeting the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the symptom management program with family involvement for four weeks. The control group received the conventional nursing care. Research instruments included the symptom management program with family involvement; the positive symptoms scale; the Ability to manage positive symptoms scale. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The t-test was used in data analysis. The major findings were as follows:

1. The positive symptoms of persons with schizophrenia in community after using symptom management program with family involvement were significantly lower than those before the management program, at the .05 level.

2. The positive symptoms of persons with schizophrenia in community who received symptom management program with family involvement were significantly lower than those of the persons who received regular caring activities, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเมตตา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา อีกทั้งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ที่จะทำวิทยานิพนธ์ ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณ ท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่กรุณา ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยรังสิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา พร้อมทั้ง อำนวยความสะดวกในเรื่องของเวลาในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล บุคลากรกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ให้ความร่วมมืออันดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยวิจัย อีกทั้งให้ความช่วยเหลือ จนทำให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ตาม วัตถุประสงค์

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญา และความเอาใจใส่ ห่วงใย ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา และขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มี สุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	18
2. อาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท.....	39
3. แนวคิดครอบครัวและผู้ดูแล.....	47
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	58
5. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	61
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	67
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
การดำเนินการทดลอง.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล	90
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	102
สรุปผลการวิจัย	105
อภิปรายผลการวิจัย	105
ข้อเสนอแนะ	110
รายการอ้างอิง.....	111
ภาคผนวก	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	123
ภาคผนวก ข การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	125
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	142

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	62
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ และระดับคะแนนอาการทางบวก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	70
ตารางที่ 3 แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	80
ตารางที่ 4 คะแนนความสามารถในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n=20).....	88
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส	93
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว.....	94
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	95
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพ	96
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ	97
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	98
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (40 คน).....	99
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	100
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.30-0.66 สามารถพบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยพบในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5-1 (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) ปัจจุบัน ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2014) และพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2005) อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก และพบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการของหน่วยบริการด้านสุขภาพของสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 388,369 คน นับเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง มีการดำเนินโรคไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ต้องใช้เวลารักษานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิตประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งพบว่าขึ้นอยู่กับครอบครัว (Sung-Man et al. 2010)

จากแนวคิดและรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ได้มุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังมีอาการเจ็บป่วยบางอย่างหลงเหลืออยู่ และยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องรับประทานยาทางจิตต่อเนื่องเป็นเวลานานมักก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้และไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ จนส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเป็นระยะ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการกำเริบรุนแรงแสดงออกมาในรูปของอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และพบว่า อาการทางจิตกำเริบเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบอัตรากำเริบสูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธ์, 2543) การป่วยซ้ำ

ในแต่ละครั้ง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลงจนเกิดเป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติ ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามมา (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2543)

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มอาการทางลบ โดยผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบ (Negative symptoms) จะมีการแสดงออกที่น้อยกว่าคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ เช่น เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เป็นต้น ส่วนอาการทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยมักมีการแสดงออกทางด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิมซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยอาการที่เด่นชัดคือของกลุ่มอาการทางบวก คือ อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) มีความคิดสับสน (conceptual disorganization) ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity) อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) และมีความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution) (Kay, Fiszbein & Opler, 1987) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาการหูแว่วพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท คือ ประมาณร้อยละ 75 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) จากการศึกษาของ พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันท์ (2553) โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก พบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงผิดและหูแว่วพร้อมกันทั้ง 2 อาการเป็นส่วนใหญ่โดยมีลักษณะอาการ เช่น คิดว่าตนเองมีองค์เทพอยู่ในตัวและได้ยินเสียงองค์เทพมาสั่งให้ทำตามที่บอก หลงผิดว่ามีคนปองร้ายและได้ยินเสียงคนที่ตายไปแล้วมาบอกให้หลบซ่อนตัว หลงผิดว่ามีดารายอยู่ในตัวและได้ยินเสียงดารายมาพูดคุยด้วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรือมีหูแว่วเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งด้วยเช่นกัน สำหรับอาการหูแว่วที่ได้ยินส่วนใหญ่จะเป็นเสียงคนมาพูดคุยกัน พุดสาปแช่งผู้ป่วย ต่ำหนิติเตียน เสียงขู่ว่าจะมาทำร้าย เสียงสั่งให้ทำตาม พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทคือ มีความวิตกกังวล ร้องไห้ นอนไม่หลับ แยกตัว พุดคนเดียว ยิ้มคนเดียว เกรียด หงุดหงิดและมีพฤติกรรมรุนแรง วุ่นวาย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Lindenmayer et al, 2006) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดนั้น ลักษณะอาการหลงผิดที่พบบ่อยได้แก่ ระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว แยกแยะไม่ได้ว่าเป็นเรื่องจริงหรือเป็นเรื่องที่ตนเองคิดขึ้นมา ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการรับประทานยาเกินขนาด เพิ่มปริมาณยามากขึ้น ดื่มสุราและใช้สารเสพติด บางรายหงุดหงิด โมโห ไม่รู้ว่าจะจัดการกับเสียงที่ได้ยินอย่างไรจึงมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น ทบตี ตบหน้าตนเอง เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้อื่น (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม จากรายงานพบว่า พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 2 ถึง 10 เท่า (Wessely, 1997) และร้อยละ 98 ของผู้ที่มีอาการหูแว่วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด

ความวิตกกังวลสูง นำไปสู่การใช้สารเสพติดและการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิตได้ (Trygstad et al., 2002) เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่น และมีความคิดหลงผิดว่าบุคคลอื่นจะมาทำร้ายตน (McNiel et al., 2000) มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงจากการมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับรู้ถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น (Benjaminsen et al., 1996) ซึ่งอาการหูแว่วและอาการหลงผิด ระวัง คิดว่าผู้อื่นจะทำร้ายตัวเอง อาการเหล่านี้ถือว่าเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้ศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลงอย่างมาก (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

จากอาการทางบวkdังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือ ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Barkhof et al., 2012) โดยในระยะเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางบวkdจะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในระยะเรื้อรังจะรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการทางบวkdที่เกิดขึ้น ซึ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง ดูแลตนเองลดลง สูญเสียทักษะทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) และส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือ สัมพันธภาพภายในครอบครัวบกพร่อง สมาชิกในครอบครัวหวาดระแวง เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหรือผิดปกติ ครอบครัวรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยและเป็นกังวลกับการของของผู้ป่วย และผลกระทบทางสังคมจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางบวkdรุนแรงทำให้เป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม และรัฐต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วย ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวkdกำเริบหรือรุนแรงขึ้นมีทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตหรือสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2002) ปฏิเสธการใช้ยา การรับประทานยาเพียงบางชนิด การใช้ยามืดเวลา และการปรับเปลี่ยนยาไม่ตรงตามแผนการรักษา (Farrageher, 1999; Perkin, 2002) ส่งผลให้อาการทางบวkdของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้นได้ (Hayward et al, 1995) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ดูแลว่าเป็นภาระ ทำให้ไม่สนใจผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล (วิชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2541) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (Lim and Ahn, 2003) ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง โกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) อาจแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยที่ใช้น้ำเสียงดังขึ้นในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hooley, 2007)

การแสดงความรู้สึกพ้นทางอารมณ์ที่มากเกินไป (อรรณพ ทองคำ, 2546) ผู้ดูแลขาดทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหาทำให้แสดงการสื่อสารในทางลบต่อกันในครอบครัว (Falloon et al., 1982) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามมาได้

การคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ที่รวดเร็วและเหมาะสม ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพยายามลดความรุนแรงของอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการ เช่น การนำแนวความคิดการจัดการอาการ (symptoms management) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของตนเองก่อนแล้วจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการจัดการอาการหูแว่วหลากหลายวิธีและให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ในการจัดการอาการของตนเองรวมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การจัดการอาการสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548; วิมลพร เกียรติวุฒินันท์ รื่นฤดี ลิ้มฉาย ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และ วัลลภา กิตติมาสสกุล, 2551) ส่วนในต่างประเทศ Bucherri et al. (1997) ได้นำแนวความคิดการจัดการอาการมาใช้ โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยสำรวจและนำประสบการณ์การจัดการอาการหูแว่วของตนเองมาสนทนาร่วมกันในกลุ่ม หลังจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เคยนำไปใช้แล้วสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาช่วยในการตัดสินใจเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการหูแว่วที่เหมาะสมกับตนเอง หลังจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มนำทักษะการจัดการอาการหูแว่วไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วลดลง จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาเน้นลดอาการหูแว่วเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงอาการทางบวกทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภท และยังไม่พบว่ามี การนำแนวความคิดการจัดการอาการ (symptoms management) มาใช้เพื่อจัดการและลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการปรับบทบาททีมสุขภาพจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยให้ความสำคัญในการสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทนการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจริญปัญญารัช และคณะ, 2542) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (McCleery & Addington, 2005) และต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา นันทไพบูลย์, 2553) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการของโรคแบบ

เรื้อรังและต้องรักษาตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นนอกเหนือจากบทบาทอื่นๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองแล้ว ครอบครัวก็ยังมีส่วนสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ระบุว่าครอบครัวเป็นหน่วยหรือระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้างสุขภาพ จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับโรคและผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยตรง ครอบครัวจึงมีความจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การกระตุ้น การให้กำลังใจ หรือมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยในทุกๆ ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบันที่บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรนำครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลช่วยเหลือและจัดการกับอาการที่ผิดปกติของตนเองได้ แต่ในปัจจุบันยังพบว่าครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขาดทักษะในการปฏิบัติตัวและขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังโดย ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท คือ การไม่สามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นได้ การขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว คือ ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ดูแลแล้วเป็นภาระ ทำให้ไม่สนใจผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล (วัชรารัตน์ ลือโรสงค์, 2541) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (Lim and Ahn, 2003) และการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลปรับตัวและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขความเจ็บป่วย (Connelly, 1987) ในปัจจุบันการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เป็นการพยาบาลที่มีอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาล และยังไม่ได้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ หรือมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้คงไว้ซึ่งความรู้ ความสามารถ ในการดูแลบุคคลภายในครอบครัวได้ด้วยตนเอง ให้สามารถจัดการกระทำได้มีหลากหลายวิธี เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งยังคงเป็นการพยาบาลแบบแยกส่วน การสอนทักษะต่างๆแก่ญาติ

และผู้ป่วยยังทำไม่เป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน และเป็นการทำกิจกรรมตามโอกาส ไม่คงที่สม่ำเสมอ ขาดความครอบคลุมต่อเนื่อง ถ้าจะให้เกิดการพยาบาลที่ส่งผลต่อการลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพยาบาลจะต้องจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล มีกิจกรรมที่มีเป้าหมายและการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

ในปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีทั้งให้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นบริการประเภทหนึ่งที่ทำให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน และมีการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการต่างๆตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการพยาบาลจะเน้นไปที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การให้คำแนะนำต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การสอนทักษะและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบแยกส่วน ยังไม่ทำเป็นระบบและไม่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะการสอนทักษะในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งยังไม่มีแบบแผนที่แน่ชัด และเมื่อพิจารณาสาเหตุและปัญหาของการกำเริบของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำเป็นต้องมีรูปแบบการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง มีแบบแผนที่ชัดเจนเหมาะสม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังและมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา การปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานโดยใช้องค์ความรู้และทักษะที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) ยังไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาดังกล่าว การวิจัยหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ให้มีความสามารถในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสมนั้น เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

ความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดีในสังคม ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลให้เข้ากับสภาพปัญหาในปัจจุบันที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและร่วมแก้ไขปัญหานั้นเป็นสาเหตุของอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อใช้ในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom

management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (symptom outcome) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) มาประยุกต์ใช้ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆขั้นตอนในการทำกิจกรรม เพื่อลดปัญหาและอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้โปรแกรมประกอบด้วย 3 ชั้น 6 กิจกรรม ลักษณะเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัว โดยผู้วิจัยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกันภายในกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ณ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คาดว่า จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่อยู่ในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการป่วยซ้ำต่อไป

คำถามการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีความรุนแรงของอาการทางบวกพบได้เป็นระยะๆได้แก่ อาการหลงผิด หูแว่ว ส่งผลให้มีพฤติกรรมรุนแรง วุ่นวายก้าวร้าว (Lindenmayer et al, 2006) และพบว่าหูแว่วเป็นอาการนำสำคัญที่ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกกำเริบหรือรุนแรงขึ้น มีทั้ง ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตหรือสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2002) ปฏิเสธการใช้ยา การรับประทานยาเพียงบางชนิด การใช้ยาผิดเวลา และการปรับเปลี่ยนยาไม่ตรงตามแผนการรักษา (Farrageher, 1999; Perkin,

2002) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ดูแลว่าเป็นภาระ ทำให้ไม่สนใจผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล (วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, 2541) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (Lim and Ahn, 2003) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (อรรณพ ทองคำ, 2546) ผู้ดูแลขาดทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาทำให้แสดงการสื่อสารในทางลบต่อกันในครอบครัว (Falloon et al., 1982) ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995)

ในปัจจุบัน การบำบัดรักษาอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นหลัก คือ การรักษาด้วยยา รักษาโรคทางจิต ทั้งยารักษาโรคกลุ่มเก่า (typical antipsychotic drugs) และยารักษาโรคกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) ส่วนยาที่ใช้รักษาอาการทางบวกที่มีประสิทธิภาพคือ กลุ่ม dopamine antagonist psychotic เช่น Perphenazine, Halop ซึ่งมีกลไกในการออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการทำงานของ dopamine D₁-D₅ receptor และออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptor ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน การออกฤทธิ์ของยาเริ่มที่ ventral tegmental area ในสมองส่วนกลางและเดินทางไปยัง nucleus accumbens ซึ่งผ่าน limbic system และ cortex (Beck et al., 2009) พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้จะมีอาการทางบวกลดลง แต่ในการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเก่าพบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (ธีระ ลีลานั้นทกิจ, 2550) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่อยากรับประทานยา และรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้อาการทางบวกหลงเหลืออยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ลดอาการทางบวกที่มีประสิทธิภาพ คือ การจัดการอาการ (Symptom management) ของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (symptom outcome) โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลนั้นจะต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ต่ออาการหรือการให้ความหมายที่เกี่ยวกับอาการ การที่บุคคลจะมีการจัดการกระทำหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกในการประเมินอาการของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีความคุ้นเคยกับอาการหรือเกิดความรู้สึกที่ดีจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้นได้สำเร็จวิธีการนั้นจะถูกทำซ้ำ แต่หากบุคคลไม่คุ้นเคยกับอาการและเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี การกระทำนั้นจะเกิดขึ้นน้อย ซึ่งการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยพยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางบวก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินและค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการหรือส่งผลให้ลดอาการทางบวกที่เกิดขึ้นได้

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วย จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) คือ การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะครอบครัวเป็นหน่วยหรือระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้างสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค มีความสามารถในการร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom experience stage) และแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care seeking stage) ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและต้องให้การช่วยเหลืออย่างไร โดยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในยามที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) โดยครอบครัวสามารถชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นบทบาทของผู้ป่วยเองว่าควรปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงใด รวมทั้งครอบครัวมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะคอยช่วยสนับสนุนผู้ป่วยหรือฟื้นฟูสมาชิกภายในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว นอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รับผิดชอบ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน แก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นหรือร่วมจัดการกับอาการทางบวกกับผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะช่วยให้ลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรค ผลกระทบจากโรคและผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และถือเป็นพฤติกรรมพื้นฐานทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ

จากการศึกษาของ Baker. (1995) พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหายไปถ้าผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และอีกประมาณร้อยละ 30 อาการก็ยังคงอยู่แต่ลดความรุนแรงลงและอีกประมาณ ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Bucchri et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tarrrier et al. (1993) พบว่า จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 ปี ยังคงมีอาการทางบวก ร้อยละ 47 ผลของอาการทางบวกที่ยังคงอยู่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ซึมเศร้า วิตกกังวล และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ ในผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกหายแล้วก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง จึงมีการนำการบำบัดทางด้านจิตสังคมเข้ามาผสมผสานกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อลด

อาการของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดความพรัองของการปฏิบัติหน้าที่ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการปรับตัวของครอบครัว (Provencher, Fournier, & Dupuis, 1997) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพมากกว่ารักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Jenner, Niehuis, Wiersma, Willige, & Gaag, 2004)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่1 ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 1997) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขหรือวิธีการที่จัดการกับอาการทางบวกที่ผ่านมาอย่างไร และผลลัพธ์หลังจากการจัดการเป็นอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมเมื่อผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับอาการนั้นได้ผล หรือช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีใหม่มาเพื่อจัดการกับอาการทางบวกได้จนสำเร็จ และทำให้ครอบครัวได้ทบทวนการทำหน้าที่ของตนเองเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกว่าตนเองมีส่วนเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของครอบครัวในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมเกิดขึ้นภายหลังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นการพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกเมื่อตนเองเมื่อเกิดอาการทางบวกและให้ครอบครัวพูดถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้เห็นคุณค่ากันและกัน มีความเห็นใจและเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การลดการแสดงอารมณ์ทั้งภาษาพูดและท่าทางซึ่งจะช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมในผู้ดูแลได้ (Pharoah et al., 2010) อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้เล่าหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเองแล้ว กิจกรรมนี้ มีเป้าหมายเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีที่มุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง (Dodd et al, 2001)

ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการทำหน้าที่ของครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น และเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom management strategies)

ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อ ชะลอผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ หรือวิธีการในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นโดยผ่านกลวิธีต่างๆ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางบวมนั้นที่ถูกต้อง และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4.1 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง เป็นการใช่วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นวิธีที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามเสียงหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงแว่วที่ได้ยิน (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548)

กิจกรรมที่ 4.2 ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการสอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 ท่า เป็นการใช้วิธีการลดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง (กัญญาวรรณ ระเบียบ, 2555) โดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยเกิดทักษะในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและรับรู้ถึงว่ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์และลดความวิตกกังวล และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ความรุนแรง และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ในขั้นตอนนี้ครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในทุกขั้นตอนไปพร้อมๆกับผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวได้แสดงออกซึ่งการเห็นคุณค่ากันและกัน และสามารถแนะนำหรือช่วยชี้แนะผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ หรือให้คำชี้แนะเมื่อผู้ป่วยขอความช่วยเหลือได้

กิจกรรมที่ 4.3 พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยผู้ป่วย (Presenting Reality) มีเป้าหมายเพื่อ นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริงลดอาการหลงผิด และเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของครอบครัวทั้งด้าน การฟัง การพูด และการสื่อสารทางด้านความรู้สึก โดยให้ครอบครัวเข้ามาพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง มีความชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Pharoah et al., 2010)

กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกันฝึกปฏิบัติและร่วมกันค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการโดยใช้เหตุการณ์จำลองที่นำมาจากปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเอง และฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพูดคุยและเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดมาใช้เป็นเหตุการณ์จำลอง พร้อมทั้งค้นหากลวิธีในการแก้ปัญหานั้นๆและตั้งเป้าหมายร่วมกัน และประยุกต์ทักษะในการจัดการกับอาการมาใช้ในสถานการณ์จำลอง กำหนดตัวละครจากสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้บทบาทของตนเอง ครอบครัวจะทำหน้าที่ของตนตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วย

จัดการกับอาการนั้นๆ ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่ เมื่อใดที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะหากวิธีในการจัดการกับอาการนั้นโดยมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทาง และร่วมกับผู้ป่วยจัดการกับความผิดปกตินั้น ในขณะเดียวกันขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาให้ครอบครัวเข้ามาร่วมแก้ปัญหา และการสื่อสาร ร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม ส่งผลให้การจัดการอาการของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยในการจัดการอาการ การประเมินผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการทางบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง ลดความเครียดความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบ กลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 5 ครอบครัว ซึ่งกระบวนการกลุ่มของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของปัญหา จะส่งผลให้สมาชิกเกิดความรู้สึก เป็นกันเอง และพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์และเรียนรู้ในเรื่องทักษะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ทำให้สมาชิกภายในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามบทบาท แสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (ดารานี วันวา, 2555)

สมมติฐานการวิจัย

1.อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง และรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2558 และสิ้นสุดวันที่ 25 มกราคม 2559

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

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาด้านผู้ป่วยนอก และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปี มีคะแนนอาการทางบวก 8-35 คะแนน ประเมินจากแบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ พ่อ/แม่ ญาติพี่น้อง อายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 6 เดือนและไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ พูด ฟัง อ่านภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 ครอบครัว เลือกแบบเจาะจงและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางบวก หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. อาการหลงผิด (delusion) หมายถึง ความเชื่อที่ไม่มีพื้นฐาน ไม่สอดคล้องกับความจริง และมีลักษณะเฉพาะตัว ไม่เหมือนคนอื่น

2. ความคิดสับสน (conceptual disorganization) หมายถึง ความสับสนในกระบวนการใช้ความคิด ซึ่งทำให้มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่องและทำให้มีอาการต่างๆ เช่น อาการคิดและพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) การพูดออกนอกประเด็น (tangentiality) ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loose associations) ความคิดไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุเป็นผล มีการหยุดชะงักของความคิด (thought block)

3. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) คือ การทราบจากการบอกหรือสังเกตได้จากพฤติกรรมว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนนี้อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่นๆ ก็ได้

4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) หมายถึง อาการอยู่ไม่สุขแสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ ใจต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ หรือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายกว่าปกติ

5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity) หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในความคิดของตนมากเกินไปและมีความรู้สึกว่าตนเหนือคนอื่นโดยไม่สอดคล้องกับความจริง รวมทั้งการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง อำนาจ มีคุณธรรมสูงกว่าคนอื่น

6. ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution) หมายถึง การมีความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้ายอย่างเกินกว่าเหตุไม่สอดคล้องกับความจริงแสดงออกโดยการระมัดระวังตัวมาก มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีความหวาดระแวงเกินเหตุเนื่องจากระแวงหรือมีความหลงผิดว่ามีคนจะทำร้าย

7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) คือ การแสดงความโกรธและความขุ่นเคืองใจ ออกมาทั้งคำพูด และสีหน้าท่าทาง ซึ่งอาจรวมถึง การพูดถากถางประชดประชัน การแสดงพฤติกรรมต่อต้านอย่างเงี้ยว (passive aggressive behavior)

ประเมินจากแบบประเมินอาการทางบวก ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 -59 ปี ซึ่งมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเดินทางมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ตามแผนการรักษา

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็น พ่อ/แม่ สามเณร/ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 6 เดือน และไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การซักประวัติข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ที่บ้านและการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต

โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวแบบกลุ่ม ในลักษณะของการสอน การฝึกทักษะการจัดการอาการโดยให้ครอบครัวเข้ามามีทำส่วนร่วมในการจัดการกับอาการทางบวกทั้ง 3 ขั้นตอน คือ ประสพการณ์ในการมีอาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ โดยมีขั้นตอนรายละเอียด วิธีการดำเนินกิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา

จากการบูรณาการ แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (2003) ดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมที่ 1, 2 สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรมที่ 3, 4 สัปดาห์ที่ 3 ทำกิจกรรมที่ 5 และสัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรมที่ 6 ระยะเวลาทำกิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 45-60 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางบวกของผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและกับสมาชิกคนอื่นๆภายในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเกิดอาการทางบวกและวิธีการจัดการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งแลกเปลี่ยนการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับสมาชิกในกลุ่ม ฝึกทำแบบสำรวจตนเอง และนำทักษะการสำรวจตนเองไปทดลองปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนเอง เพื่อการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัว และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ทั้งภาษาพูดและท่าทาง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน หมายถึง การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีความเข้าใจตามสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้ซักถามมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก และแจกคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4.1 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง หมายถึง การสาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง เป็นการใช่วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นวิธีที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามเสียงหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงแว่วที่ได้ยิน

กิจกรรมที่ 4.2 ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การสอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 ท่า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้แก้ปัญหา ทำให้การควบคุมหรือการตอบสนองต่อความเครียดหรือความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ความรุนแรง และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ในขั้นตอนนี้ครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในทุกขั้นตอนไปพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถแนะนำหรือช่วยชี้แนะผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 4.3 พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง หมายถึง การให้ข้อมูลที่แท้จริงกับผู้ป่วยผู้ป่วยโดยครอบครัว เพื่อลดอาการหลงผิด และพัฒนาการสื่อสารของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านการฟัง พูด และสื่อสารทางด้านความรู้สึก

กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเอง และฝึกทักษะแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันในการค้นหาวิธีการในการจัดการกับอาการโดยใช้เหตุการณ์จำลองที่นำมาจากปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวมาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน และประยุกต์ทักษะในการจัดการกับอาการมาใช้ในสถานการณ์นั้น โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา การสื่อสาร และการควบคุมพฤติกรรมร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม ส่งผลให้การจัดการอาการของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ หมายถึง กระบวนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และปัญหาการการมีส่วนร่วมและบทบาทของครอบครัว หลังจากผ่านกระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการทั้งหมด เพื่อดำเนินการแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอาการทางบวกลดลง
2. เพื่อให้ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเภท รับรู้ เข้าใจปัญหา และสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางบวกต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารบทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. อาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของอาการทางบวก
- 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางบวก
- 3.3 การประเมินอาการทางบวก

3. แนวคิดครอบครัวและผู้ดูแล

- 3.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว
- 3.2 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.3 การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.4 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

5. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

มีผู้ที่ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้หลายทัศนะ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

World Health Organization (1992) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem 10 Revision (ICD-10) ไว้ว่า โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะและความสารถด้านเซาว์ปัญญาดี แม้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยนานๆจะมีการสูญเสียการรับรู้ไปบ้าง

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า คำว่า Schizophrenia นั้นเป็นคำที่มาจากภาษากรีก กว่า skhizo ซึ่งหมายความว่า การแยกออก(split) และคำว่า phren หมายถึง จิตใจ (mind) ซึ่งเมื่อได้นำทั้งสองคำมารวมกัน เป็นคำว่า Schizophrenia จึงมีความหมายว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง ความผิดปกติด้านกระบวนการคิดโดยผู้ป่วยจะแสดงออกโดยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป อาทิเช่น ความคิดหลงผิด และด้านพฤติกรรมละบุคลิกภาพ จะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ถดถอยและแปลกๆ

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่มีอาการหลายด้าน ทั้งด้านความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือนและไม่มีอาการด้านอารมณ์ที่เด่นชัด

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยจะต้องไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด ซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

จากความหมายต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ได้ว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ โดยมีระยะเวลา

การเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกาย โรคทางสมอง ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมาจากหลายๆสาเหตุ (มานaix หล่อตระกูลและปรามิทย สุกนิชย์, 2555) ดังนี้

1.2.1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุกรรมชี้ให้เห็นว่าเป็นสาเหตุสำคัญพบว่า ญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 10 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ซึ่งอัตราของผู้ป่วยในหมู่ญาติสนิทจะสูงกว่าที่พบในประชากรโดยทั่วไป และพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทด้วยคิดเป็นร้อยละ 10 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 1 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึง ร้อยละ 50 แต่ในขณะเดียวกันการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 8 จากข้อมูลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาบ่งชี้ว่ายีนที่มีความผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6

1.2.1.2 ปัจจัยด้านระบบสารเคมีในสมอง

ในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากdopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายาที่รักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor type 2 และพบว่ามีสารนำสื่อประสาท serotonin พบการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin นอกจากนี้ในช่วงระยะหลังๆนี้ยังพบว่าสารนำสื่อประสาท glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่อาจทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยพบ การทำหน้าที่ ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMAD) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ inhibitory จะเสียไป ทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับการมี neuroplasticity บกพร่องไป

1.2.1.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง

การเกิดโรคจิตเภทพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ การที่มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter และมี ventricle ที่โต กว่าปกติ พบว่าการที่ ventricle ที่โตกว่าปกตินั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านลบและยังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและมีการบกพร่องทางด้าน cognition

1.2.1.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยา

พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในปริมาณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองแนวคิดนี้ว่า การทำงานของในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆจุดที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองได้ว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคการเชื่อมต่อของระบบประสาทถูกรบกวน (disturbed neural connectivity)

1.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

จากการศึกษาจะพบว่า สภาพแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ประชากรที่มีฐานะยากจนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆและมีภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการรายงานว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน และพยายามดึงเอาเด็กมาเป็นพวกของตนเอง ในที่สุดเด็กจะเกิดความลี้ภัย ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท หรือร่วมถึงการที่บิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป ส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนเองได้เหมาะสม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบเจอกับสภาพที่กดดันบางอย่างทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา หรือสภาพที่กดดันนั้นอาจเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือเกิดจากหลายๆปัจจัยร่วมกัน

อาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มอาการทางบวกจะแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งกลุ่มอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสีกานานนท์, 2552) โดยกลุ่มอาการทางบวกจะมีอาการดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่สามารถพบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยที่หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนมาคอยปองร้ายตนเอง (delusion of persecution) และ ผู้ป่วยที่มีความคิดว่ามีคนมาพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยที่สุด คือ หูแว่ว โดยพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เสียงแว่วอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางครั้งอาจเป็นเสียงคนๆเดียวหรือหลายๆคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วยก็ได้

1.3 ความผิดปกติของคำพูดโดยผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของการพูด ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ บางครั้งพูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่องหรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่สนใจการดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนโวยวายหรือด่าว่าหยาบคาย

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) โดมมีอาการดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สบตา

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจในการตอบคำถาม

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจจะเข้าร่วมการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

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

การดำเนินการของโรค โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการด้านลบเช่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานเริ่มแย่งลง เก็บตัวในห้องคน

เดียว ไม่สนใจตนเอง บางครั้งมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ แต่ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ช่วงระยะเวลานี้อาจไม่แน่นอนอาจใช้ระยะเป็นสัปดาห์หรืออาจนานเป็นปีก็ได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดีหากระยะนี้ผู้ป่วยเป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อยๆ

2.ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน ได้แก่อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior

3.ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายกับระยะที่เริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาจมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดเหลืออยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในช่วงของระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการ relapse ได้เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยก่อนอาการกำเริบ คือ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว หงุดหงิด และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

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

เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM-IV) จะพิจารณาเกณฑ์ตามอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท โดยเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การทำงาน ด้านสังคม และระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.3.1 ลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการที่เด่นชัด เป็นเวลานาน 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการด้านการพูดผิดปกติ อารมณ์เฉยเมย ไม่พูด

1.3.2. การสังคมและการงานเสียไป ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การทำงาน แยกตัว ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร

1.3.3. ระยะเวลาที่มีอาการ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาวะที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์

1.3.5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือการได้รับยาตัวอื่น

1.3.6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติทางด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติโรคออทิสติก (Autistic Disorder)

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

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

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

โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบ เฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

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

โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post- schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (other schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆที่กล่าวมาข้างต้น

โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สำคัญ (มานอน หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กรณีที่จะรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในรักษาใน

โรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่นมีปัญหาอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชโดยเฉพาะโดยระยะเวลาที่รักษาด้วยในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา ถือเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการ

ทางบวกได้แล้วยังสามารถลดอัตราการกลับมากำเริบซ้ำได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา การรักษาแบ่งออกได้ 3 ช่วง คือ

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมให้อาการทางจิตสงบโดยเร็ว อาการรบกวนของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ของยาที่ทำให้อาการสงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตของยานั้นต้องระยะเวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นผล

1.4.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบ

1.4.2.3 ระยะที่อาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทางจิตทุเลาลง แต่ก็ยังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกลับมากำเริบซ้ำในรายที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การควบคุมอาการด้วยการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ โดยขนาดยาจะใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าช่วงแรกๆ และจะค่อยๆลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดยาที่ต่ำที่สุดที่สามารถคุมอาการของผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอาจพิจารณาใช้ยาชนิดประเภทออกฤทธิ์นาน (long acting) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกหลังจากที่อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วจึงจะพิจารณาว่าจะหยุดยาได้หรือไม่ หากสามารถหยุดยาได้จะต้องค่อยๆลดขนาดยาอย่างช้าๆ และยังคงต้องมีการนัดเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองการรับประทานยานั้นอาจต้องรับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหรือในบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วย

ไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่ค่อยได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยปกติแล้วจะใช้การรักษาไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทำการรักษาไฟฟ้าร่วมไปด้วย โดยการรักษาด้วย

ไฟฟ้านั้นโดยปกติแล้วจะทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยชนิด catatonic หรือ ผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมถือเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการรักษา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง ในบางครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วปัญหาทางด้านสังคมนั้นยังคงอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการบางอย่าง เช่น อาการทางด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ หรือการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้บำบัดรักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือได้ในทุกๆด้าน โดยการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมนั้นประกอบด้วย

จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง โดยที่ผู้รักษามีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยช่วยหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบที่ผู้ป่วยทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้มีความรู้มากกว่า ช่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้

การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family Counseling)
การทำครอบครัวบำบัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย

กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการทำกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีการให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ฝึกทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ

นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายปัจจัยร่วมกัน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และการดำเนินโรคของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยควรมีใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

1.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

1.5.1 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัวและ

ชุมชนโดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวมหรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวเนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎีทั้งด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

1.5.2 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีความตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมและสิ่งสำคัญเนื้อหาการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ประกอบด้วย

การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นโดยการส่งเสริมความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไปให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบกพร่องด้านการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกายด้านสุขอนามัยตนเอง

การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ คือ การหาความหมายของความคิด ในการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจทำให้พยาบาลได้ทราบความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้ และสุดท้ายคือ การให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

การพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลเองจำเป็นต้องมีความเข้าใจและอดทนต่ออารมณ์ที่ไม่ผิดปกติเหล่านี้ รวมถึงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรมีการประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยที่เหลือนอยู่ และควรมีการเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่เหลือนอยู่ การส่งเสริมการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องตามความเหมาะสมด้วยหลักการเรียนรู้

1.5.3 การใช้กระบวนการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการของผู้ป่วย จะเริ่มประเมินจาก ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วย และอาการที่ผิดปกติที่เป็นสาเหตุที่นำส่งโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย

การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป โดยประเมินการแต่งกาย ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า ด้านสุขอนามัย การได้รับสารอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และนอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) อีกด้วย

การประเมินด้านความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่และมีการรับรู้เป็นอย่างไร

การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน การหลบซ่อนตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจก่อความรำคาญหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

การประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลควรมีการประเมินด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างราบรื่น และควรมีการประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่อาจพบได้ในผู้ป่วย เพื่อที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการวางแผนทางการวางแผนทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะต้องมีและสอดคล้องกันกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนการพยาบาล จะประกอบด้วยการวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและการวางแผนทางการพยาบาลระยะยาว และควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดูแล ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้และเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลจะปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ สำหรับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 16 วัน

การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหานั้นๆได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาใดที่ยังคงอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องเน้นในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ในครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.5.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทพบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลเข้าใจบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ นอกจากนี้จะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งการดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย
3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลต้องครอบคลุม การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป ด้านการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษา ระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ

ในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการให้บริการควบคู่กันไป หลักปฏิบัติที่พยาบาลควรปฏิบัติเพิ่มเติมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการนำข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ
2. การให้ผู้รับบริการร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดและดีที่สุด เพราะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรู้สถานการณ์ของตนเองว่าเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ
3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic goal setting) พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งจะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้อง เหมาะสม และผู้รับบริการยอมรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาลต้องคำนึงถึงการดูแลในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีการประสานกันระหว่างผู้รับบริการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมาย นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน ซึ่งการพยาบาลตามปกติในปัจจุบันยังมีการแยกส่วนกัน ไม่ได้ดูแลบุคคลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม นอกจากนี้การให้ความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.5.5 ระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่างๆสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ (ปัทมา ศิริเวช, 2545; ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, 2545)

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง การทดสอบทางจิตวิทยา การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ให้การพยาบาลเบื้องต้น ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนตามระบบของโรงพยาบาล ในกรณีที่มีอาการรุนแรงมากส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน

2. โรงพยาบาลจิตเวชได้จัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอก ในรูปแบบของโรงพยาบาลเฉพาะช่วงเวลา เช่น โรงพยาบาลสุตัสปดาร์ เพื่อให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่มีความจำเป็น เช่น ต้องการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน หรือผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา

3. โรงพยาบาลจิตเวชได้มีการให้บริการโดยการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นในสถานบริการใกล้บ้าน แต่กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ชับซ้อน สถานบริการสามารถส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษายังโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิได้ และในปัจจุบันได้มีระบบบริการในรูปแบบของโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอจะให้บริการสำหรับผู้ป่วยโดยให้บริการในรูปแบบทำหน้าที่ประสานงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ สะดวกและรวดเร็ว พร้อมทั้งประหยัดค่าเดินทางในการมาพบแพทย์

4. ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด

สรุป รูปแบบของบริการสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจาก

สถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงและดีที่สุด จึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยตามระยะเวลาที่ป่วย ทำให้ต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แม้จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแล้วก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและไม่กลับสู่ภาวะปกติ (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปัจจุบันนโยบายเน้นการดูแลให้อยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นและกลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) คือเมื่ออาการทุเลาก็ให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นทั้งผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่เป็นบางส่วน (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากถูกจำหน่ายออกไปสู่ชุมชนทั้งที่ ตัวผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวและชุมชน ยังไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ฉะนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาลตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรซึ่งอาจอยู่ในชุมชนแต่ยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน เพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมโดยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับผลกระทบทางจิตใจและรับรู้ถึงการเป็นภาระจากการดูแล การดูแลในชุมชนจึงถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ ลดภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549 อ้างใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือ การประเมินสภาวะผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สอนให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต การประกอบอาชีพให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้กำลังใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆและการประเมินผล และปรับปรุงการดูแลเป็นระยะๆ

1.6.1 ปัญหาความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังจึงมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้มีระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตในชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรม

เกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นพบว่า มีการดำเนินชีวิตและสภาพชีวิตที่พบ ดังนี้

จากการศึกษาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไร้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางาน ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงานและกิจวัตรประจำวัน (เพลินพิศ จันท์ศักดิ์, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (1974 อ้างใน ดารา ศัตร์สุลีและคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวทยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาในการนั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่น ถ้าจะไปเยี่ยมคนอื่นต้องไปกับสมาชิกครอบครัว

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพบว่า เป็นปัญหาในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การมีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย แสดงความรัก ความสงสารน้อย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่กล้าถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสมน สุชีวัน, 2536) ผู้ป่วยจะมีปัญหากับญาติในเรื่องพฤติกรรมรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดรับประทานยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาตามมา คือ การกลับไปป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

จากการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมี

ความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าปัญหาที่สำคัญคือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาเรื่องสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการของโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับ การมีส่วนร่วม จากผู้ดูแลหรือจากครอบครัว ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

1.6.2 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ดูแล (อุมามพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไปและเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุดซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทางโดยใช้ระบบการส่งต่อจากระดับล่างสู่บน ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลาย สหสาขาวิชาชีพร่วมกัน

3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5. เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6. เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการและผู้ป่วย

7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะของการให้บริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้านสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน หลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้หลักการเดียวกับกับการดูแลสุขภาพจิตเวชทั่วไปที่บ้าน การดูแลสุขภาพจิตเภทที่บ้านมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6. ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
อย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชนหรือองค์กรต่างๆในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงจะสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไข ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

1.6.3 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎี ความชำนาญและความคิดในการดูแลเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนองกระบวนการรักษา เพื่อบรรลุสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต้องผสมผสานการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต การรับผิดชอบตนเองให้มีความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (สมจิต ปทุมานนท์, 2541) เพื่อการมีสุขภาพของตนเอง โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ

การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (เปรมฤดี ดำรงค์, 2545)

การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการร่วมในการค้นหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมและจัดกิจกรรมในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น (เปรมฤดี ดำรงค์, 2545)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นรูปแบบที่อาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งโรงพยาบาล ศูนย์บริการชุมชน องค์กรเอกชน ครอบครัว ให้มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแผนงาน โดยมีกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมพื้นบ้านที่จะเป็นได้จริง ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตน เป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง และสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ตระหนักถึงตนเอง การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เป็นการดูแลที่เน้นความเข้าใจ การ

ยอมรับ และการแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจซึ่งจะมีส่วนช่วยผู้ป่วย และครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้อย่างดียิ่ง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

โดยสรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก เพื่อนำมาซึ่งสุขภาพะทุกๆด้านอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูสิวรรณ เพียรทองและคณะ (2546) เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีความวิตกกังวล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ ที่เมื่อให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติและครอบครัว แกนนำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายลดลง และลดการใช้ยาลง ส่วนครอบครัว แกนนำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้สึกภูมิใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งการพยาบาลแบบองค์รวมมีลักษณะ ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2547)

1. เป็นการเข้าใจบุคคลในแบบผสมผสาน ที่มีการกระทำซึ่งกันและกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมถึงการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล
2. เน้นความเป็นหนึ่งเดียว คือ บุคคลเป็นหน่วยเดียว ครอบครัวเป็นหน่วยเดียว ชุมชนเป็นหน่วยเดียว ซึ่งภายใต้แต่ละหน่วยประกอบด้วยหน่วยย่อยที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน
3. สนใจกระบวนการและรูปแบบการผสมผสานจนสมดุล เช่น กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นต้น
4. ใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นส่วนประกอบของการฟื้นฟู เน้นคุณค่าของความ เป็นมนุษย์เพื่อเข้าถึงจิตวิญญาณ
5. ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีทางเลือก ทางเสริมที่หลากหลาย ให้ผู้รับบริการเลือกนำมาใช้เพื่อให้เกิดความฟื้นฟูของตนเอง
6. พยาบาลจะเป็นผู้ร่วมบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกรให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู ในขณะที่ผู้รับบริการต้องทำกระบวนการฟื้นฟู

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ

ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

1.6.4 บทบาทและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาทางจิตขึ้นซึ่งเรียกว่า งานสุขภาพจิตชุมชน (Community mental health) เป็นศาสตร์ที่ผสมผสานความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยม การปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพ การให้บริการทางสุขภาพโดยการให้การดูแลในชุมชนและการเข้าถึงประชาชนในชุมชน โดยเน้นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริม (promotion) ป้องกัน (prevention) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ซึ่งบทบาทของพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การเป็นผู้ให้บริการพยาบาล ผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและการให้การปรึกษา เป็นผู้นำ ผู้บริหารจัดการ ผู้ประสานงานและรักษาสีทธิประโยชน์ของผู้ป่วย บทบาทที่กล่าวมาเป็นการป้องกันใน 3 ระดับคือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ การป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินตามบทบาทโดยใช้กระบวนการการพยาบาล การให้บริการพยาบาลในระดับต่างๆ มีดังนี้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545)

การให้การพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยเป็นบทบาทผู้ให้บริการเพื่อป้องกันในระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรองเบื้องต้น การดูแลรักษาเบื้องต้น โดยการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการดูแลตนเองและใช้ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน รวมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ทัศนาศา บัญทอง, 2543) นอกจากนี้ยังรวมถึงถึงการส่งต่อผู้เจ็บป่วยทางจิตที่เกินศักยภาพการดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้บริการระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลประชาชนที่อยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ให้รู้จักการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและชุมชนซึ่งสามารถกระทำได้หลายลักษณะ โดยการประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานราชการ และหน่วยงานในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการสร้างเครือข่าย

การให้บริการพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นบทบาทการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทุกวัย เพื่อป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิโดยมุ่งเน้นแก้ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและผลกระทบ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความซับซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงควรครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งต้องครอบคลุมทั้ง 6 บทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2539; ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลของผู้ป่วยทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสนับสนุนการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดจึงมีหน้าที่เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรสุขภาพในทีม

3. บทบาททางสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ๆในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัวและชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการสำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจและปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. บทบาทผู้ให้ความรู้ พยาบาลทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

6. บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของต่างประเทศนั้น มีการให้บริการแบบ Assertive community treatment ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมี Psychological intervention และ Family intervention ซึ่งมีการจัดกระทำทางจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งแนวโน้มในอนาคตจะมีการพัฒนาการบริการเป็นแบบมีการจัดกระทำด้านความคิดและพฤติกรรมไปพร้อมๆกัน

สรุป การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน เน้นงานสุขภาพจิตชุมชน มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอนทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตในชุมชนจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และชุมชนให้การยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนมากขึ้น

2. อาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางบวก

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางบวกคือ อาการที่ผิดไปจากสภาพปกติ และมีลักษณะอาการ ดังต่อไปนี้

1. อาการหลงผิด (delusion) หมายถึง ความเชื่อที่ไม่มีพื้นฐาน ไม่สอดคล้องกับความจริงและมีลักษณะเฉพาะตัว ไม่เหมือนคนอื่น

2. ความคิดสับสน (conceptual disorganization) หมายถึง ความสับสนในกระบวนการใช้ความคิด ซึ่งทำให้มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่องและทำให้มีอาการต่างๆเช่น อาการคิดและพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) การพูดออกนอกประเด็น (tangentiality) ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loose associations) ความคิดไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุเป็นผล มีการหยุดชะงักของความคิด (thought block)

3. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) คือ การทราบจากผู้บอกหรือสังเกตได้จากพฤติกรรมว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนนี้อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่นๆ ก็ได้

4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) หมายถึง อาการอยู่ไม่สุขที่แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ การไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ หรือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายกว่าปกติ

5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity) หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในความคิดของตนมากเกินไปและมีความรู้สึกว่าตนเหนือคนอื่นโดยไม่สอดคล้องกับความจริง รวมทั้งการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง อำนาจ ตลอดจนคุณธรรมสูงกว่าคนอื่น

6. ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution) หมายถึง การมีความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้ายอย่างเกินกว่าเหตุไม่สอดคล้องกับความจริงแสดงออกโดยการระมัดระวังตัวมาก มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการหวาดระแวงเกินเหตุเนื่องจากระแวงหรือมีความหลงผิดว่ามีคนจะทำร้าย

7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) คือ การแสดงความโกรธและความขุ่นเคืองใจออกมาทั้งคำพูด และสีหน้าท่าทาง ซึ่งอาจรวมถึง การพูดถากถางประชดประชัน การแสดงพฤติกรรมต่อต้านอย่างเงี้ยว (passive aggressive behavior)

พิเชษฐ์ อุดทรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า อาการทางบวก เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม อาการด้านบวกนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงเวลาของโรค ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ช่วงระยะอาการทางจิตกำเริบ และช่วงระยะอาการหลงเหลือ กลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

1. อาการหลงผิด (Delusion) คือ อาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิดสามารถแบ่งออกเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1.1 อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) ผู้ป่วยจะหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ อาการนี้เป็นอาการทางจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท อาการหลงผิดชนิดนี้จะเป็นแบบคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อยหรือเป็นการหลงผิดหลายๆเรื่องเกี่ยวเนื่องกันเป็นระบบก็ได้

1.2 หลงผิดว่าเรื่องต่างที่เกิดขึ้นรอบตัวเกี่ยวข้องกับหรือสื่อถึงตน (Delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้พบได้บ่อย เช่น คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตน คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในทางเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

1.3 อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากภายนอก (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึก หรือร่างกายตนเองอยู่ ซึ่งความหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ ความหลงผิดชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนทางกาย โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดว่าถูกควบคุมของตนเองมาใช้อธิบายความรู้สึกผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น

1.4 อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

1.5 อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and thought broadcasting) โดย thought withdrawal ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป ผู้ป่วยอาจเล่าว่าตนเองกำลังคิดเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปอย่างทันทีทันใด ส่วน thought broadcasting ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนเองสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้ หรือคนอื่นได้ยินความคิดของตน

1.6 อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไปจนเกินควร (Delusion of sin or guilt) โดยผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำความผิดที่ใหญ่หลวง สมควรได้รับการลงโทษ มักพบว่าในอดีตผู้ป่วยมีประวัติการทำผิดเล็กน้อยมาก่อน

1.7 อาการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีพลังพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง หรือมีพรสวรรค์ อาการหลงผิดชนิดนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก บางคนอาจมีการกระทำที่รุนแรงจนนำไปสู่อันตรายต่อชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนสามารถบินได้แล้วจึงกระโดดจากที่สูง

1.8 อาการหลงผิดเกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusion) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกหมุ่นอยู่กับเรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นไปตามวัฒนธรรม

1.9 อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusion) ผู้ป่วยจะหมกหมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนในร่างกายทำงานผิดปกติไป หรือหมกหมุ่นกับอาการป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆมาหมดแล้ว แต่ไม่พบความผิดปกติใด

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ได้แก่

2.1 อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมาก โดยพบประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มักพบร่วมกันกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ หรือได้ยินที่ได้ยินมักเป็นเสียงคำหึงหรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาจเป็นเสียงพูดขู่ คุกคามผู้ป่วย หรือเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงอื่นๆนอกจากเสียงพูด โดยเสียงที่ได้ยินอาจดังมาจากภายในสมองของผู้ป่วยเอง หรือได้ยินมาจากภายนอกก็ได้ พบว่าเสียงส่วนใหญ่จะเป็นเสียงที่ได้ยินชัดเจนเหมือนมีคนมาพูดข้างๆหู เนื้อหาที่ได้ยินมักเป็นเรื่องราวฟังจับใจความได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้ยินเสียงอย่างต่อเนื่องและได้ยินทุกวัน ส่วนอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเองดังอยู่ในสมอง มีความเป็นไปได้ว่าอาการนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของอาการหูแว่วจากภายนอก

2.2 อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคนหรือสิ่งต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการนี้พบได้น้อยเมื่อเทียบกับภาวะ Delirium โดยในภาวะ Delirium นั้นเมื่อผู้ป่วยมักเห็นเป็นภาพสัตว์ และอาจพบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางประสาทสัมผัส

2.3 ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Somatic and Tactile hallucination) อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และอาจมีความรู้สึกร้อน เย็น หรือเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่าบุคคลหรือพลังงานจากภายนอกทำให้ตนเองมีความรู้สึกแปลกประหลาดนั้น

2.4 ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น ส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางรสชาติ (Gustatory hallucination) ซึ่งผู้ป่วยได้รับรสผิดไป โดยอาการประสาทหลอนทั้ง 2 ชนิดนี้มักพบร่วมกับอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง โดยผู้ป่วยมักคิดว่ากลิ่นหรือรสชาติที่รับรู้เป็นยาพิษ

3. อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินลอยหลังหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น ซึ่งแสดงออกในลักษณะต่างๆดังนี้

3.1 การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) โดยผู้ป่วยแต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่วไป ดูแปลกประหลาดและที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง แต่งตัวไม่เรียบร้อย สกปรก สุขอนามัยไม่ดี

3.2 การเคลื่อนไหว (Motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน (Stereotype) การค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic motor behavior) การอยู่ในท่าหนึ่งเฉยเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง และเมื่อจับแขนขาผู้ป่วยไปทางใด ผู้ป่วยจะค้างอยู่ที่นั่น

3.3 การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดของผู้ป่วยขณะนั้น อาจพบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยยิ้ม หัวเราะ ขณะพูดเรื่องเศร้าหรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงแม้มีการถกเถียงเพียงเล็กน้อย

3.4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptom) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การควบคุมแรงผลักดันของตนเองไม่ได้ (poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (Hostility) และก้าวร้าว (Aggressive)

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางบวก

ปัจจัยของการเกิดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท ปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุอาการของอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้พยายามศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) เช่น ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) ปฏิเสธการใช้ยา การรับประทานยาเพียงบางชนิด การใช้ยามืดเวลา และการปรับเปลี่ยนยาไม่ตรงตามแผนการรักษา (Farrageher, 1999; Perkin, 2002) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2002) และไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตหรือสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ ส่งผลให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้นได้ (Hayward et al, 1995)

โดยปัจจัยทางชีวภาพ และทฤษฎีชีวเคมี ได้อธิบายว่า กลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท มีสาเหตุมาจากการทำงานมากเกินไป (overactivity) ของ mesolimbic dopaminergic pathways และยับยั้งการดูดกลับของ post-synaptic D₂ receptor ซึ่งการทำงานที่มากเกินไปของระบบโดปามีนมีความเกี่ยวข้องกับความหนาแน่นของ D₂ receptor ในสมองบางส่วนของผู้ป่วยจิตเภทที่สูงกว่าคนปกติ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) จากการศึกษาสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่าการเกิดหูแว่วมาจากการทำหน้าที่ในการตอบสนองที่ผิดปกติของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาษาและการได้ยิน เช่น สมองส่วน left hemisphere มีการตอบสนองขณะเกิดอาการหูแว่ว (Green, Hugdahl, & Mitchell, 1994) สมองส่วน temporal cortex และบางส่วนของ right middle temporal gyrus มีผลตอบสนองต่อคำพูดภายนอก (external speech)

ลดลงระหว่างที่อาการหูแว่วเพิ่มขึ้น (Woodruff et al., 1997) ความผิดปกติของสมองทำให้กระบวนการรู้คิดภายในผิดปกติ เมื่อผู้ป่วยคิดในใจ (inner speech) จึงเข้าใจผิดว่าเป็นเสียงจากบุคคลอื่นและรับรู้มาจากภายนอก (McGuire et al., 1996) ปัจจุบันแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วมากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาใดยืนยันสาเหตุที่แน่นอนได้และอีกปัจจัยหนึ่งเชื่อว่าปัจจัยทางจิตวิทยา ซึ่งเกิดจากความเครียดเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดความเชื่อที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการหูแว่ว (England, 2005) ส่วนอาการหลงผิดเชื่อว่า dopamine มีบทบาทหลักที่ทำให้เกิดอาการหลงผิด ซึ่ง dopamine จะมีผลต่อการกระตุ้นอารมณ์และก่อให้เกิดอาการทางจิต และจาก dopamine ที่เพิ่มขึ้น mesolimbic pathways ทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเปิดปิดของช่องเนื้อเยื่อเซลล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับข้อมูลของ prefrontal cortex เมื่อมีปัจจัยมากระตุ้น ทำให้ผู้ป่วยแปลงข้อมูลที่บิดเบือนจึงเกิดอาการหลงผิด (Gaag, 2006) ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาที่ทำให้เกิดอาการหลงผิดเชื่อว่าเกิดจากความรูสึกที่ผิดปกติโดยผู้ป่วยจะเลือกเก็บข้อมูลและเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ยิ่งเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยมีการรู้คิดที่ผิดปกติมากขึ้น ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงจะเลือกสนใจในสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตรายกับตนเอง หมกหมุ่นอยู่กับความคิดนั้นและเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้ป่วยกังวลใจ ฟุ้งซ่าน พยายามคิดหาเหตุผล ความสนใจที่ผู้ป่วยคิดหมกหมุ่นอยู่นั้นเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนต่างๆที่บริเวณ lateral inferior frontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความหมาย ventral striatum เกี่ยวกับความจำที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และ anterior cingulate cortex (Gaag, 2006) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหลงผิด

2.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

พบว่า เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ส่งผลให้ครอบครัวจำเป็นต้องมาให้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและใช้เวลาในการรักษาดูแลยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการทำกิจกรรมต่างๆกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมดังกล่าวเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ขาดอิสระ ทำให้ผู้ดูแลเครียด เกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ มีความกังวลในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Loukissa, 1995) รู้สึกเศร้าที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (สายใจ พัวพันธ์, 2553) ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lim and Ahn, 2003) นอกจากนี้พบว่า การรับรู้สถานการณ์ดูแลว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความบกพร่องในด้านการปรับตัว เมื่อขาดผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือก็ย่อมดูแลตัวเองได้ไม่ดี เกิดอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, 2541)

2.3 การประเมินอาการทางบวก

2.3.1 Overall & Gorham (1962) ได้สร้างเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตในด้านต่างๆดังนี้ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกหวาดระแวงมีคณมุ่งร้าย ความรู้สึกผิด ความรู้สึกวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความตึงเครียด อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย เคลื่อนไหวซ้ำ แสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ได้มีการนำแบบประเมิน BPRS มาใช้ในการประเมินอาการทางจิต ซึ่งจะเป็นการประเมินรวมทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ

2.3.2 Kay, Fiszbein & Opler (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่า มีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการใช้ในการประเมิน Positive and Negative Symptom และกลุ่มอาการอื่นๆของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบครอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงอีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ในการให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักๆ คือ

1. Positive Scale
2. Negative Scale
3. Composite Index (Positive ลบ Negative)
4. General Psychopathology Scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป)
5. Supplemental Aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง)

PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีอาการ Positive และ Negative เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีอาการ Positive และ Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงไร ซึ่งประยุกต์มาจากแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อความต่างๆที่บ่งบอกถึงอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันเป็นชั้นๆอย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกลวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้แปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยให้คะแนนผู้ป่วยจากวิดีโอทัศนตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay, Ople & Lindenmayer, 1988) โดยถือว่า ความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนน ถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด inter-rater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า .70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า .80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter-rater reliability ของผู้วิจัย 4 คน (2 คู่) เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบว่าค่า Correlation ของคะแนนผู้วิจัยให้เมื่อใช้ PANSS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 10 ราย และ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกันและไม่มีความแตกต่างกัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเชิงสถิติของค่ามัชฌิมมาเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางบวก 7 อาการ คือ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง ความคิดรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

โดยหลักการทั่วไป ผู้ใช้เครื่องมือ PANSS ควรจะมีความเข้าใจหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับข้อจำกัดของแบบทดสอบทางจิตวิทยา และการแปลผลแบบทดสอบทางจิตวิทยา บุคคลที่สามารถใช้และให้คะแนน PANSS ได้แก่ บุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ทางคลินิกและพยาบาลจิตเวช ความสามารถพื้นฐานเป็นสิ่งจำเป็นในการใช้ PANSS อย่างถูกต้องคือ ความสามารถที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยตามแนวทางที่ให้ไว้ในคู่มือได้อย่างถูกต้อง ผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกฝนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช หรือไม่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทมากพอจะไม่สามารถใช้ PANSS ได้อย่างถูกต้อง

การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ในช่วงต้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับประวัติ เหตุการณ์เกี่ยวกับการเข้าโรงพยาบาล เหตุการณ์ในชีวิตปัจจุบันและอาการของตนเอง จุดมุ่งหมายในช่วงนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงในสิ่งที่ตนเองกังวล ผู้สัมภาษณ์จะรับฟังและพยายามสังเกตลักษณะต่างๆของผู้ป่วย คือ กระแสคำพูดในการสนทนา กิริยาตามธรรมชาติ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ การเรียบเรียงความคิด และการตอบสนองทั้งทางอารมณ์และกิริยาท่าทางของผู้ป่วย ผู้สัมภาษณ์ควรใช้เวลาในช่วงนี้อย่างน้อย 5 นาที ในช่วงต่อไปของการสัมภาษณ์ จะพยายามหาข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเกี่ยวกับอาการต่างๆ เช่น อาการหลงผิด ความคิดแปลกๆความรู้สึกหวาดระแวงหรือวาดกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

ประสาทหลอนและอาการหลงผิดที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกว่ามีความสามารถเกินจริง จุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ในช่วงนี้คือ การประเมินอาการผิดปกติ โดยเฉพาะส่วนที่เกินจากสภาพจิตปกติ ซึ่งได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย โดยผู้สัมภาษณ์จะประเมินก่อนว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบ้าง แล้วจึงประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งโดยทั่วไปจะตัดสินพิจารณาจากลักษณะต่างๆ คือ ความผิดปกติที่ชัดเจนแค่ไหน เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด และมีผลเสียต่อการประกอบหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ในการสัมภาษณ์นี้ผู้สัมภาษณ์สามารถสังเกตถึงลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งการแสดงออกทางกาย การสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความผิดปกติของกระบวนการในการคิดและพูด เนื้อหาความคิดและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อคำถามตามเกณฑ์การสัมภาษณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเอาเครื่องมือ PANSS ฉบับภาษาไทย ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะที่แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) มาใช้โดยใช้ในส่วนของแบบประเมินลักษณะอาการทางบวกทั้ง 7 อาการ มีวิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์จากญาติ โดยมีข้อคำถามที่ครอบคลุมและมีความเหมาะสมในการประเมินอาการทางบวกทั้ง 7 อาการ ตามคู่มือการใช้แบบประเมิน PANSS โดยผู้วิจัยได้เรียนรู้เครื่องมือ PANSS และได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ในระหว่างที่เรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมระยะเวลา 2 ปี ซึ่งก่อนที่นำมาเครื่องมือไปใช้ประเมินกับผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของเครื่องมือ PANSS อย่างละเอียด โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ PANSS เป็นผู้ให้คำแนะนำและฝึกฝนผู้วิจัยให้สามารถใช้เครื่องมือ PANSS ได้ถูกต้องเหมาะสม

3. แนวคิดครอบครัวและผู้ดูแล

3.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว ได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายประการดังนี้

3.1.1 สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้นิยามของครอบครัว (วันเพ็ญ ปันธราช, 2532) ในเชิงสหสาขาวิทยาว่า

ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต

ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินงบประมาณเดียวกันแม้ว่าจะอาศัยอยู่ต่างที่กัน

ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันละกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกันและสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

3.1.2 รุจา ฎไฟพูลย์ (2541) กล่าวว่าครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย
ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ
สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

ความหมายของครอบครัวส่วนใหญ่จะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปมักอาศัยอยู่บ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยกันมีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทนั้นๆ

3.1.3 ครอบครัวสามารถจำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิกในครอบครัวได้ดังนี้ (รุจา ฎไฟพูลย์, 2541)

ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยาและบุตร ซึ่งการมีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรณานั้นพร้อมบุตรด้วยครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามีหรือภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัวด้วย

3.2 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในแง่การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนทุกด้าน Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน Horowitz and Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาคูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษา เฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือในแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล

จอม สุวรรณโน (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวข้องกับผูกพันทางวิชาชีพ

สรุปว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือผู้ที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ญาติ ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลมักเป็นเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันทำหน้าที่ดูแลและต้องรับภาระอย่างมากในการดูแล

3.2.2 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือดูแล บางครั้งมีอาการกำเริบรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจล้มป่วยได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จะรู้สึกเครียด กังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรม

รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดการณ์ ดังการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สงวนสิน (2544) ทำการศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจากการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ญาติผู้ดูแลมีผลกระทบด้านจิตใจและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 66.67 และ Jungbauer et al. (2003) ทำการศึกษาระยะเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสาเหตุของความเครียดคือ ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้า

ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระลดลง เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบ จากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สงวนสิน (2544) ทำการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 41.67 ชีวิตความเป็นส่วนตัวเองลงไปกว่าเดิม

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและต้องดูแลช่วยเหลือเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวเองไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนจนเกิดความห่างเหิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้ทำการศึกษารู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรู้สึกแยกตัว ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยแยกทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลออกจากสังคมของครอบครัวหรือชุมชน

ด้านสิ่งแวดล้อม การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแลจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น บุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง ทำให้ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและละเลยความต้องการของบุคคลอื่นในครอบครัว เป็นเหตุให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความน้อยใจ คับข้องใจ และในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ดูแลตนเองต้องให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น บริเวณที่นอน และจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย

ด้านจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล โดยเฉพาะความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ของขลัง โขกชะตาและจิตวิญญาณ การให้ความหมายชีวิต เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตไม่มีสาเหตุที่เด่นชัด อาการแสดงจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางกาย ในบางรายก่อนที่จะมาพบจิตแพทย์จะมีประวัติไปรดน้ำมนต์หรือไปหาหมอผีมาก่อนและจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการทางจิตมากขึ้น

3.2.3 ความสำคัญของผู้ดูแลกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

แนวนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุดและลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด เป็นเหตุให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากหน้าที่ของบุคลากรทีมสุขภาพมาเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นหน้าที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ของครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ครอบครัวมีส่วน

สำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรคและลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาที่บ้านด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นผู้ติดต่อและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลเป็นตัวประสานการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวที่ต้องดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดี ต้องมีการเตรียมตัวความพร้อมของครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบในการที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัวโดยเฉพาะการแสดงอารมณ์ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการเตือน เช่น ความผิดปกติของการนอนหลับ การแยกตัวจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรของตนเองลดลงและเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญอย่างมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแล ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทร ท่วงไຍต่อผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติที่มีผลต่อการมีอาการกำเริบทางจิตขึ้นมาอีก เพื่อจะเป็นแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นและป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ นอกจากการรักษาผู้ป่วยแล้วการดูแลของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่ออาการ การรักษาและการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม เกิดผลกระทบที่ตามมาคือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในด้านทักษะการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวันในสังคม ความเสื่อมด้านสังคมและการทำหน้าที่ต่างๆจะนำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องและการดูแลตนเองบกพร่อง ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การรับประทานยา และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัวโดยเป็นบิดามารดามากที่สุด รวมทั้งยังเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงกลับสู่ชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำหรือจนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้

สรุปได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญและสำคัญยิ่งต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้ตามศักยภาพ และป้องกันสาเหตุที่อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลซึ่งจะพบอยู่

เสมอว่า อัตราการกลับเข้มารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ ได้แก่ มาจากสาเหตุจากตัวผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การไม่พบแพทย์อย่างต่อเนื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเกิดจากการขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น ดังนั้น บุคคลที่จะทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้เหมาะสมและดีที่สุด คือ ผู้ดูแล

ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นระยะเวลานานหรืออาจต้องดูแลตลอดชีวิต ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้ (ดารุณี คชพรหม, 2543; ทุลภา ปุฒาสังข์, 2545)

3.2.3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้ไม่สมบูรณ์ โดยสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงสีฟัน ยาสระผม และการรักษาความสะอาดของเล็บ

การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่ตนมีอยู่ อีกทั้งยังช่วยเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่กับการทำงาน

การรับประทานยา การรับประทานยาต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ไม่ร่วมมือรับประทานยา ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลในการรับประทานยา โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องดูแลจัดยาให้รับประทานยาและติดต่อโรงพยาบาลเพื่อรับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลาและครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย ผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

การแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในการแต่งกาย เนื่องจากไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ดูแลแต่งกายให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

การพักผ่อน นอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือรบกวน ได้แก่ แสง เสียง ในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ผู้ดูแลต้องสังเกตหาสาเหตุหรือพาไปพบแพทย์

การออกกำลังกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจจะให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน ล้างจาน ซักผ้า เป็นต้น

การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ ผู้ดูแลจะต้องสอนและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

การปรับตัวเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำบุญตักบาตร รวมทั้งไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา

การสร้างความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรชมเชยเพื่อผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมั่นใจตนเองมากขึ้น

3.2.3.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วย

การป้องกันภาวะซ้ำเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยมีความเปราะบางทางจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงความไม่พอใจ ควรลอบโยนให้กำลังใจชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมสำเร็จเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมีคุณค่าในตนเอง

การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

การประสานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ความช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาล

3.3 การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยเหลือและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังนี้

3.3.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบ้าบิ่นต่างๆ ฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันทำกิจกรรมที่เหมาะสมผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว

3.3.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล เพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและกาเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล

การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาวะการดูแลจากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์และวิธีการแก้ปัญหา

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (Involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนแปลงมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์ดูแลได้

3.4 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

Coyne (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (To have a share) หรือการเข้าไปมีส่วนร่วม (take part in) การมีส่วนร่วมในการกระทำ (The act of participation) การเข้าร่วมในสิ่งที่มีอารมณ์สนใจ (The engage the emotional interest)

Brownlea (1987) cited in Neill (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของบิดามารดา หรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินการดูแล การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตร

Hutchfield (1999) ได้วิเคราะห์แนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล (participation) ว่า เป็นบันไดขั้นที่ 2 ของการนำไปสู่การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง โดยครอบครัวควรได้รับการประเมินว่าต้องการร่วมกิจกรรมในกิจกรรมใดของการดูแลผู้รับบริการ หรือต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างไร เวลาใด มิใช่ขึ้นอยู่กับความสะดวกของบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างที่เป็นมาในอดีต และได้รับการสอนจากทีมสุขภาพในส่วนของดูแลที่จำเป็น ซึ่งจะเกิดบรรยากาศของการประสานความร่วมมือ (Collaboration) และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ (Sharing of Knowledge) ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน

Friedman (2003) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บิดา/มารดา ผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแล รับผิดชอบ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอน ดูแล ช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยในภาวะสุขภาพ ทั้ง 6 ระยะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Friedman (2003) คือ การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับรู้ภาวะของโรคของตนเองทุกๆภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ ป้องกัน การประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

3.4.2 หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (2003)

Friedman (2003) ได้ให้ความสำคัญของบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในทุกๆขั้นตอนของภาวะสุขภาพ เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่องและปรกฏตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นแหล่งศึกษาของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาสุขภาพของตนในแต่ละระยะ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย มีปัญหาทางด้านสุขภาพจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่อสมาชิกที่มีความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป

ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู ขั้นตอนการมีปฏิสัมพันธ์ 6 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Health promotion and illness prevention) โดยใช้กลยุทธ์ของการมีสุขภาพดี คือ ผู้ป่วยมีความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของการทำให้มีภาวะสุขภาพดี การ

ปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว เนื่องจากมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตครอบครัว ผู้ป่วยอาจมองตนเองและมองภาพลักษณะในลักษณะของการมีสุขภาพดีหรือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป การปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการ เรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะที่มีอาการกำเริบขึ้น (Symptom experience stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรม สุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะ ความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เป็นไปได้ของการเกิดอาการ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการและ ความตระหนัก หรือความใส่ใจดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งป้องกันผู้ป่วยจากสิ่งที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ โดยให้สมาชิกอื่นๆในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นๆ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care seeking stage) ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก โรงพยาบาล)

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิเพื่อทำหน้าที่ ส่งต่อผู้ป่วยต่อหน่วยบริการรักษาแบบใดต่อ

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทผู้ป่วย (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการ ของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อใด ซึ่งช่วงระยะเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายจาก ความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังผู้ป่วยจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะ ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่ มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว

จากบทบาทดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนับสนุนครอบครัวกระทำพฤติกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการกระตุ้น ชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอน ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลตนเองของ บุตรทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

3.4.3 บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวในฐานะที่มีหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกทุกคนย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบ ต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หมายถึงภาระและปัญหาต่างๆ ที่

ครอบครัวจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิมได้มีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ว่าประกอบด้วย

1. ครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน และครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระไปจนถึงปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. ครอบครัวต้องการให้การส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกที่ป่วย
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยา โปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต เก้าอี้เข็น เป็นต้น
4. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่า ควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสมถูกต้อง แก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วย

3.4.4 พยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องสัมผัสกับประชาชนทั้งในระยะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย พยาบาลต้องมีสัมพันธ์กับผู้รับบริการทางสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวในหลายๆโอกาส ส่วนใหญ่จะเป็นสถานที่สมาชิกเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่ควรพัฒนาคือ

3.4.4.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

การสร้างควมมีส่วนร่วมของครอบครัวในเรื่องสุขภาพของสมาชิกครอบครัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมได้

การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการสร้างสุขภาพให้ดีโดยให้ทุกคนมีบทบาท

การพัฒนาบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็น พ่อ/แม่ สามี/ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติที่ใกล้ชิด โดยพยาบาลจะต้องเตรียมบุคลากรเหล่านี้ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง

3.4.4.2 ด้านการป้องกันความเจ็บปวดและการเกิดโรค

การดูแลครอบครัวที่อยู่ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ กาย จิต สังคม เช่น ครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

การป้องกันการเกิดโรคด้วยวิธีการสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

การดูแลสมาชิกในครอบครัวตามลำดับขั้นพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย สมาชิกครอบครัวมีบทบาทร่วมด้วย

การป้องกันความเจ็บป่วยและความพิการ ซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้เจ็บป่วยแล้ว ต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคทางกระดูกเป็นต้น

3.4.4.3 ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ

บทบาทของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีกิจกรรมมากมายที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ โดยจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและเอื้อต่อการแสดงบทบาทครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น

บทบาทครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยจะต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)

บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ยังคงอยู่ในขอบข่ายเดิมที่พยาบาลจะต้องทำคือ บทบาทด้านการสอนและให้ข้อมูล (Health teaching) บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Health counselling) บทบาทด้านการให้การดูแลโดยตรง (Health care providing) และบทบาทด้านการสนับสนุนส่งเสริม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือหรือส่งเสริมวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ได้มีการใช้คำอธิบายถึงความพยายามที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping) (Cohen & Berk, 1985; Middelboe, 1997) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) (Glimcher et al., 1986; Briere & Strauss, 1983) และการจัดการกับอาการ (Symptom management) มีแนวคิดที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหวั่นด้วยตนเองในผู้ป่วย ได้แก่ แนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการแสวงหาความช่วยเหลือและมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการจัดการอาการด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ภายในขอบเขตการควบคุมตนเอง เป็นการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อทำความเข้าใจเข้าถึงกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นในการควบคุมตนเอง (Kenfer & Goelick, 1991) หรือการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์มีอาการของบุคคลและการให้ความหมายแต่ละอาการโดยพยาบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้กลุ่มอาการมาเป็นข้อมูลในการประเมินพิจารณาตัดสินใจและคิดค้นหาวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ สรุปการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการ การ

รับรู้ต่ออาการหรือการให้ความหมายที่เกี่ยวกับอาการ และผลที่เกิดจากการจัดการกับอาการมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการกับอาการด้วยตนเองจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลตนเองซึ่งกระทำโดยความรับผิดชอบในตัวบุคคล เพื่อจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพ (Haworth & Dluhy, 2001) นอกจากนี้ The University of California at San Francisco, UCSF (1994) กล่าวถึงการจัดการอาการว่าเป็นพฤติกรรมกระทำที่เกิดขึ้นตามมาจากระบบการให้ความหมายเกี่ยวกับอาการ การที่บุคคลจะมีการจัดการกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกในการประเมินอาการของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีความคุ้นเคยกับอาการหรือเกิดความรู้สึกที่ดีจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้นได้สำเร็จ วิธีการนั้นจะถูกกระทำซ้ำ แต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคยกับอาการและเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี การกระทำนั้นก็จะเกิดขึ้นน้อย

แนวคิดของการจัดการกับอาการ (Model of symptom management) ได้แก่ แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et. (2001) แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) นี้กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (symptom outcome) เกี่ยวกับบุคคล (Person) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทั้ง 3 มิติ ดังนี้

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

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยเสี่ยง หมายถึง บุคลิกภาพที่เกิดขึ้นโดยกำเนิดและ/หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย โรคและการบาดเจ็บ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเบี่ยงเบนอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพ

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึงบรรยากาศและสภาพภูมิหลังในสภาพการณ์หนึ่งๆ ซึ่งอยู่สภาพการณ์ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางการกายภาพที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อม

ทางสังคม ได้แก่เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยมและประเพณีปฏิบัติแนวความคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (symptom outcome) ดังนี้

4.1 ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา ซึ่งปรากฏในหลายมิติ มีลักษณะเป็นพลวัต ประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ได้แก่

4.1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด และแปลความหมายของข้อมูลในสิ่งแวดล้อม หรือในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยใช้ความรู้สึก

4.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การประเมินตัดสินของบุคคลต่อความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ การรักษา ที่เกิดขึ้นในลักษณะชั่วคราวหรือถาวร ความพิการที่เกิดขึ้นและอาการที่คุกคามต่อชีวิต สะท้อนถึงประสบการณ์จากอาการอันเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนร่วมกัน หรืออาจหมายถึง การตัดสินของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรง สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดจากอาการ

4.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ ความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการเพื่อให้มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตัวเอง

4.2 กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตามเวลาและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ทั้งด้านการรักษา ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ และวิธีการดูแลตัวเอง เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์จากอาการ โดยผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดหมายในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการกับอาการ อธิบายถึงลักษณะของวิธีที่ใช้ในการจัดการระยะเวลาการ

จัดการ สถานที่ที่ใช้ในการจัดการ เหตุผลที่ใช้ในการจัดการ ปริมาณของการจัดการจัดกระทำเพื่อใคร และกระทำได้อย่างไร

4.3 ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (symptom outcome) เป็นผลที่เกิดจากกลยุทธ์การจัดการกับอาการ ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการมี 8 ประการ ได้แก่ การทำหน้าที่ (Functional status) ความสามารถในการดูแลตัวเอง (Self-care) เศรษฐฐานะและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cost) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ภาวะทางอารมณ์ (Emotional status) อัตราการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค (Morbidity & co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และมีสถานะของอาการ (Symptom status) เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากปัจจัยบ่งชี้อื่นๆ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินได้จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้

5. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับการจัดการอาการ ตามแนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) ของ Dodd et al. (2001) ซึ่งกล่าวถึง 3 มิติ ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (Symptom Outcome) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Frideman, 2003) โดยแนวคิดการจัดการกับอาการโดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการทางบวก มีวิธีการจัดการกับอาการทางบวก ซึ่งตรงกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางบวกด้วยตนเองแล้ว และเพื่อให้การจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมุ่งเน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ตามแนวคิดของ Friedman (2003) ครอบครัวจะต้องมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในด้าน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค มีความสามารถในการร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom experience stage) และแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care seeking stage) ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและต้องให้การช่วยเหลืออย่างไร โดยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ ครอบครัวยังต้องมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในยามที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) โดยครอบครัวสามารถชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นบทบาทของ

ผู้ป่วยเองว่า ควรปฏิบัติตามคำแนะนำมาน้อยเพียงใด รวมทั้งครอบครัวมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะคอยช่วยสนับสนุนผู้ป่วยหรือฟื้นฟูสมาชิกภายในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ทั้งในระยะอาการสงบ และระยะอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2021) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friendman (2003) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรมดังนี้</p> <p>ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience)</p>	<p>ขั้นตอนที่1 ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience)</p> <p>กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยกับพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และทำให้ทราบถึงการมีประสบการณ์อาการทางบวกของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกและเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของครอบครัวในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมที่2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมเกิดขึ้นภายหลังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นการพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกเมื่อตนเองเมื่อเกิดอาการทางบวกและให้ครอบครัวพูดถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้เห็นคุณค่ากันและกัน มีความเห็นใจและเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ลดการแสดงอารมณ์ทั้งภาษาพูดและท่าทางซึ่งจะช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมในผู้ดูแลได้</p> <p>กิจกรรมที่3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน กิจกรรมนี้ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีที่มุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการทำหน้าที่ของครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom management strategies)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom management strategies)</p> <p><u>กิจกรรมที่4</u> สาธิตการพูดเพื่อหยุดหุแวหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง เป็นการใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการกับอาการหุแว่ว เป็นวิธีที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามเสียงหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่ได้ยิน ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการสอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 ท่า เป็นการใช้วิธีการลดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยเกิดทักษะในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและรับรู้ถึงว่ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์และลดความวิตกกังวล และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ความรุนแรง และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ครอบครัวแสดงออกซึ่งการเห็นคุณค่ากันและกัน และสามารถแนะนำหรือช่วยชี้แนะผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้</p> <p>พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้เกี่ยวกับความจริง เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยผู้ป่วย (Presenting Reality) มีเป้าหมายเพื่อ นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริงลดอาการหลงผิดและเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของครอบครัวทั้งด้าน การฟัง การพูด และการสื่อสารทางด้านความรู้สึก โดยให้ครอบครัวเข้ามาทำหน้าที่ด้านการสื่อสาร คือ การพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง มีความชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p><u>กิจกรรมที่5</u> การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกันฝึกปฏิบัติและร่วมกันค้นหาวิธีการในการจัดการกับอาการโดยใช้สถานการณ์จำลองที่นำมาจากปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพูดคุยและเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดมาใช้เป็นเหตุการณ์จำลอง พร้อมทั้งค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหานั้นๆ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ร่วมกัน และประยุกต์ทักษะในการจัดการกับอาการมาใช้ในสถานการณ์จำลอง กำหนดตัวละครจากสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้บทบาทของตนเองผู้ป่วยก็จะหาวิธีการในการจัดการกับอาการนั้นในขณะเดียวกันขั้นตอนนี้เป็นการฝึกให้ครอบครัวเข้ามาทำหน้าที่ในการแก้ปัญหา การสื่อสารและการควบคุมพฤติกรรมร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม ส่งผลให้การจัดการอาการของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด/หลักการ	แนวคิด/หลักการ
ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes)	<p>ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes)</p> <p>กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยในการจัดการอาการ การประเมินผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการทางบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง</p>

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

อรรรณพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ครอบครัวพบปัญหาและความยากลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัว โดยเฉพาะด้าน ความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีปัญหา มากที่สุด มีปัญหาที่เด่นชัดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกันในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าในช่วงที่อาการสงบผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอนและมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งร้ายการ และ อารมณ์ ช่วงที่อาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอนแต่ญาติสังเกตได้ สำหรับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย พบว่าวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหาเพื่อนคุย/ไม่อยู่คนเดียว รองลงมาคือ การไม่สนใจ/ไม่ฟัง/ทำเฉยๆ ฟังเพลง/เปิดวิทยุต่างๆ บอกตัวเองว่าหูแว่ว หางานทำไม่ให้ อยู่ว่าง ดูโทรทัศน์ การทำใจยอมรับ/การควบคุมสติ/ตั้งสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย ดมยาต้ม และทำเสียงต่างๆ ตามลำดับ

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ได้พัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มาจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรง แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 ครั้ง ๆ ละ 50-60 นาที แต่ครั้งมีเป้าหมายดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต 2. ประเมิน

ประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว 3. สอนวิธีการติดตามตนเองเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 4. สอนวิธีการพูดคุยกับคนอื่นเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 5. สอนวิธีการพูด “หยุด” หรือ ไม่ทำตามเสียงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 6. สอนวิธีดูโทรทัศน์เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 7. สอนวิธีอ่านหนังสือเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 8. สอนวิธีการฮัมเพลงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 9. สอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 10. ประเมินผลการจัดการกับอาการหูแว่ว ผลการวิจัยพบว่าลักษณะ และความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

นุชนาถ ชัยเจริญ (2552) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 15 เรื่อง พบว่า การบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแบบ mutual support group for family intervention ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนลดลง

ขวัญรัตน์ เสถียรกิตติธนา (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

งานวิจัยต่างประเทศ

Hall and Docherty (2000) ศึกษาการแสดงอารมณ์ของพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ผลการศึกษา พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อยๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกโดยการวิจารณ์ในระดับที่สูงขึ้น

Murphy & Moller (2001) ได้ศึกษาการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 95 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 76 คน โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 7 คน โรคซึมเศร้า 12 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อพัฒนาเครื่องมือการจัดการกับอาการ พบว่าวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่ถูกระบุจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของโคเฮนและเบิร์ก (Cohen&Berk, 1985) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) 2) การโต้ตอบกลับ (Fighting back) 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4) การพยายามคิดในทางบวก (Escapebehavior) โดยพบว่าวิธีการจัดการกับอาการในด้านที่ 1-4 จะเป็นวิธีการที่นำไปสู่การมีอาการคงที่ (stability) และมีภาวะสุขภาพดี

Singh, Sharan และ Kulhara (2002) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกในประเทศอินเดีย จำนวน 75 คน พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างน้อย 1 วิธีหรือมากกว่า วิธีการที่ใช้มีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม จำนวนครั้งของการเกิดเสียงและความดังของเสียง มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีจัดการกับอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการเมื่อเสียงมีเนื้อหาไม่เป็นที่พึงพอใจเพื่อลดความดังและหยุดเสียง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้นเท่าใดผู้ป่วยจะพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายวิธีมากยิ่งขึ้น วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การแสวงหาความช่วยเหลือ

Tail, Birchwood และ Trower (2004) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการทางจิต โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงมีคะแนนความมั่นใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดูแลของทีมนักจิตวิทยาจิตมีส่วนในการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยด้วย สรุปว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยวิธีหลีกเลี่ยงมากกว่าวิธีอื่น

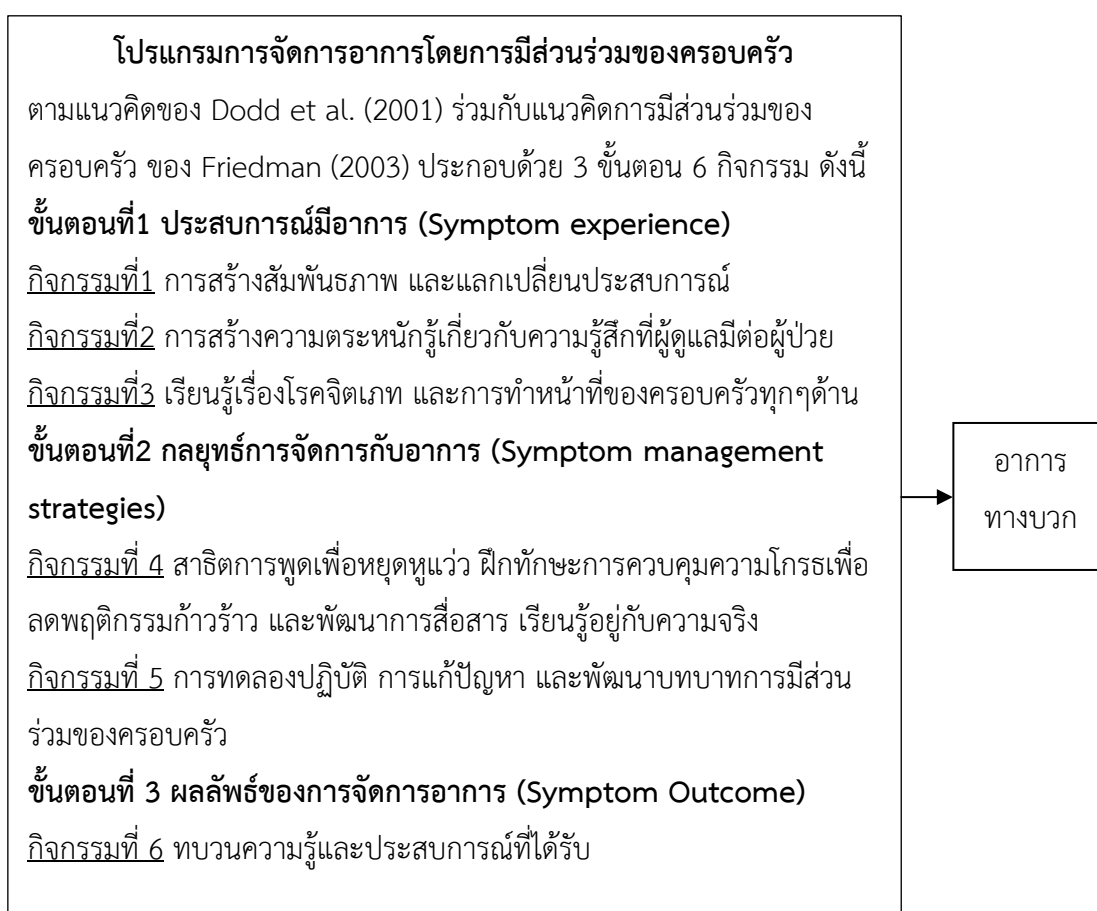
Chien, Norman & Thompson (2006) ศึกษาผลของการบำบัดครอบครัวต่อผู้ดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกงโดยใช้รูปแบบ Mutual support group for family ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความเข้าใจความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว และเรียนรู้ทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการกับอาการผู้ป่วย พบว่าสามารถเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย

Pharoah et al. (2010) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ปี ค.ศ 2005-2006 พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการป่วยซ้ำได้ร้อยละ 43 ส่งเสริมให้เกิดการร่วมมือในการกินยา อีกทั้งยังสามารถลดการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ช่วยปรับบทบาททาง และลดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว การแสดงความผูกพันมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการอาการมาใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่วเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นได้ และยังไม่พบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวขึ้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือ ดูแล และสามารถจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกำเริบของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรที่ได้ทำการศึกษา คือ การจัดการอาการ โดยได้นำแนวคิดของ Dodd (2001) มาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการทางบวกที่เกิดขึ้นกับตนเองได้โดยนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) เพื่อให้การจัดการกับอาการทางบวกมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกลดลงและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งสามารถแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O2		O4

โดย X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัว
O1 หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
O2 หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
O3 หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O4 หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี และ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน (เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 6 เดือน) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุ 20 -59 ปี ทั้งชายและหญิง
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (8-35 คะแนน) ประเมินจากแบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)
3. อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว

4. สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้าผู้ดูแล (Inclusion Criteria)

1. สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็น พ่อ/แม่ สามี/ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ดูแลผู้ป่วยนานกว่า 6 เดือน และไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ
4. พูด ฟัง อ่านเขียนภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มอย่างน้อยทั้งหมด 30 ครอบครัว โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ครอบครัว หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเริ่มทำการคัดกรองผู้ป่วยวันที่ 7 ธันวาคม 2558 โดยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำการประจำแผนกผู้ป่วยนอกและหัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลสามชุก เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทในเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จากเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 171 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยการดูแฟ้มประวัติการรักษา และโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วนนัดมาที่โรงพยาบาล เพื่อทำการประเมินจากการพูดคุยสอบถาม เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ โดย พบผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก 62 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้ 40 ครอบครัว และสิ้นสุดการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างวันที่ 15 ธันวาคม 2558

2. หากพบว่าไม่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์งานวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยวิธีการจับคู่ (Matched-pair) ให้มีลักษณะด้านประชากรให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยการจับคู่เพศ เนื่องจากพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว มากกว่าเพศหญิง (Krakowski & Czobor, 2004; Sharma. 2007) และระดับคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนอาการทางบวกมีความแตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน จนครบ 20 คู่

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 ครอบครัว (กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ และระดับคะแนนอาการทางบวก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		คะแนนอาการทางบวก	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	18	20
2	ชาย	ชาย	22	23
3	หญิง	หญิง	21	22
4	หญิง	หญิง	19	20
5	ชาย	ชาย	24	22
6	หญิง	หญิง	29	28
7	ชาย	ชาย	33	33
8	ชาย	ชาย	26	25
9	ชาย	ชาย	24	22
10	ชาย	ชาย	14	15
11	หญิง	หญิง	27	27
12	ชาย	ชาย	24	23
13	หญิง	หญิง	18	19
14	ชาย	ชาย	22	22
15	ชาย	ชาย	20	20
16	ชาย	ชาย	19	19
17	ชาย	ชาย	24	23
18	ชาย	ชาย	25	26
19	ชาย	ชาย	22	22
20	หญิง	หญิง	26	25

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยพิจารณา และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2558 - พฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการวิจัย พร้อมชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีการบังคับใดๆ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง แบบประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd (2001) ร่วมกับ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ Friedman (2003) โดยมีขั้นตอนการสร้างกิจกรรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd (2001) และร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ Friedman (2003) กำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวกับอาการทางบวก การจัดการกับอาการหิวแหว่ พฤติกรรมก้าวร้าว และอาการหลงผิดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd (2001) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ

Friedman (2003) โดยกิจกรรมในการศึกษาในครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการเข้ามามีบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรม โดย สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมที่ 1,2 สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรมที่ 3,4 สัปดาห์ที่ 3 ทำกิจกรรมที่ 5 และสัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรมที่ 6 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาพร้อมกันได้มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางบวกระหว่างสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการสำรวจตนเองคือ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น (perception of symptom) หลังจากนั้นผู้ป่วยก็จะประเมินอาการนั้น (evaluation to symptom) ว่าอาการนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดกับตนเอง คุณค่าต่อการดำเนินชีวิตของตนเองหรือไม่ และตัดค้นหาทางรักษาหรือบรรเทาอาการนั้น โดยผู้ป่วยจะตอบสนองต่ออาการนั้นๆ (response to symptoms) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการทางบวกนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยคนอื่น ๆ ว่าเป็นแบบใดและจัดการกับอาการนั้นอย่างไร และขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลได้สำรวจตนเองว่า ตนเองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ และเป็นการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการฟัง พูด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมเกิดขึ้นภายหลังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นการพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพัน

ทางอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกเมื่อตนเองเมื่อเกิดอาการทางบวกและให้ครอบครัวพูดถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้เห็นคุณค่ากันและกัน มีความเห็นใจและเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การลดการแสดงอารมณ์ทั้งภาษาพูดและท่าทางซึ่งจะช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมในผู้ดูแลได้ (Pharoah et al., 2010)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีที่มุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเมื่อเกิดปัญหา หรืออาการทางบวกขึ้น (สิ่งเร้า) ผู้ป่วยจะพยายามแก้ปัญหาโดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหลายๆวิธี โดยการลองผิดลองถูกจนกว่าจะพบวิธีการตอบสนองที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์หรือ ปัญหา ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทกับครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง โดยมีการใช้สื่อต่างๆเช่น แผ่นพับ ภาพพลิก วีดิทัศน์และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 4 สานิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยสานิตกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการทางบวก (symptom management strategies) ให้กับผู้ป่วย ในการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 ท่าเพื่อคลายเครียด ลดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้วิจัยเป็นผู้สานิตและให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำตาม และเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของครอบครัวทั้งด้าน การฟัง การพูด และการสื่อสารทางด้านความรู้สึก โดยให้ครอบครัวพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง มีความชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว สาระสำคัญ

ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันฝึกปฏิบัติและร่วมกันค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการ โดยใช้เหตุการณ์จำลองที่นำมาจากปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเอง และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพูดคุยและเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดมาใช้เป็นเหตุการณ์จำลอง พร้อมทั้งค้นหากลวิธีในการแก้ปัญหานั้นๆ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน และประยุกต์ทักษะในการจัดการกับอาการมาใช้ในสถานการณ์จำลอง กำหนดตัวละครจากสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้บทบาทของตนเอง ครอบครัวจะทำหน้าที่ของตน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจัดการกับอาการนั้นๆ ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ ว่า เมื่อใดที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะหากลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นโดยมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทาง และร่วมกับผู้ป่วยแก้ปัญหาในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ สาระสำคัญ

ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการทางบวกรโดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อภิปรายร่วมกันถึงวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้แล้วช่วยลดอาการทางบวกรของผู้ป่วยได้ดีที่สุด และร่วมกันประเมินอาการทางบวกร เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อประเมินสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าและการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาตามสภาพปัญหาในการจัดการกับอาการทางบวกรและปัญหาในการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล 2 คน อาจารย์จิตแพทย์ 1 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบกิจกรรม ตลอดจนการลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน จากนั้นนำมาหาค่า Content Validity Index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ >

0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง สรุปโดยรวม ดังนี้

ในกิจกรรมที่ 1,2,4 และกิจกรรมที่ 5 ปรับใบงานและใบความรู้ให้ถ่ายทอดการเข้าใจของผู้ป่วยเพิ่มรูปภาพ และ ลดจำนวนตัวหนังสือลง มีการปรับเพิ่มใบงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำประโยชน์จากการทำกิจกรรมในวันนั้นไปฝึกที่บ้านเพิ่มเป็นการบ้านให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ กิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 6 เนื่องจากบางกิจกรรมสามารถทำพร้อมกันได้ 1 สัปดาห์ โดยไม่ต้องทิ้งระยะเวลาห่างถึง 1 สัปดาห์ ส่วนกิจกรรมที่ 5 ให้ห่างจากกิจกรรมที่ 6 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กลับไปฝึก และทำแบบบันทึกของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขโดย ดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมที่ 1, 2 สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรมที่ 3, 4 สัปดาห์ที่ 3 ทำกิจกรรมที่ 5 และสัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรมที่ 6 ระยะเวลาทำกิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที

หลังปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้พบว่า สมาชิกสามารถเข้าใจได้ดีพอควร แต่ผู้วิจัยต้องปรับภาษาในการพูดให้เข้าใจมากขึ้น และปรับสื่อในการทำกิจกรรม เช่น แผ่นป้ายความรู้ ให้ตัวอักษรขนาดใหญ่มากขึ้น และปรับให้มีรูปภาพประกอบ ให้มีขนาดใหญ่มากขึ้น ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย รายได้ จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก (Positive symptom) โดย

สัมภาษณ์ผู้ป่วยมีทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละชั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางบวกจาก

1 (ไม่มีอาการ) - 7 (อาการรุนแรงมาก)

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของกลุ่มอาการด้านบวก ต้องอยู่ในช่วง 7-49 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงสุดมีอาการทางบวกมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางบวกน้อย โดยแบ่งระดับคะแนน 36-49 คะแนน ถือว่ามีอาการทางบวกมาก คะแนน 22-35 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางบวกปานกลาง และคะแนน 8-21 คะแนน ถือว่า มีอาการทางบวกน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม ความถูกต้องชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 1-4 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุดเป็นระดับที่ 4 และไม่เห็นด้วยเป็นระดับที่ 1 โดย

ระดับที่	4	หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
ระดับที่	3	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
ระดับที่	2	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
ระดับที่	1	หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 5 คน จากนั้นนำมาหาค่า Content Validity Index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) คำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางบวก ฉบับภาษาไทย ได้เท่ากับ 1.00

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการอาการ ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) – ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการอาการทางบวก ทั้งชุดมีค่าระหว่าง 0-30 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการกับอาการทางบวกเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองทันทีโดยใช้ แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางบวก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนทักษะการจัดการกับอาการทางบวกในระดับปานกลางถึงสูง

(11-30 คะแนน) จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวกน้อยกว่า 11 คะแนน ผู้วิจัยทำการประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด และพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุนั้นจนผู้ป่วยมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการอาการ ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คนและอาจารย์พยาบาล 2 คน เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม ความถูกต้องชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 1-4 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุดเป็นระดับที่ 4 และไม่เห็นด้วยเป็นระดับที่ 1 คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .96

จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าที่ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม และเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1.2.1.1 โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1.2.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1.2.2.3 แบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

1.2.3.1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001)

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสามชุก เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตทำการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.4 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดเตรียมไว้

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว แล้วใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐาน จากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษา เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท แผนการรักษาบำบัด การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือตามต้องการของผู้ดูแล เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทขอคำแนะนำ โดยผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยและครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางบวก และแจกคู่มือเกี่ยวกับการจัดการอาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น

2.2 กลุ่มทดลอง ภายหลังจากที่ประเมินตามแบบประเมินอาการทางบวกเสร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม จากนั้นเริ่มดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ ที่ 28 ธันวาคม 2558	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์(กลุ่มที่ 2)
วันอังคาร ที่ 29 ธันวาคม 2558	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ ความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ ความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์ ที่ 4 มกราคม 2559	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการ ทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการ ทำหน้าที่ของครอบครัวทุกๆด้าน (กลุ่มที่ 2)
วันอังคาร ที่ 5 มกราคม 2559	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 4 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉย ไม่ทำตามเสียง ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อ ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และพัฒนาการสื่อสาร เรียน รู้อยู่กับความจริง(กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 4 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉย ไม่ทำตามเสียง ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อ ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และพัฒนาการสื่อสาร เรียน รู้อยู่กับความจริง (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3 วันจันทร์ ที่ 11 มกราคม 2559	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และ พัฒนาบทบาท (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และ พัฒนาบทบาท (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 4 วันจันทร์ ที่ 18 มกราคม 2559	10.00 - 11.00น. 13.00-14.00น.	กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ (กลุ่มที่ 2)

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยประสบการณ์การมีอาการทางบวกของตนเองกับสมาชิกกลุ่มแต่ละคน (การรับรู้ การประเมิน ผลกระทบต่อการตอบสนองต่ออาการทางบวกที่เกิดกับสมาชิกแต่ละคน)
4. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสื่อสาร
5. เพื่อให้หน้าทักษะการสำรวจตนเองไปทดลองปฏิบัติได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรม
2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้
3. ครอบครัวสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางบวก ผลกระทบ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการร่วมแก้ไขปัญหา

กิจกรรม

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเอง จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ทำแบบสำรวจตนเอง และให้ผู้ดูแลทำแบบสำรวจตนเองไปด้วย ภายหลังจากเสร็จสิ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อ่านบททวนแล้วซักถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากแบบสำรวจตนเอง (ทีละคน) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยถึงประสบการณ์การมีอาการทางบวกที่เกิด และให้ผู้ดูแลแต่ละครอบครัวภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการหน้าที่ของตนเองขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางบวก หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า แบบสำรวจนี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสนใจและเอาใจใส่กับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบถึงสาเหตุและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตผู้ป่วยและผู้ดูแลมี มีการพูดคุยกันภายในกลุ่ม มีความไว้วางใจ ยิ้มแย้มทักทาย แสดงท่าทีความเป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกคนอื่น มีความสนใจขณะทำกิจกรรม และให้ความร่วมมือในการเปิดเผย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ

ทางบวกและประสบการณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็ดีเหมือนกันนะ ที่ให้พวกเราทำกิจกรรมแบบนี้ เราจะได้รู้ว่าที่ดูแลเขาแบบใหม่ๆ ด้วย และก็มาพูดคุยกับคนอื่นบ้าง ว่าเขามีปัญหาเหมือนเราบ้างไหม”

“บางครั้งทำงานมาเหนื่อยๆ เครียดๆ เรื่องชายข้าวได้ราคาถูกไม่ดี ผมก็จะรู้สึกโกรธ และพังก้านหน้าบ้านบ่อย ตอนที่ทำไม่รู้ตัวนะ พออาการหายแล้ว แฟนจะบอกว่าผมชอบพังก้าวของ”

“เวลาเขาพูดคนเดียว ยายก็ทำเป็นไม่สนใจมันเลยนะ เดินหนีออกไปนอกบ้านเลย บางครั้งก็ทำงานของเราต่อ”

ลำดับที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อลดการตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
2. เพื่อพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัว
3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยทำที่เป็นมิตร

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกของกันและกันได้
2. นำทักษะการผ่อนคลายความเครียดมาควบคุมอารมณ์และตอบสนองทางด้านอารมณ์ไปใช้ได้ถูกต้อง

กิจกรรม

ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกของตนเองเมื่อเกิดอาการทางบวก และให้ผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกของตนเองเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกหรือความรู้สึกที่ต้องดูแลผู้ป่วย และให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่ 2/1 และวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามใบความรู้ที่ 2/2 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม และให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และให้ความร่วมมือในการฝึกเทคนิคการคลายเครียด พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากรู้สึกเบื่อ เมื่อเกิดอาการทางบวกและรู้สึกเครียด อับอาย กลัวคนอื่นจะมองตนเองเป็นคนบ้า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ รู้สึกห่วงใยผู้ป่วย สงสารที่ผู้ป่วยเป็นโรคนี้อย่างนี้ บางครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิดระหว่างดำเนินกิจกรรม สมาชิกภายในกลุ่มให้ความร่วมมือและให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกโล่งใจที่ได้พูดเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีให้อีกฝ่ายได้รับรู้ ได้ระบายความรู้สึกต่างๆที่อัดอัด เมื่อให้สมาชิกลองฝึกจัดการและการผ่อนคลายความเครียดตามใบความรู้ที่ 2/2 พบว่าสมาชิกให้ความสนใจ และบอกว่าจะนำไปลองใช้เมื่ออยู่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เวลาที่มีหิวแล้ว เราต้องรีบกลับบ้านเลย กลัวคนอื่นเขามองว่าเราเป็นบ้า บางครั้งไม่อยากออกไปไหน ทำอะไรเลยอายุเขา”

“สงสารเขานะ ไปทำงานก็ไม่ได้ เวลาเขาจะออกไปข้างนอกคนแถวบ้านก็พากันกลัวเขาบ้าง หวาดเขาบ้าง เขาก็กลับมาบอกลุง ลุงก็สงสารลูกนะ”

“ก็รู้สึกดีนะที่ได้พูด ก่อนหน้านี้ก็ไม่เคยพูดให้ใครฟัง แต่พอได้พูดกับเขา ให้เขาได้รู้ความรู้สึกของเรา และเราก็ได้รู้ความรู้สึกของเขา มันก็ทำให้เราเข้าใจมากขึ้น”

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ครอบครัวทุกๆด้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. มีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและสมาชิกอื่นในกลุ่ม กล้าเปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรม
2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้
3. บอกความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว การทำหน้าที่ครอบครัวทุกๆด้าน

กิจกรรม

ผู้วิจัยบรรยายเรื่องความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและ การทำหน้าที่ของครอบครัว พร้อมแจกใบความรู้ที่ 3/1 และใบงานที่ 3/1 ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกัน สรุปลักษณะและประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในครั้งนี้

การประเมินผล

ประเมินจากสมาชิกให้ความสนใจซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ และซักถามข้อสงสัยพบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการทำหน้าที่ของ ครอบครัว การมีส่วนร่วมของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลให้ความสนใจและมีข้อซักถามว่า สิ่งที่ตนเองทำถูกต้องหรือไม่ หรือบางครอบครัวผู้ดูแลจะหันไปพูดคุยกับ มีการแลกเปลี่ยนวิธีการดูแล ซึ่งกันละกันภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มสามารถสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมได้และบอกว่าจะนำไป ปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าที่บ้านมีญาติเป็นแบบนี้มาก่อน คือ อาเขาก็คือแบบนี้ ก็อาจจะส่งผลให้เขาเป็นได้ไหม”

“ที่ป่าทำทุกอย่างให้เขาทั้งหมดมันถูกต้องไหม เพราะป่าเป็นห่วง กลัวว่าเขาจะทำได้ อย่างไม่ สระผม ป่าก็ต้องเป็นคนสระให้ กลัวเขาไม่สระ”

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4.1 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง

4.2 ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

4.3 พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง
2. เพื่อสาธิตการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว
3. เพื่อพัฒนาการสื่อสาร และเพื่อให้ผู้ป่วยรับข้อมูลตามความเป็นจริง ลดอาการหลงผิดของ

ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. นำทักษะการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและ ไปปฏิบัติได้

2. ครอบครัวสามารถสื่อสารได้มีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

ผู้วิจัยสาธิตวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง โดยพูดคำว่า “หยุด” หรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน และให้สมาชิกฝึกปฏิบัติการพูด “หยุด” และเพิกเฉยต่อเสียง สาธิตทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 10 ท่า โดยผู้วิจัยสาธิตที่ละท่าแล้วให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตาม หลังจากครบทั้ง 10 ท่า ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกปฏิบัติเอง หลังจากนั้นให้ครอบครัวเข้ามาทำหน้าที่ด้านการสื่อสาร คือ การพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง มีความชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งแจกใบงานที่ 4/1 ร่วมกันสรุปประโยชน์ของการฝึกทักษะที่ได้ฝึกไปทั้งหมด และสรุปว่าแต่ละทักษะที่ได้ฝึกไป ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้อย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตผู้ป่วยและครอบครัวมีการพูดคุยซักถามในข้อสงสัยขณะทำกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติและสามารถบอกได้ว่า ทักษะวิธีการต่างๆที่ฝึกไปมีจุดประสงค์เพื่ออะไร และมีประโยชน์อย่างไรกับผู้ป่วยซึ่งพบว่า ขณะที่ทำกิจกรรม สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในบางช่วงผู้ดูแลจะคอยแนะนำและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พูดชมเชยและให้กำลังใจเป็นระยะ มีการพูดคุยภายในกลุ่ม และเมื่อให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการหลงผิดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการสื่อสารทางคำพูดเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าเขาพูดว่าจะมีคนมาฆ่าเขา จะมีตีเขา หรือเข้ามาขโมยไก่อีก ปากก็จะคอยพูดกับเขาว่าไม่มีมีใครจะมาทำอะไรเราได้หรอก คนที่ทำมันก็โดนจับไปหมดแล้ว เราก็ไม่ได้มีเรื่องกับใคร ไก่เราก็เลิกเลี้ยงไปนานแล้ว ไม่มีใครจะเขามาขโมยอะไรเราได้หรอก ถ้ามีตำรวจก็ต้องจับไปอยู่แล้ว ไม่ต้องกังวลไม่ต้องกลัว”

“ถ้าเค้าทำอะไรตามเสียงที่เค้าได้ยิน เช่น ให้เค้าเดินรอบบ้านไปเรื่อยๆแล้วหยุดไม่ได้ พี่เดินเข้าไปบอกให้เขาหยุดเลย พอเขาหยุด พี่ก็จะพูดว่า ถ้าเราจะหยุดเดินแล้วก็หยุดได้ ไม่มีใครมาบังคับเสียงที่เค้าได้ยินคนอื่นเค้าไม่เห็นได้ยินเลย แสดงว่า เสียงนั้นมันไม่จริง”

จากการสังเกตการณ์ทำกิจกรรม สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือดี มีการซักถามเกี่ยวกับเรื่องที่สงสัยเป็นระยะ แต่เมื่อให้สมาชิกส่งตัวแทนมาสรุปกิจกรรมที่ทำไป ผู้วิจัยจะต้องกระตุ้นหรือให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีความมั่นใจและกล้าแสดงออกมากขึ้น สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกประโยชน์ของกิจกรรมนี้ได้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะเรื่องการจัดการกับอาการหิวแหว่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการกับอาการหลงผิด ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อพัฒนาการแก้ปัญหา บทบาทและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. เลือกปัญหาที่เกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมาใช้เป็นเหตุการณ์จำลองได้
2. นำทักษะการจัดการกับอาการทางบวกมาใช้ได้เหมาะสมกับเหตุการณ์จำลองได้
3. แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในเหตุการณ์จำลองได้ แสดงบทบาทการเป็น พ่อ แม่ สามี หรือภรรยาได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้

กิจกรรม

ให้สมาชิกภายในกลุ่มพูดคุยและเลือกปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในกลุ่มขึ้นมาโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้วางแผนแก้ไขปัญหา และให้ตัวแทนกลุ่มออกมาแสดงเหตุการณ์จำลองของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของตน และให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางบวก หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นต่างๆอีกครั้ง มอบหมายการบ้านในช่วงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบบันทึกการจัดการอาการด้วยตนเองตามใบงานที่ 5/1 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงลักษณะของวิธีการบันทึก และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้ดูแลทำแบบบันทึกสำหรับครอบครัวด้วยตามใบงานที่ 5/2

การประเมินผล

ประเมินจากท่าทีและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม สังเกตผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการพูดคุยซักถามและมีความเข้าใจถึงกลวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการและผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหา มีบทบาทมีส่วนร่วมได้ถูกต้องเหมาะสม โดยพบว่า สมาชิกในกลุ่มมีการพูดคุยซักถามและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพอควร ในช่วงแรกผู้วิจัยต้องกระตุ้นและเป็นคนเริ่มในการทำกิจกรรม เช่น ยกตัวอย่างให้สมาชิกเห็นและเข้าใจว่ากิจกรรมนี้ต้องการให้สมาชิกทำอะไรบ้าง สมาชิกส่วนมากให้ความร่วมมือและมีข้อซักถามกับผู้วิจัยเป็นระยะ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ให้เราออกไปแสดงทุกคนเลยหรือเปล่า ป้าไม่กล้า ป้าอายุ แต่ถ้าส่งตัวแทนมันก็น่าจะดีกว่านะ เพราะในกลุ่มนี้มีปัญหาคล้ายๆกัน น่าจะส่งตัวแทน”

“ให้ทำแบบนี้มันก็ดีนะ จะได้เป็นการซ้อมเวลาเกิดขึ้นจริงจะได้ทำเป็น”

ตัวอย่างสถานการณ์จำลองที่กลุ่มเลือกมาแสดง ได้แก่ สถานการณ์โมโห หงุดหงิด ก้าวร้าว และสถานการณ์หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายร่วมกับอาการหูแว่ว ตัวแทนกลุ่มของสถานการณ์โมโห หงุดหงิด ก้าวร้าว ใช้วิธีการจัดการโดยการ ตั้งสติ หลับตา หายใจเข้าออก และหันไปบอกกับผู้ดูแลว่า ตนเองรู้สึกหงุดหงิด รู้สึกไม่พอใจ ผู้ดูแลถามเหตุผล และชวนให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยการหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากที่ผู้ป่วยผ่อนคลายอารมณ์ลง ผู้ดูแลก็พูดคุยให้กำลังใจ กล่าวชมผู้ป่วย และช่วยกันแก้ไขสาเหตุของอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว นั้น ส่วนสถานการณ์หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ร่วมกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการตั้งสติ และพูดคำว่าหยุด พยายามแยกแยะว่าสิ่งที่ตนเองคิด เป็นเรื่องจริงหรือไม่ จากนั้นผู้ดูแลจึงเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยโดยการชวนให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือ และชวนไปรดน้ำที่แปลงผัก

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มสามารถ

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกลวิธีในการจัดการกับอาการทางบวกต่างๆในโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. ครอบครัวสามารถบอกถึงหน้าที่ของตนเองในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ผู้ป่วยสามารถเลือกกลวิธีในการจัดการอาการได้เหมาะสม

กิจกรรม

นำแบบบันทึกการจัดการอาการด้วยตนเองที่ได้เป็นการบ้านมาอภิปรายร่วมกัน จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับอาการทางบวกของตน และ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยนำใบงานตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งใบงานสุดท้ายมาสรุปว่า ในแต่ละกิจกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ประโยชน์อะไรบ้างและสามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรในชีวิตประจำวัน หากพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ตรงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ประสบความสำเร็จ ก็กระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหานั้นแล้วร่วมกันค้นหาวิธีในการจัดการอาการใหม่ จนสามารถจัดการกับอาการหรือปัญหานั้นได้สำเร็จ

กิจกรรม

การประเมินผล

ประเมินจากผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการทางบวกที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ และครอบครัวสามารถบอกถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งตอนอาการ ทางจิตสงบและในขณะที่มีอาการทางจิตกำเริบได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พอเข้ามาทำกิจกรรม มาเจอคนอื่นๆ ทำให้รู้สึกว่ ไม่ได้มีเราคนเดียวที่มีอาการแบบนี้ ไม่ได้ มีแค่เราที่ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วย ทำให้รู้สึกว่คนอื่นเค้ายังดีขึ้นได้ เราก็ต้องดีขึ้นได้”

“มาจนวันนี้รู้เลยว่า เราต้องดูแลเค้าให้ดีๆ ให้กำลังใจเค้ามากๆ ยิ่งเวลาที่เค้าอาการไม่ดี เรายิ่ง ต้องอยู่กับเค้าเลย คอยช่วยกัน”

“ทำให้ผมรู้ว่าต้องทำยังไงเวลามีเหตุว่”

สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกได้ว่าจะนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้และได้กล่าวขอบคุณผู้วิจัย และกล่าวลาเพื่อนร่วมกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีสีหน้ายิ้มแย้มและพูดคุยกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ก่อน แยกย้ายกลับบ้าน

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังกเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตอบคำถามตามแบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ดังตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 คะแนนความสามารถในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n=20)

คนที่	คะแนนความสามารถในการจัดการ อาการทางบวก	ระดับ
1	18	ระดับปานกลาง
2	27	ระดับสูง
3	26	ระดับสูง
4	25	ระดับสูง
5	24	ระดับสูง
6	23	ระดับสูง
7	24	ระดับสูง
8	24	ระดับสูง
9	26	ระดับสูง
10	27	ระดับสูง
11	24	ระดับสูง
12	20	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คนที่	คะแนนความสามารถในการจัดการ อาการทางบวก	ระดับ
13	26	ระดับสูง
14	25	ระดับสูง
15	22	ระดับสูง
16	25	ระดับสูง
17	26	ระดับสูง
18	23	ระดับสูง
19	20	ระดับปานกลาง
20	16	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 27 คะแนน (อยู่ในระดับสูง) และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน (อยู่ในระดับปานกลาง) ซึ่งจัดได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนทักษะการจัดการอาการทางบวกอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (11-30 คะแนน จึงถือว่าผ่านเกณฑ์) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 วันที่ 25 มกราคม 2559 เพื่อประเมินอาการทางบวก (Post-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินอาการทางบวก ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

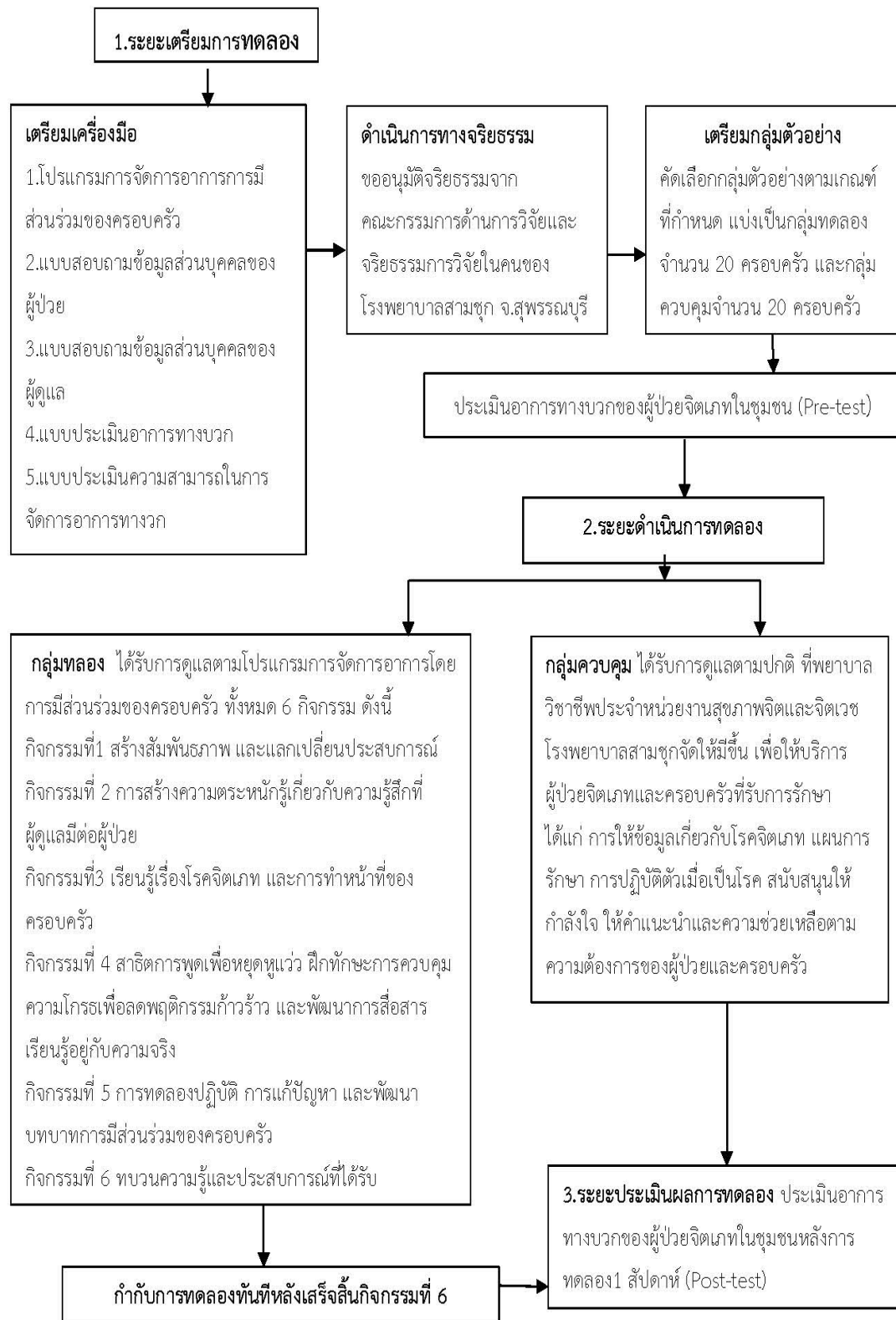
1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

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

3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเปรียบเทียบคะแนนของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแล 1 คน จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยวัดคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ในบทนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย เสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- | | |
|----------|---|
| ตอนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง |
| ตอนที่ 2 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง |
| ตอนที่ 3 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง |

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70.0	14	70.0	28	70.0
หญิง	6	30.0	6	30.0	12	30.0
อายุ (ปี)						
20-29	6	30.0	3	15.0	9	22.5
30-39	6	30.0	8	40.0	14	35.0
40-49	6	30.0	6	30.0	12	30.0
50-59	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อายุเฉลี่ย(\bar{X})	$\bar{X} = 37$	SD=0.889	$\bar{X} = 41$	SD=0.789	$\bar{X} = 39$	SD=0.839
สถานภาพสมรส						
โสด	14	70.0	8	40.0	22	55.0
คู่	2	25.0	7	35.0	9	22.5
หม้าย	3	0	1	5.0	4	10.0
หย่าร้าง	1	5.0	4	20.0	5	12.5

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.0) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 35.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39 ปี (SD=0.839) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (41ปี และ 37ปี ตามลำดับ) และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 55)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ประถมศึกษา	9	45.0	7	35.5	16	40.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.0	4	20.0	5	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	35.0	6	30.0	13	32.5
อนุปริญญาตรี / ป.ว.ส.	2	10.0	2	10.0	4	10.0
อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	2	10.0	5	25.0	7	17.5
รับจ้าง	4	20.0	3	15.0	7	17.5
ค้าขาย	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ว่างงาน	10	50.0	11	55.0	21	52.5
อื่นๆ	2	10.0	0	0	2	5.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	2	10.0	1	5	3	7.5
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	13	65.0	13	65.0	26	65.0
ไม่พอใช้จ่าย	4	20.0	5	25.0	9	22.5
ไม่พอใช้จ่ายและเป็นหนี้	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 32.5) ประมาณครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ว่างงาน (ร้อยละ 52.5) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง (ร้อยละ 17.5 เท่ากัน) รายได้ของประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 65.0) รองลงมา ไม่พอใช้จ่าย (ร้อยละ 22.5)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)						
1-5	8	40.0	8	40.0	16	40.0
6-10	8	40.0	6	30.0	14	35.0
11 – 15	1	5.0	2	10.0	3	7.5
16 – 20	3	15.0	2	10.0	5	12.5
มากกว่า 20	0	0	2	10.0	2	5.0
จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
0	3	15.0	5	25.0	8	20.0
1 ครั้ง	9	45.0	2	10.0	11	27.5
2 ครั้ง	6	30.0	7	35.0	13	32.5
3 ครั้ง	2	10.0	5	25.0	7	17.5
5 ครั้ง	0	0	1	5.0	1	2.5

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ร้อยละ 40.0) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 1-5 ปี เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม รองลงมา มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 35.0) และประมาณหนึ่งใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ร้อยละ 27.5)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพ

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	6	30.0	10	25.0
หญิง	16	80.0	14	70.0	30	75.0
อายุ (ปี)						
20-29	1	5.0	1	5.0	2	5.0
30-39	2	10.0	0	0	2	5.0
40-49	3	15.0	6	30.0	9	22.5
50-59	14	70.0	13	65.0	27	67.5
อายุเฉลี่ย(\bar{X})	$\bar{X}=50$	SD=1.925	$\bar{X}=51$	SD=1.549	$\bar{X}=50.5$	SD=1.737
สถานภาพ						
โสด	2	10.0	0	0	2	5.0
คู่	11	55.0	14	70.0	25	62.5
หม้าย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หย่าร้าง	3	15.5	2	10.0	5	12.5

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างสามในสี่ (ร้อยละ 75.0) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 67.5) มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือเป็นหม้าย (ร้อยละ 20.0)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	3	15.0	0	0	3	7.5
ประถมศึกษา	7	35.0	12	60.0	19	47.5
มัธยมศึกษาต้น	4	20.0	2	10.0	6	15.0
มัธยมปลาย/ป.ว.ช	4	20.0	4	20.0	8	20.0
อนุปริญญา/ป.ว.ส	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อาชีพ						
เกษตรกร	2	10.0	6	30.0	8	20.0
รับจ้าง	6	30.0	4	20.0	10	25.0
ค้าขาย	8	40.0	7	35.0	15	37.50
แม่บ้าน	1	5.0	2	10.0	3	7.50
ว่างงาน	3	15.0	1	5.0	4	10.0

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 47.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช (ร้อยละ 20.0) เท่ากัน ทั้ง 2 กลุ่ม และพบว่าประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 37.50) ประกอบอาชีพ ค้าขาย และหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.0) มีอาชีพรับจ้าง

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
บิดา	1	5.0	4	20.0	5	12.5
มารดา	10	50.0	7	35.0	17	42.5
พี่	4	20.0	1	5.0	5	12.5
น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สามี	1	5.0	4	20.0	5	12.5
ภรรยา	2	10.0	3	15.0	5	12.5
บุตร	1	5.0	0	0	1	2.5
ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท						
0-5 ปี	8	40.0	9	45.0	17	42.5
6-10 ปี	8	40.0	5	25.0	13	32.5
11-15 ปี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
15-20 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
21 ปีขึ้นไป	0	0	1	5.0	1	2.5

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทเป็น มารดา (ร้อยละ 42.5) รองลงมาที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา พี่ สามี และ ภรรยา (ร้อยละ 12.5) เท่ากัน ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในช่วง 0-5 ปี (ร้อยละ 42.5) รองลงมา มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 32.5)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (40 คน)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ผลต่าง ของกลุ่ม ทดลอง
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
1	21	20	20	10	10
2	22	22	22	11	11
3	23	22	22	11	11
4	21	20	20	15	5
5	24	23	24	11	13
6	29	28	29	16	13
7	32	29	33	17	16
8	26	26	26	14	12
9	24	24	24	13	11
10	15	14	14	9	5
11	27	27	27	13	14
12	24	24	24	12	12
13	20	19	19	11	8
14	22	21	22	12	10
15	20	20	20	11	9
16	20	19	19	10	9
17	24	24	24	11	13
18	25	25	25	15	10
19	23	22	22	12	10
20	26	26	26	13	13
\bar{X}	23.4	22.75	23.1	12.35	10.75
SD	3.68	3.61	4.12	2.13	1.99
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	น้อยที่สุด	

จากตารางที่ 11 ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 23.4 (SD=3.68) และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 23.1 (SD=4.12)

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ลดลง มีค่าเท่ากับ 22.75 (SD=3.61) และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของกลุ่มทดลองลดลง มีค่าเท่ากับ 12.35 (SD=2.13)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อาการทางบวกของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน	\bar{X}	SD	df	t
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	23.1	4.12	19	17.034*
หลังทดลอง	12.35	2.13		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	23.4	3.68	19	1.00
หลังทดลอง	22.75	3.61		

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าเท่ากับ 23.1 (SD=4.12) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 12.35 (SD=2.13) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการดูแลตามปกติพบว่า มีค่าเท่ากับ 23.4 (SD=3.68) และหลังได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเท่ากับ 22.75 (SD=3.61) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกก่อนและหลังการดูแลพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	\bar{X}	SD	df	t
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n=20)	23.1	4.12	38	-.323
กลุ่มควบคุม (n=20)	23.4	3.68		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.35	2.13	38	-11.088*
กลุ่มควบคุม	22.75	3.61		

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent sample t-test) พบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 23.1 (SD=4.12) และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 23.4 (SD=3.68) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.001$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน (เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนานกว่า 6 เดือน) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มอย่างน้อย 30 ครอบครัวยุติแบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 15 ครอบครัวยุติ (Grove, Burns and Gray, 2013) เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ผู้วิจัย กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 ครอบครัวยุติ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัวยุติ กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวยุติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวยุติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวยุติของ Friedman (2003)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวกลบับภาษาไทย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวกลบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวกลบ ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมีการเตรียมการดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการมี

ส่วนร่วมของครอบครัว ฝึกใช้แบบประเมินอาการทางบวกให้มีความถูกต้องเหมาะสม โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน สุขภาพจิตและจิตเวช ที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษา เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท แผนการรักษาบำบัด การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือตามต้องการของผู้ดูแล เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทของคำแนะนำ โดยผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยและครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางบวก (post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง ภายหลังจากที่ประเมินตามแบบประเมินอาการทางบวกเสร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม จากนั้นเริ่มดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามซุก จังหวัดสุพรรณบุรี สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม 2 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์

2.3 การกำกับการทดลอง กระทำภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันทิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความสามารถในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะการประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางบวก (Post-test) โดยให้ตอบคำถามแบบประเมินอาการทางบวก ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

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

3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. อาการทางบวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า อาการทางบวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. อาการทางบวของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า อาการทางบวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลทำให้อาการทางบวของผู้ป่วยในจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อภิปรายได้ว่า การจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่นำมาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) นั้นเป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับอาการทางบวของตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม เช่น การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ครอบครัวทุกๆ

ด้าน สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว และทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยปฏิบัติจริงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจนทั้งกิจกรรมและระยะเวลา พบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลงอย่างชัดเจน โดยแนวคิดการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าการทำให้เกิดความสัมพันธ์กันขึ้น 3 ส่วน คือ 1. การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆภายในกลุ่ม ส่งผลให้ตัวผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเป็นการสร้างความตระหนักให้ตัวผู้ป่วยรับรู้ว่ามีตนเองมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 2. การประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง ความถี่รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นว่ามีผลมากน้อยเพียงใด และ 3. การตอบสนองต่ออาการ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้และประเมินอาการ แล้วจึงจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่วิธีในการจัดการกับอาการทางบวกที่เหมาะสมกับตนเอง สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการ ฝึกทักษะการสำรวจตนเอง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วโดยการเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงหูแว่ว เป็นการพูดคำว่า “หยุด” ซึ่งจะสามารถช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสมและสามารถลดอาการหูแว่วลงได้ จำเป็นต้องได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผล และหลักการของวิธีการนั้นๆ จึงจะสามารถลดอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง Effect of Symptom Management Program on Characteristics and Severity Auditory Hallucination in Schizophrenia ของ อิตารัตน์ คณิงเพียร (2548) ที่พบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว กลุ่มทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว จากการศึกษาของ To & Chan (2000) ที่พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยควบคุมและลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง (Norman et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ที่ศึกษาการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การผ่อนคลาย

กล้ำเนื้อสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง เป็นการให้ครอบครัวเข้ามาพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง มีความชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตามความเป็นจริงมากขึ้นสามารถลดอาการหลงผิดของผู้ป่วยจิตเภทได้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาการสื่อสารภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว และพบว่าถ้าครอบครัวมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจน เหมาะสม จะช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Pharoah et al., 2010)

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับครอบครัวและทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองโดยเรียนรู้ผ่านทางตัวละครที่กำหนด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้บทบาทของตนเอง ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจัดการกับอาการนั้นๆ และทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง (Sun & Cheung, 1997) ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่ เมื่อใดที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะหากวิธีในการจัดการกับอาการนั้น โดยมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทาง และร่วมกับผู้ป่วยจัดการกับความผิดปกตินั้น อีกทั้งเป็นการฝึกให้ครอบครัวฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งการแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมนั้นจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ดี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) และการฝึกให้ครอบครัวสามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมได้

สรุปได้ว่า การพยาบาลที่เน้นการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการพยาบาลที่มีการวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลโดยมีแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตรงตามปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตในชุมชนจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และชุมชนให้การยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม จะมีค่าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกภายหลังการทดลองแล้วพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($X=12.35$, $SD=2.13$) มีอาการทางบวกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($X=22.75$, $SD=3.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-19.260$) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการประยุกต์แนวความคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางบวกได้ ทั้ง อาการหวิว พฏิกกรรมก้าวร้าวรุนแรง และอาการหลงผิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิตารัตน์คะนิงเพียร (2548) ที่พบว่า การจัดการกับอาการหวิวด้วยวิธีการพูดว่า “หยุด” หรือ เพิกเฉยไม่ทำตามเสียงสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหวิวได้ และจากการศึกษาของ กัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ที่พบว่า การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 10 ท่า สามารถควบคุมความโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ ร่วมแก้ไขปัญหามิในทุกๆขั้นตอนของการจัดการกับอาการกับอาการทางบวกของผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเป็นการดำเนินในรูปแบบกลุ่มครอบครัว มีการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภายในกลุ่มสมาชิกด้วยกัน เกิดสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดความอบอุ่น และมีความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 1997) กระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและทำให้สามารถแสดงอารมณ์และความคิดเห็นมากขึ้นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนในกลุ่มก็เผชิญปัญหาเหมือนกับตนเองซึ่งจะช่วยลดความกังวลลงได้ การแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนเองระหว่างผู้ดูแลและผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของตนเอง เมื่อเกิดอาการทางบวกให้ผู้ดูแลได้รับรู้และเข้าใจในตัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และการให้ผู้ดูแลได้ระบายหรือพูดถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลจากการรับรู้การเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (จิราพร รักการ, 2549; นภาพรณ พึ่งเทศสุนทร, 2553) การฝึกการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการพูด การใช้น้ำเสียงในการแสดงออกถึงความไม่พอใจผู้ป่วย ลดการแสดงความหึง ความกังวลที่มากเกินไป ส่งผลให้ครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ และการผูกพันทางอารมณ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้รับรู้และเข้าใจบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดและปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การได้ฝึกทักษะต่างๆในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการทางบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการทางบวกที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเองได้และเป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในหลายๆระยะ คือ การมีส่วนร่วม

ร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom experience stage) และแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care seeking stage) ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและต้องให้การช่วยเหลืออย่างไร และสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในยามที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) โดยครอบครัวสามารถชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นบทบาทของผู้ป่วยเองว่า ควรปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงใด รวมทั้งมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะคอยช่วยสนับสนุนผู้ป่วยหรือฟื้นฟูสมาชิกภายในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว (Friedman, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกลดลง ($X=22.75$) จากก่อนทดลองเพียงเล็กน้อย ($X=23.4$) และคงอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนอาการทางบวกแต่ละข้อมีคะแนนเท่าเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การให้คำปรึกษาครอบครัวเมื่อครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ และการออกเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้สามารถช่วยลดอาการทางบวกลงได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบหรือการทำกิจกรรมที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่พบในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาจทำให้ได้รับข้อมูลยังไม่เพียงพอ การดูแลรักษาตามปกติจะเป็นเพียงการให้ความรู้ คำแนะนำจากพยาบาลจิตเวชเป็นหลัก ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการหรือปัญหาจากบุคคลอื่นๆ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการทางบวกและประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำให้ผลการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนทดลองมากนัก

จึงสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ครอบครัวถือเป็นปัจจัยหลักในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข และพบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาหรือจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ

จัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นบุคคลผู้ที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของการโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว เช่น การออกเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมการคงอยู่ของความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะในการจัดการกับอาการทางบวกและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้มีการติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละครอบครัว

1.3 พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ที่ใช้แบบประเมินอาการทางบวก ต้องได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินให้มีความชำนาญ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแบบประเมินให้ชัดเจน เพื่อให้ผลของการประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทมีความแม่นยำและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการศึกษา อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเพื่อ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

2.2 ควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เกี่ยวกับการอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อได้ทำการส่งต่อโรงพยาบาลได้ทันที่

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุข

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2552). รายงานประจำปี. **กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2552**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปี. **กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญวรรณ ระเบียบ. (2555). **ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยาณี โนนินทร์. (2542). **การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). **ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา นันทไพบุลย์. (2553). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 24(2): 26-38

เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 2**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. (2543). **คู่มือปฏิบัติงาน: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน**. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.

จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2539). **การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ**. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข**. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน :58-59. (29-30 กรกฎาคม) ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ: ความท้าทายของพยาบาลจิตเวช**.

13: 1-13.

- จินตนา ยูนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2547). **การพยาบาลแบบองค์รวม: แนวคิด หลักการ และแนวปฏิบัติ.** (เอกสารประกอบการประชุม). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). **พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอม สุวรรณโน. (2541). **ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.** **วารสารพยาบาลศาสตร์.** 7(3): 147-154.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ชุลีวรรณ เพียรทอง, ศักดา ขำคม และลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ. **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** **วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** 17: 61-75.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). **ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: การศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** 14(2): 30-39.
- ดารา ศัตร์สุลี, ดวงตา กุศลรัตนญาณ, สมสกุล สุภัทรพันธุ์. (2539). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.** **โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- ดารานี วันวา. (2557). **ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองและจิตศึกษาต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงแก้ว รอดอ่อง. (2547). **การจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ในอนาคต.** กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- ทิวาพร ฟูเฟื่อง. (2544). **การศึกษาผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.** ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ทูลภา ปุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระ สีสานันทกิจ. (2550). **โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกที่ร้ายแรง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์ และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). **Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)**. กรุงเทพมหานคร: แจนเซ็น-ซีแลก.
- นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร. (2553). **ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตากวิริยะนนท์และชนะมน สุยะชีวัน. (2536). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู**. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 11(1): 29-40.
- นุชนาถ ชัยเจริญ. (2552). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2548). **โปรแกรมการจัดการอาการต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนต์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปัทมา ศิริเวช. (2545). **การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 10(1): 1-5.
- ปาริวัตร ไชยน้อย. (2546). **พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เปรมฤดี ดำรงค์. (2545). **การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). **ภาคีเพื่อส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์จำกัด.
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2540). **ตราบาปและโรคทางจิตเวช**. **วารสารสวนปรุง**. 13(1): 29-36.

- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. กรุงเทพมหานคร :สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันท์. (2553). **การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2549). **เอกสารประกอบการสอนการวิเคราะห์ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์. (2539). **การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา**. 4(2): 136-138.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ. (2542). **พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. **วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 13: 32-34.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). **การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ในภาคอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. กรุงเทพมหานคร : ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพซ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพซ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย สงวนสิน. (2544). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 9(3), 113-127.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). **ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ใช้**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13: 1-9.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย**. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**. 1: 84-94.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- วิมลพร เกียรติวุฒินนท์,เร็นฤดี ลิ้มฉาย,ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และวัลลภา กิตติมาสกุล.(2551). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- วัชรภรณ์ ลือโรสงค์. (2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษา**. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระรามาธิบดี

กรมสุขภาพจิต.

วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). บทบาทพยาบาลจิตเวชในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. **วารสารพยาบาล.**

51(4): 174- 182.

เวนิช บุราชรินทร์. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน**

ชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. **วารสารสุขภาพจิตแห่ง**

ประเทศไทย10(1): 32-35.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถ**

ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต ปทุมานนท์. (2541). **ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและ**

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัย.

สมชาย จักรพันธ์. (2543). **แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต.** นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2546).**พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท.**พิมพ์ครั้งที่2. ขอนแก่น:

โรงพิมพ์คลังนานา.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้ว

สมภพ เรื่องตระกูล.(2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

อัญชลี ทรงผาสุก. (2547). **การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย**

จิตเภท ในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิต**

เภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ:

ชั้นตำการพิมพ์.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิ**

สภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

อรพรรณ ทองคำ. (2546). **การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ**. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร:ด้านสุทธา การพิมพ์

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Addington J., McCleery and Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in early Psychosis program. **Schizophrenia Research**, 79(1): 107-116.

Baker, P. (1995). The Development of the self-care ability to detect early signs of relapse in individual who have schizophrenia. **Journal of Archives of psychiatric Nursing**, 4(5), 261-268.

Barkhof, C.J. Meijer, L.M.J. de Sonnevile, D.H. Linszen, L. de Haan. (2012). Intervention to Improve Adherence to antipsychotic medication in patient with Schizophrenia-A review of the past decade. **European Psychiatry** 27: 9-18.

Beck, A.T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). Schizophrenia Cognitive Theory Research, and Therapy. **New York: The Guilford Press**.

Breier, A., & Strauss, J.S (1983). Self – control in psychotic disorders. **Archives General Psychiatry**. 40, 1141-1145.

Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory Hallucinations in schizophrenia result of 1-year follow up. **Journal of Psychosocial Nursing**.35 (12):12-24

Chein, W.T., Chan, S. and Thompson, D. (2006). Effects of mutual support group for Chinese family of people with schizophrenia: 18-Month follow-up. **British Journal of Psychiatry**, 189: 41-49

Cohen, C.I., & Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenia outpatient. Hospital and **Community psychiatry**. 36(4): 407-410

- Coyne, Imelda T. (1996). Parent participation: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 23(4): 733-740.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. **Family & Community** 5(2): 1-9.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing**, 33(5), 668-676
- England, M. (2005). Medication of the relationship between inner voice experiences and health-related quality of life. **Perspective in Psychiatric Care**. 40(1), 22-34.
- Eriksson, E & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' Relatives. **European journal of cancer care**, 9(1), 8-15.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92(6):1-3.
- Falloon, I.R.H. et al. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fresan, A., Apiquiann, R., Fuente-Sandoval, C. d. l., Loyzaga, C., Garcia-Anaya, M., Meyenberg, N., et al. (2005). Violent Behavior in Schizophrenic Patients: relationship with Clinical Symptoms. **Aggressive Behavior** 31: 511-520.
- Friedman, Marilyn M., Bowden, Vicky R., and Jones, Elaine G. (2003). **Family Nursing Research, Theory & Practice**. 5th ed. United States of America: Person Education, Inc.
- Gaag, van der M. (2006). A Neuropsychiatric Model of Biological and Psychological Process in the Remission of Delusion and Auditory Hallucinations. **Schizophrenia Bulletin**, 32, 113-122.
- Gray, R., Wykes, T., and Gournay, K. (2002). From compliance to conconcondance: A review of the Literature on interventions to enhance compliance with antipsychomedication. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing** 9: 277-284.

- Green, M. F., Hugdahl, K., & Mitchell, S. (1994). Dichotic listening during auditory hallucination in patients with schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, 151(3), 357-362.
- Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. (2013). **The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence**. 7th ed. St. Louis, MO:Elsevier Saunders.
- Gutierrez-Maldonado, J. and Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a Psychoeducational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. **Quality of Life Research**, 16: 739-747.
- Hanzawa, S., et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 64(4): 377-386.
- Hayward et al. (1995). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenia, scizoffective and affective disorder. **American of psychiatry** 152 (6): 856-861.
- Hoolley, J. M. (2007) **Expressed emotion and Relapse of Psychopathology**. (Online).www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716059.
- Horowitz, A. V., and Reinhard, S. D. (1995). Ethic difference in caregiving duties and Burdens Among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., Wiersma, D., Willige, G., & Gaag, van der M. (2004). Hallucination Focused Intergrative treatment: A randommized trial. **Schizophrenia Bulletin**, 30(1), 133-145.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich,S.and Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 month in parent of patient with schizophrenia. **Archives of psychiatric Nursing**. 17(3): 126-134.
- Kanfer FH, & Goelick L. (1991). Self-management methods. In Kanfer FH, Goldstein AP.Change: **A Textbook of methods**. 286-91.
- Kay, S.R., Fiszbein, A & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) For Schizophrenia.**Schizophrenia Bullein** 13:261-276

- Krakowski, M and Czobor, P 2004, Gender differences in violent behaviours: Relationship to clinical Symptoms and psychosocial factors. **American Journal of Psychiatry**, 161, 459–465.
- Leelahanaj T. (2009). **The Psychiatric Association of Thailand**. 1st edition Text book Schizophrenia Songkhla: Chanmuang printing.
- Lim, Y.M. and Ahn, Y.H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research**, 16(2): 110-117.
- Lindenmayer, J.P. and Khan A. (2006). Psychopathology. In: Lieberman, JA. Stroup, TS.Perkin, DO.eds. **Textbook of Schizophrenia**. Washington DC: **American Psychiatric Publishing**.
- Lindstrom, E. and Binger, K. (2000). **Patient compliance with drug therapy. Schizophrenia phamacoeconomic** 18(2):105-124.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health Professional. **Journal of Nervous and mental Disease** 175: 613-619.
- Maneesakorn, S., Robso, D., Gourn, K., and Gray, A. (2007). An RCT of adherence therapy For People with schizophrenia in Chang Mai Thailand. **Journal of clinical Nursing** 16: 1302-1312.
- McDonagh, L. A. (2005). Expressed Emotion as a precipital of relapse in psychological disorder (Online). Avail table from: www.Personalityresearch.Org/papers/McDonagh.html (2006, March 12).
- McGuire, P.K., Silbersweig, D. A., Wright, I., Murray, R. M., Frackowiak, R. S. J., & Frith, C. D. (1996). The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in Schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucinations. **British Journal of psychiatry**, 169, 148-159.
- Middelboe, T., & Mortensen, E.T. (1997). Coping strategies among the long-term Mentally ill: Categorization and clinical determinant. **Acta Psychrica Scandinavia**. 96,188-194
- Millier, A., Sarlon, E., Azorin, J.-M., Boyer, l., Aballea, S., Auquier, P., et al. (2011). Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients: a propensity-adjusted analysis. **BMC Psychiatry** 11: 1-9.
- Moller MD & Murphy MF. (2001). Neuro Biological responses and Schizophrenia

- Psychotic disorders. In: Stuart GW, & Laraia. Editors. **Principle and practice of Psychiatric nursing**. Louis: Mosby; p. 402-37
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. **British Journal of Nursing** 5(1): 34-40.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). Brief psychiatric rating scale. *Psychological Report*. 10: 799-812.
- Perkin Do. (2002). Predictors of noncompliance in patient with schizophrenia. **Journal of Clinical Psychiatry**, 63, 1121-8.
- Pharoah F, M. J., Rathbone, J. and Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. **The Cochrane Database of Symtematic Reviews** 2010 (9).
- Provenvher, H.L., Fournier, J. P., & Dupuis, N. (1997). Schizophrenia: revisited. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 4, 275-285.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2002). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry. 10th .ed. **New York: Lippincott Williams & Wilkins**.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: **Lippincott Williams & Wilkins**.
- Singh, G., Sharan, P. and Kulhara, P. (2003). Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 57, 517-522.
- Sung-Man B. et al. (2010). Predictive Factors of social functioning in patient with Schizophrenia. **Psychiatry Investing**, 7: 93-101.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Dorn, R. A. V., Elbogen, E.B., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. A. (2006). National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry** 63: 490-499.
- Tail, L., Birchwood, M., Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping. **British Journal of Psychiatry**. 185, 410-415
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual

- psychotic symptom in schizophrenia patient: I. outcome. **British Journal of Psychiatry**, 162, 524-532.
- Trangkasombat, U. (2006). Family Functioning in the Family of Psychiatric Patients: A Comparison with Nonclinical Families. **Journal Medicine Association Thai**, 89(11): 1946-1953.
- Trygstak, L., Buccheri, R Dowling, G., White, K., et al. (2002). Behavioral management Of Persistent auditory hallucinations in schizophrenia: outcome form a 10-week corse. **Jornal of the American Psychiatric Nurses Association**, 8(3), 84-91.
- UCSF Symptom Management Faculty Group. (1994). A model for symptom Management. Image: The Journal of nursing Scholarship. 26 (4): 272-276
- Vadebeck, L. s. (2001). **Psychiatric mental health nursing**. Philadelphia: Lippncott Willims & Wikiins.
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, C., Tattan, T., et al. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. **Schizophrenia Research**. 67: 247-252.
- Wessely, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. **Br J Psychiatry** 1970: 8-11
- Woodruff, W. R., Wright, I.C., Bullmore, E.T., Brammer, M., Howard, R.J., William, S.C.R., et al. (1997). Auditory hallucination and temporal cortical response to speech in schizophrenia: A functional magnetic resonance imaging study. **American Journal of psychiatry**, 154(12), 1676-1682.
- WHO. Schizophrenia. Retrieved on 10 January. (2014). [online]Available at:<http://www.who.int/mental-health/management/Schizophrenia/en/>.
- Wu, E. Q., Brimbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. **J Clin Psychiatric** 66: 1122–1129.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี	นาแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธโสธร
2. นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช/โรงพยาบาลแปลงยาว
3. นางอำพัน หิรัญอุทก	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช/โรงพยาบาลสามชุก
4. อาจารย์ ดร.สุดาพร สติตยुทธการ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัย นานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
5. อาจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

๑.ชื่อวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM EMPHASIZING FAMILY FUNCTIONING ON POSITIVE SYMPTOMS OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY.

๒.ชื่อผู้วิจัย นางสาว อรุณรัตน์ อ้วนล้ำ ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ

๓.หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

๔.ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๒) ในการเก็บข้อมูล ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

มติ อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

๕.วันที่ได้รับการอนุมัติ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงพัชราภรณ์ วิริยะกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวฐิติพันธ์ อ้วนล้ำ ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อาคารวิทยาศาสตร์ ตึก 4 ชั้น 4 เลขที่ 52/347 หมู่บ้าน เมืองเอก ถนน พหลโยธิน ต.หลักหก อ. เมือง จ. ปทุมธานี 12000

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089-5381529 Email fakemonky.2021@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่าง ๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3.2 เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเภทประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก และ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งหมด 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ดังนี้ คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นจิตเภท มีอายุ 20 -59 ปี ทั้งชายและหญิง ที่มีอาการทางบวกระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (8-35 คะแนน) ประเมินจากแบบประเมินอาการทางบวกฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และ สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และคุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็น พ่อ/แม่ สามเณร/ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง

อายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้ป่วยนานกว่า 6 เดือน และไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ พุด ฟิง อ่านเขียนภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้มีการแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และมีการนัดติดตามอาการทางบวกในสัปดาห์ที่ 7 ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีครอบครัวจะเข้าร่วมทุกกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์มีอาการ (symptom experience) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีอาการ พยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Corey, 1997) และทำให้ทราบถึงการมีประสบการณ์อาการทางบวกของผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้าน ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) กิจกรรมที่ 4 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหวั่นหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง สาธิตการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยในการจัดการอาการ การประเมินผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการทางบวก และทำการประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางบวกและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมมือหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 089-5381529 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับโดยหากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสามชุก เลขที่ 4/1 หมู่ 7 ตำบลหนองผักนาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 72130 โทรศัพท์: 035-571492



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัย นางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ ที่อยู่ติดต่อ 89/229 ลุมพินีคอนโดทาวน์ นวมินทร์-รามอินทรา แขวงรามอินทรา เขตคันนายาว กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 089-5381529

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสามชุก เลขที่ 4/1 หมู่ 7 ตำบลหนองผักนาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 72130 โทรศัพท์: 035-571492

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....นางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



โปรแกรมการจัดการอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะเวลา

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยประสบการณ์การมีอาการทางบวกของตนเองกับสมาชิกกลุ่มแต่ละคน (การรับรู้ การประเมิน ผลกระทบต่อการตอบสนองต่ออาการทางบวกที่เกิดกับสมาชิกแต่ละคน)

4. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการสื่อสาร

5. เพื่อให้หน้าที่ทักษะการสำรวจตนเองไปทดลองปฏิบัติได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรม
2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้
3. ครอบครัวสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางบวก ผลกระทบ และการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวในการร่วมแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อลดการตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

2. เพื่อพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัว

3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และมีพฤติกรรมที่

เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยท่าที่เป็นมิตร

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกของกันและกันได้
2. นำทักษะการผ่อนคลายความเครียดมาควบคุมอารมณ์และตอบสนองทางด้านอารมณ์ไป

ใช้ได้ถูกต้อง

.....

.....

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ครอบครัวทุกๆด้าน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. มีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและสมาชิกอื่นในกลุ่ม กล้าเปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรม
2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้

3. บอกความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว การทำหน้าที่ครอบครัวทุกๆด้าน

.....

.....

กิจกรรมที่ 4.1 สาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง

4.2 ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

4.3 พัฒนาการสื่อสาร เรียนรู้อยู่กับความจริง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสาธิตการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง
2. เพื่อสาธิตการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว
3. เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร และเพื่อให้ผู้ป่วยรับข้อมูลตามความเป็นจริง ลดอาการหลงผิดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. นำทักษะการพูดเพื่อหยุดหูแว่วหรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและไปปฏิบัติได้

2. ทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารได้มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การทดลองปฏิบัติ การแก้ปัญหา และพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะเรื่องการจัดการกับอาการหูแว่ว การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการกับอาการหลงผิด ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการแก้ปัญหา ด้านบทบาท และด้านการควบคุมพฤติกรรมของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. เลือกปัญหาที่เกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมาใช้เป็นเหตุการณ์จำลองได้

2. นำทักษะการจัดการกับอาการทางบวกมาใช้ได้เหมาะสมกับเหตุการณ์จำลองได้

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มสามารถ

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกลวิธีในการจัดการกับอาการทางบวกต่างๆในโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ครอบครัวสามารถบอกถึงหน้าที่ของตนเองในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ผู้ป่วยสามารถเลือกกลวิธีในการจัดการอาการได้เหมาะสม

.....

.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1.อายุ

1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี
 3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี

2. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

3.ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.
 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่าร้าง
 5. แยกทางกันอยู่

5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย 4. แม่บ้าน
 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6.ว่างงาน
 7. อื่นๆ.....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

1. พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ 2. พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ
 3. ไม่พอใช้จ่าย 4. ไม่พอใช้จ่าย และเป็นหนี้

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

1. 1- 5 ปี 2. 6-10 ปี
 3. 11-15 ปี 4. 15 – 20 ปี
 5. มากกว่า 20 ปี

8. จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล.....ครั้ง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องหรือผิด

1.อายุ

1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี
 3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี

2. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

3.ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.
 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี4. ระดับการศึกษา

4. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่าร้าง
 5. แยกทางกันอยู่

5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย 4. แม่บ้าน
 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. ว่างาน
 7. อื่นๆ.....

6. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร

- 1.บิดา 2.มารดา 3.พี่ 4.น้อง
 5.สามี 6.ภรรยา 7.บุตร
 8.อื่นๆ (ระบุ).....

7.ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. 0-5 ปี 2. 6-10 ปี
 3. 11-15 ปี 4. 15-20 ปี
 5. 21 ปีขึ้นไป

แบบประเมินอาการทางบวก ฉบับภาษาไทย (สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามและสังเกตเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้ววงกลมล้อมรอบระดับคะแนนตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย

ลักษณะอาการ	ระดับคะแนน						
	ไม่มีอาการ	มีอาการ ขั้น ต่ำสุด	มีอาการ เล็กน้อย	มีอาการ ปาน กลาง	มีอาการ ค่อนข้าง รุนแรง	มีอาการ รุนแรง	มีอาการ รุนแรง มาก
P1 อาการหลงผิด (Delusion)	1	2	3	4	5	6	7
P2 ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	2	3	4	5	6	7
P3 อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)	1	2	3	4	5	6	7
P4 อาการตื่นเต้นกระวน กระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7
P5 ความคิดว่าตนมี ความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
P6 ความคิดรู้สึกแหว่งว่ามีคน มุ่งร้าย (Suspiciousness/persecution)	1	2	3	4	5	6	7
P7 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
รวมคะแนน							

แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาหารทางบก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งที่มีอาการ สม่่าเสมอ
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตัวเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น				
2.ฉันประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและส่งผลอย่างไรกับตัวฉัน				
3.ฉันรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
10.ในแต่ละวันฉันทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวมากขึ้น				



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

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

1. แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุป คือ แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก

$$CVI = 9/10 = 0.9$$

การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก

นำแบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวกมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ 80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.815	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Skill1	1.93	1.285	30
Skill2	2.10	1.125	30
Skill3	2.47	1.074	30
Skill4	2.07	.785	30
Skill5	1.33	1.155	30
Skill6	2.13	.900	30
Skill7	2.57	.774	30
Skill8	1.23	1.104	30
Skill9	1.87	.973	30
Skill10	1.57	1.040	30

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฐิตินันท์ อ้วนล้ำ เกิดเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2530 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี เมื่อปีการศึกษา 2554 และปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล นวมินทร์ และปี พ.ศ. 2556 ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมและป้องกันโรคภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนวมินทร์ และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

