

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ  
บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2566

THE EFFECT OF NEW NORMAL SELF AND FAMILY MANAGEMENT PROGRAM ON  
RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIOR OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY



Miss Parichat Yookong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing  
Faculty Of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
โดย	น.ส.ปรีฉัตร อยู่คง
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	นายแพทย์เมธีวัชร ชิตเดชะ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

-----  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)      คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

-----  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)      อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

-----  
(นายแพทย์เมธีวัชร ชิตเดชะ)      อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

-----  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ภาณิตร์รัตน์)      กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

ปริญญ์ อยุ่คง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ  
 ของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน. ( THE EFFECT OF NEW NORMAL SELF AND FAMILY  
 MANAGEMENT PROGRAM ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIOR OF PERSONS WITH  
 SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นพ.เมธี  
 วัชร ชิตเดชะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ  
 เปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ  
 ตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ 2) พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม  
 การจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 42 ครอบครัว แต่  
 ละครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด  
 ไทย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จับคู่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนให้มีอายุและระดับของ  
 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ใกล้เคียงกันแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ครอบครัว กลุ่มทดลอง  
 ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัย คือ  
 1) โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิต  
 เภทในชุมชน 3) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และ 4) แบบประเมิน  
 ความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ช่วยของผู้ดูแล เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย  
 ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .87, .81 และ .81 ตามลำดับ  
 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและ  
 ครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.67, p< .05$ )
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและ  
 ครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=9.38, p< .05$ )

สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 6372008436 : MAJOR PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

KEYWORD: SELF AND FAMILY MANAGEMENT PROGRAM, RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIOR,  
SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Parichat Yookong : THE EFFECT OF NEW NORMAL SELF AND FAMILY MANAGEMENT PROGRAM ON  
RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIOR OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. Advisor: Assoc.  
Prof. PENPAKTR UTHIS, Ph.D. Co-advisor: Mayteewat Chiddaycha, M.D.

The purpose of this quasi-experimental pretest-posttest control group research were to compare: 1) the relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in the community before and after received the new normal self and family management program, and 2) the relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in the community who received the new normal self and family management program and those who received regular nursing care. The sample were 42 families, each family consisted of persons with schizophrenia received out patient service at the psychiatric clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital and his/her family caregiver who met the inclusion criteria. The persons with schizophrenia were matched-pairs with their age and level of relapse prevention behavior and then randomly assigned to either the experimental or control group, 21 families in each group. The experimental group received the new normal self and family management program and the control groups received the regular nursing care. The research instruments were: 1) The new normal self and family management program, 2) questionnaire on relapse prevention behaviors of persons with schizophrenia, 3) scale on self management ability of persons with schizophrenia and 4) scale on caregiver's self and patient management ability. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> instruments was reported with Cronbach's alpha coefficients as of .87, .81 and .81 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-test.

The major findings were as follows:

1. Relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in community who received the new normal self and family management program was significantly higher than that before ( $t=12.67, p< .05$ ).

2. Relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in the community who received the new normal self and family management program was significantly higher than those who received regular nursing care ( $t=9.38, p< .05$ ).

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

Nursing

Academic Year: 2023 Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ นพ. เมธีวัชร ชิตเดชะ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด อันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเมตตา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา อีกทั้งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาและเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนา ตนเองเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าฝ่ายจิตเวช ศาสตร์ หัวหน้าพยาบาลคลินิกจิตเวช คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดาและมารดา ครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งใน ความสำเร็จครั้งนี้ รวมถึงเพื่อน พี่ และน้องร่วมสหวิชาชีพทุกท่านที่รัก เข้าใจ คอยให้กำลังใจและ สนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

ปริฉัตร อยู่คง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ณ	ณ
สารบัญภาพ.....ญ	ญ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 7	7
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 7	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 7	7
สมมติฐานการวิจัย..... 12	12
ขอบเขตการวิจัย..... 12	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 13	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 16	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 17	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท..... 18	18
2. แนวคิดการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภท..... 26	26
3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน..... 28	28
4. แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว..... 30	30
5. แนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศ..... 32	32

6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ .....	35
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	38
8. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	41
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	43
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	43
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	45
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	98
สรุปผลการวิจัย .....	105
อภิปรายผลการวิจัย .....	106
ข้อเสนอแนะ .....	113
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	114
บรรณานุกรม .....	115
ภาคผนวก .....	133
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	134
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง .....	136
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง) .....	141
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย และเอกสารแสดง ความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร .....	165





ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	181
ภาคผนวก ฉ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล....	184
ภาคผนวก ช จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	187
ภาคผนวก ซ ภาพประกอบกิจกรรม.....	191
ประวัติผู้เขียน .....	194



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางการบูรณาการแนวคิดสู่โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่.....	36
ตารางที่ 2 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ .....	61
ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ (n=21).	80
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ (n=21).....	82
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส .....	87
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	88
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด .....	89
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส.....	90
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย .....	91
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จิต เภท และผู้ที่ดูแลผู้ป่วย.....	92
ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายคู่.....	93
ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง.....	94

ตารางที่ 14 การคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง  
การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถี  
ใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....95

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ  
บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นราย  
ด้าน .....96

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ  
บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นราย  
ด้าน .....97



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	40
ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	84



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่พบบ่อย โดยมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มักจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น และเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555, 2558) และเป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่เรื้อรัง อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้คน 20 ล้านคนทั่วโลก โดยมีความชุก 0.5 – 1.5 รายต่อประชากร 100 คน (World Health Organization, 2015, 2019) สำหรับในประเทศไทย มีบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7,000,000 คน โดยเป็นบุคคลที่เป็นจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทพบร้อยละ 0.3 – 0.7 มีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30 – 34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และจากรายงานกรมสุขภาพจิตประจำปี พ.ศ. 2563 พบบุคคลที่เป็นจิตเภทสะสมทั่วประเทศจำนวน 55,811 คน จากบุคคลที่มารับบริการด้านจิตเวชสะสมจำนวน 265,202 คน คิดเป็นร้อยละ 21.04 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่เป็นจิตเวชโรคอื่น ๆ (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต, 2563) และจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทมาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น คือ 221, 235 และ 267 ราย ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.51, 7.15 และ 8.15 ของบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2562, 2563 และ 2564)

บุคคลที่เป็นจิตเภทในระยะเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะถูกจำหน่ายออกเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเพื่อลดและป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำ (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2559) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป่วยซ้ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยของบุคคลที่เป็นจิตเภทกลุ่มนี้ ดังผลการศึกษาของ Xiao et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 992 คน มีอัตราการป่วยซ้ำจำนวน 293 คน (ร้อยละ 33.4) และเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 165 คน (ร้อยละ 18.8) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ ญัฎฐ์วรรณ์ อเนกวิทย์ (2561) พบว่าอัตราการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาสารคามคิดเป็นร้อยละ 7.3 และรายงานของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประจำปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีการ Readmit ภายใน 180 วันหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 110, 104 และ 117 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2561, 2562 และ 2563) และจากข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในปี 2562, 2563 และ 2564 พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทซึ่งมีการ Readmit ในหอ

ผู้ป่วยจิตเวชภายใน 90 วัน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 2, 7 และ 11 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2562, 2563, 2564) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนว่าการป่วยซ้ำจำเป็นต้องมีการ Readmit ในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยครั้งยิ่งส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นและมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งทำให้แพทย์จำเป็นต้องมีการปรับยาให้สอดคล้องกับอาการปัจจุบันของบุคคลที่เป็นจิตเภทดังกล่าว

การป่วยซ้ำ คือ การที่บุคคลมีอาการกำเริบ ขาดการรักษาและมีการปรับยาภายใน 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล (Lader, 1995) และเป็นการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก หลังจากที่พฤติกรรมนั้น ๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Falloon, 1984) ซึ่งระยะเวลาที่นับว่ามีการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทนั้นอาจแตกต่างกันออกไป ระหว่าง 3 - 6 เดือน หรือ 90 -180 วัน โดยการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (low self-confidence) ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง มีข้อจำกัดที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและทักษะทางสังคม (สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559) และผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ เกิดความเครียด สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (Khalil et al., 2021) รู้สึกเป็นภาระนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางกาย (Henry, 2021) และผลกระทบต่อชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเภทที่อาจมีอาการรุนแรงขึ้น (WHO, 2022) และทำให้ประเทศชาติมีต้นทุนการรักษาที่สูงจากการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทป่วยซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Almond et al., 2004) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตามมาอย่างมาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องเพื่อลดการป่วยซ้ำและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Relapse prevention behavior) ตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลที่เป็นจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบจนเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำอีก โดยที่บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย (Meijel et al., 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไม่สามารถรับรู้อาการเตือนได้ และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังผลการศึกษาของ Beebe (2009) ในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 12 คน พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่มาตรวจตามนัด และมีการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาโดยการอยู่คนเดียว และผลการศึกษาของ กนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ (2562) พบว่า บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้มีการป่วยซ้ำภายใน 1 ปี และผลการศึกษาของ Haque et al. (2018) ในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบจำนวน 100 คน

พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ที่มีการกำเริบซ้ำมาจากปัญหาการขาดพฤติกรรมป้องกัน การป่วยซ้ำที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่จะมีการเผชิญปัญหาแบบการแสดงออกทางการกระทำและอารมณ์ เพื่อลดความตึงเครียดภายในจิตใจ และจากการศึกษาของ Kamrul et al. (2020) ซึ่งศึกษาในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 50 ราย พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทร้อยละ 3 ไม่สามารถรับรู้อาการเตือนและความตึงเครียดของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลาย ๆ เรื่อง เช่น Eticha et al. (2015) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการระบุนาฬิกาหรือความผิดปกติของตนเอง และมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้อง (Eticha et al., 2015) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lindstrom and Bingeors (2000) รวมทั้ง Dassa et al. (2010) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและขาดความเข้าใจในผลข้างเคียงของยา อีกทั้งขาดความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ Magliano et al. (1998) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้การยอมพ่ายแพ้ต่อปัญหาเพราะคิดว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน สามารถจำแนกเป็นสองปัจจัยหลัก ๆ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแล สำหรับปัจจัยด้านบุคคลนั้น จากผลการศึกษาของ Eisner et al. (2014) พบว่าปัจจัยเหตุที่ทำให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำล้วนมาจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการจัดการตนเองลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) ไม่สามารถรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ 2) ขาดความสามารถในการระบุนาฬิกาหรือความผิดปกติของตนเอง รวมถึงสัญญาณเริ่มต้นของการป่วยซ้ำได้ 3) ขาดความสามารถในการควบคุมกำกับการใช้ยาของตนเอง และ 4) ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือ สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลนั้น เนื่องจากผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมากที่สุด ดังนั้นการที่ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ จึงพบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง โดยเฉพาะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้อง (Betriz and Jek, 2019) ทั้งนี้มีงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่าการที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้และมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงกับบุคคลที่เป็นจิตเภท จะทำให้บุคคลที่เป็นจิตเภทละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจนเกิดอาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำตามมา (Haque et al., 2018; Kamrul et al., 2020; กชกร รัตน์ สมพร และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า หากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง จนอาจมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำตามมาได้ (ราตรี เครือวรรณ, 2553) ดังนั้น ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงเป็นสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดที่อาจส่งผลการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้

จากความเป็นมาและความสำคัญข้างต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสมและสามารถลดการป่วยซ้ำตามมาได้ โดย

ความสามารถในการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่มืออยู่หรืออำนาจในการใช้ความรู้ สติปัญญา ความเฉลียวฉลาดทั้งร่างกายและจิตใจของบุคคลที่จะกระทำในการจัดการตนเอง (Good, 1985) ซึ่งการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การรับรู้และการจัดการอาการเตือน การจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554) แต่ในปัจจุบันพบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนยังขาดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Correll et al., 2017) เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง (Stein-Parbury et al., 2012; Haiou Zou et al., 2014) และขาดการจัดการจากครอบครัว ดังที่ Dixon et al. (1999) พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทน้อยกว่าร้อยละ 7 ได้รับการจัดการโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) น่าจะสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดทักษะที่ถูกต้องในการจัดการตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ การป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดนี้เป็นแนวคิดใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นและใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังจากพฤติกรรมนั้น ๆ (ณัฐพร ใจงามและคณะ, 2560) แนวคิดนี้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้นและผลลัพธ์ระยะยาว โดยมุ่งเน้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว ทั้งนี้โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการจัดการอาการและการรับประทานยาให้คงที่สม่ำเสมอขณะอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ บทบาทของผู้ช่วยเหลือและบทบาทของผู้สนับสนุน (Grey et al., 2015) โดยให้การสนับสนุนผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การไปตรวจตามนัด และการลดความตึงเครียด (จิรากร กันทับทิม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2558) ซึ่งบทบาทของครอบครัวดังกล่าวจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำและทำให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ (Mamnuah, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลหรือครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ถูกต้อง ได้แก่ พิมพ์ชนก เทศเขียว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้นภายหลังจากการได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้นภายหลังจากการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของธงรบ เทียนสันต์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ (2556) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นภายหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวน



วรรณกรรมที่มีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ในผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งพบว่าสามารถจัดการกับปัจจัยเหตุของการป่วยซ้ำทั้งด้านตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยจากการศึกษาของ ญณัช บัวศรี และคณะ (2561) ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล วารีย์, นภาพัช แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสงสุข (2561) พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดเชื้อยื้อช่องท้องและความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้เพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัว และการศึกษาของ Arlene et al. (2018) ซึ่งศึกษาการใช้โปรแกรม HABIT ที่พัฒนามากจากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคจิตเภท และพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลงและมีการจัดการอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมฯ รวมทั้งการศึกษาของ Grey et al. (2010) พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวส่งผลให้ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง

นอกจากนี้ จากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เป็นจิตเภททั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้ 1) บุคคลที่เป็นจิตเภทซึ่งมีการติดเชื้อไวรัส COVID-19 อาจมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น เนื่องจากไวรัส COVID-19 อาจเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตโดยผ่านกลไกที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย 2) เกิดความวิตกกังวลจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัส COVID-19 เช่น ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยร่วมกับกระบวนการบำบัดรักษาที่ได้รับ เช่น การแยกกักตัว 3) เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากข้อปฏิบัติเรื่อง การเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการอยู่บ้านให้มากที่สุดเนื่องจากไปลดกิจกรรมการติดต่อทางสังคมตามปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่น้อยอยู่แล้ว รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนเรื่องรายได้และแหล่งบริการต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์และรับยาตามแผนการรักษาได้ 4) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากความเครียดในช่วงระยะเวลาของการระบาดโรค COVID-19 และ 5) ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยและไม่สามารถเข้าถึงสารเสพติดที่ต้องการหรือการบำบัดรักษาที่จำเป็นอาจนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวชในผู้ป่วย ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องมีการปรับระบบบริการจากเดิมตามวิถีเก่าซึ่งเป็นการให้บริการในลักษณะของการพบหน้ากันตามการนัดหมายของแพทย์ และมีการประเมินอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทตามบริบทของแต่ละบุคคล มาเป็นระบบบริการวิถีใหม่โดยเว้นระยะการนัดติดตามอาการผู้ป่วยให้นานมากขึ้น และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาอำนวยความสะดวกในเรื่องการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ให้บริการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้รับบริการที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย (โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์, 2563)

จะเห็นได้ว่าหนึ่งในผลกระทบของ COVID-19 ต่อบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน คือ การที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามแผนการรักษาเดิมที่ผ่านมาจึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาการขาดยาหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จนส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำในที่สุด ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การติดตามอาการทางจิต การติดตามการรับประทานยา และการสังเกตผลข้างเคียงของยาแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลย่อมมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจากสถิติดิจิทัลของประเทศไทย (2021) พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 69.5 ของจำนวนประชากร สำหรับแอปพลิเคชันที่ได้รับได้รับความนิยมมากที่สุดมาเป็นอันดับ 2 คือ Facebook รองจาก Youtube โดยมีผู้ใช้บริการถึง 47 ล้านคน เนื่องจากบริการของ Facebook นั้นมีการให้บริการอย่างครอบคลุม เช่น การติดต่อสื่อสาร ธุรกิจออนไลน์ การสร้างสื่อที่น่าสนใจ เป็นต้น (สมาคมเทคโนโลยีดิจิทัลไทย, 2020) ซึ่งการสื่อสารผ่าน Facebook เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวสามารถจัดการกับการป่วยซ้ำได้ นอกจากนี้ Facebook ยังสามารถแบ่งปันความรู้และสนับสนุนกำลังใจให้แก่ผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันผ่านกลุ่ม Facebook ส่งผลให้เกิดการหลอมรวมทัศนคติและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Yuni, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ John et al. (2018) พบว่าการใช้ Facebook ส่งผลให้มีการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรงได้ และจากการศึกษาของ ศิริมา สมตน ยุพิน อังสุโรจน์ และสุนิศา สุขตระกูล (2560) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่าน Facebook ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแม้ว่าจะมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey et al. (2015) มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันยังไม่พบการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคเรื้อรังผ่านทางออนไลน์

จากความเป็นมาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ในรูปแบบของการดำเนินการผ่านช่องทางกลุ่ม Facebook ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพ นัดหมายทำกิจกรรม และมอบหมายหน้าที่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวในการพัฒนาทักษะการจัดการตัวเองตามความต้องการการเจ็บป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการเผชิญปัญหา รวมถึงการพัฒนาทักษะของครอบครัวในการแสดงออกทางอารมณ์และการสนับสนุนดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งก่อให้เกิดประโยชน์ ได้แก่ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้นและทันทั่วถึง ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างเดินทางมารับบริการในช่วงที่มี

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 หรือโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทชุมชนไม่เกิดการป่วยซ้ำและสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุข

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แตกต่างกันหรือไม่

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และมีโอกาสกำเริบซ้ำดังผลการศึกษาของ Xiao et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 992 คน มีอัตราการกำเริบซ้ำจำนวน 293 คน (ร้อยละ 33.4) และเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 165 คน (ร้อยละ 18.8) ทั้งนี้โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะการดำเนินของโรคที่ค่อนข้างยาวนาน ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรืออุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ได้แก่ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับรู้และจัดการอาการเตือน และการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Beebe, 2009; Dassa et al, 2010; Eisner et al., 2014; Eticha et al., 2015; Lindstrom and Bingefors, 2000) รวมทั้งผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยและการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง (Haque et al., 2018; Kamrul et al., 2020; กชกร รัตนสมพร และคณะ, 2556) และในปัจจุบันพบว่าแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวในชุมชนมากขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ร่วมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยใช้การจัดการตนเองและครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำผ่านช่องทางออนไลน์จะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ดียิ่งขึ้นแม้มีข้อจำกัดจากการแพร่ระบาดของโรค

COVID-19 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว ครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Facebook มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ผ่านช่องทางของเทคโนโลยีสารสนเทศโดยใช้ Facebook ร่วมกับ Face to face แนวคิดนี้มองว่าครอบครัวมีอิทธิพลในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค, กระบวนการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ระยะสั้น/ผลลัพธ์ระยะยาว (Grey et al., 2015) ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คำนึงถึงปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคในบริบทของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง (ปัจจัยด้านตัวบุคคล) และความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และความสามารถในการจัดการอารมณ์ของตนเอง (ปัจจัยด้านผู้ดูแล) ในส่วนของกระบวนการจัดการตนเองนั้น ผู้วิจัยจัดกระทำโดยพัฒนาเป็นเนื้อหาในโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อขจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคหรือสาเหตุของการขาดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ระยะสั้นที่พึงประสงค์ คือ **พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003)** โดยคาดว่าผลลัพธ์ระยะยาวหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้วยตนเองอย่างเต็มใจ ถูกต้อง และอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถลดการป่วยซ้ำได้

งานวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำมิตินี้ด้านกระบวนการของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ด้วยการปรับปรุงเนื้อหาในโปรแกรมให้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยรูปแบบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยผ่านกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วย (Focus on illness need) โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning) และการเป็นเจ้าของตนเอง (Taking ownership) 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources) เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย (Health care)

ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านจิตสังคม (Social) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) และ 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition) เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการปรับปรุง (Adjusting) และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต (Integration with life) ซึ่งเนื้อหา (contents) ภายใต้กระบวนการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดทักษะในการจัดการตนเองในลักษณะต่าง ๆ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ซึ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที รวม 8 ครั้ง ดังนี้ 1) กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง 2) กิจกรรมประสบการณ์สู่เป้าหมาย 3) กิจกรรมความรู้สู่เป้าหมาย 4) กิจกรรมเตือนใจเรา 5) กิจกรรมรักษายา 6) กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา 7) กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต และ 8) กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 8 จะดำเนินการผ่านรูปแบบ Face to face ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 2-7 จะดำเนินการแบบกลุ่มครอบครัวด้วยการถ่ายทอดสดในรูปแบบวิดีโอผ่าน Facebook เพื่อสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างดำเนินกิจกรรม ในสัปดาห์แรกจะดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการต่อเนื่องกัน 7 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการใช้กลุ่ม Facebook ในการโพสต์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านหรือข้อคำถามให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลต้องเข้ามาตอบหรือรายงานผลการปฏิบัติทุกวันภายใต้โพสต์นั้น ในกรณีที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีปัญหารายบุคคลจะใช้กล่องข้อความช่องทางในการสนทนาแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้วิจัยอย่างรอบคอบ รวมทั้งกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้นำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนและกิจกรรมที่ดำเนินการในโปรแกรมซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และบอกถึงความต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (ญณัช บัวศรี และคณะ, 2561) รวมทั้งเกิดความตระหนักและความใส่ใจต่อโรคจิตเภทที่พร้อมจะดูแลตนเองร่วมกับผู้ดูแล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 “กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้สะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลโดยต้องบอกถึงความต้องการการดูแล การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงตระหนักและใส่ใจต่อโรคที่เป็นอยู่พร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ด้วยการสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับความต้องการและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเอง (Grey et al., 2015) ซึ่งผู้วิจัยจะมีการสร้างสัมพันธ์ภาพแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท การดูแลตนเอง ความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงความต้องการต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2** การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน (ญุณซ์ บัวศรี และคณะ, 2561) โดยมีการประเมินความรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยโดยเชื่อว่าความรู้และความเชื่อส่งผลกระทบต่อสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องประเมินพื้นฐานด้านความรู้และความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนแต่ละรายก่อนให้การดูแลเพื่อนำไปสู่การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแล และผู้วิจัย (ลักขณา ซอบเสียง, 2557) เช่น การสนับสนุนข้อมูลโดยการแจกคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและการติดตามอาการทาง Facebook หรือโทรศัพท์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 2 “กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการประเมินความรู้และความเชื่อเดิมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา (Rorden and Taft, 1990) ซึ่งผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งมีการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน ค้นหาสาเหตุการป่วยซ้ำ ระบุปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Meijel et al., 2003) โดยผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุก ๆ ขั้นตอนของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Friedman, 2003) ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการในการวางแผนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

**กิจกรรมที่ 3 “กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razail and Yahya, 1995) และการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น (วันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ เช่น ความเครียด การใช้สารเสพติด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นระหว่างกิจกรรมและมีคู่มือในเรื่องของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Grey et al., 2015; Meijel et al., 2003)

**กิจกรรมที่ 4 “กิจกรรมเตือนใจเรา”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการ

ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างดี (Grey et al., 2015) และจากการศึกษาของ Bernadette et al. (2020) พบว่าการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน มีการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ส่งเสริมการแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้ อาการเตือน และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวคอยสังเกตอาการผู้ป่วยและลดสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วย มีการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถรับรู้อาการเตือนและจัดการกับ อาการเตือนของตนเองได้ (Meijel et al., 2003)

**กิจกรรมที่ 5 “กิจกรรมรักษายา”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการส่งเสริมความสามารถในการใช้ ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยการส่งเสริมทักษะใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่าง ถูกต้อง (สุมิศา กุมลา และคณะ, 2564) ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้อง การ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับที่ผู้วิจัยสาธิตโดยใช้กับยาที่ ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบัน และผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่เป็น จิตเภทในชุมชนในการใช้ยาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องให้แก่บุคคลที่เป็น จิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล รวมทั้งสามารถป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (Meijel et al., 2003; เพชร คันธสายบัว และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

**กิจกรรมที่ 6 “กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการส่งเสริม ความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของ ครอบครัว โดยการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนมุมมอง ความคิด แก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย สามารถยับยั้งอารมณ์ และเลือกกระทำในสิ่งที่จำเป็นจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีตอบสนองต่อปัญหาอย่างเหมาะสม (วิลาสินี กำลิ่งมาก และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของครอบครัว การ ค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ใน การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามาช่วยลด ความเครียดให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจปัญหาของบุคคลที่เป็นจิต เภทในชุมชน และคาดหวังกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนลดลง (Hedge, Rao and Raguram, 2007) และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Meijel et al., 2003)

**ขั้นตอนที่ 3** การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วยเพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการ ตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน สามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข (ญณ์ช บัวศรี

และคณะ, 2561) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ดูแลทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือบุคคลที่เป็นจิตเภทในการจัดการด้านอารมณ์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ รวมถึงการจัดการถึงการปรับตัวของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการปรับตัวและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อจะได้คอยดูแลช่วยเหลือได้ตรงประเด็น ให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนตั้งเป้าหมายในชีวิต ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองที่ช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำด้วยตนเองโดยผู้วิจัยและผู้ดูแลทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายที่เหมาะสม (ลักขณา ชอบเสียง, 2558) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 7 “กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุก ๆ ขั้นตอนของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Friedman, 2003) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อติดตามการจัดการตนเองและสอบถามปัญหาของแต่ละครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค การร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหา และตั้งเป้าหมายใหม่ รวมทั้งให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการค้นหาและสนับสนุนส่วนดีของบุคคลที่เป็นจิตเภทเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างต่อเนื่อง (Meijel et al., 2003)

**กิจกรรมที่ 8 “กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ”** กิจกรรมนี้มีเป้าหมายในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้มีการโดยผู้วิจัยได้มีการนัดพบผู้ป่วยจิตเภทชุมชนและครอบครัวเพื่อติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวและความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

### สมมติฐานการวิจัย

- 1.พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
- 2.พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

**ประชากร** คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย และผู้ดูแลหลักของบุคคลกลุ่มนี้



**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 42 ครอบครัว แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลและบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนดังกล่าว จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

**ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา** ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลที่เป็นจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำอีก โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่พักและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย (Meijel et al., 2003) ดังนี้

1.การรับรู้อาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2.การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อน

3.การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) ซึ่งมีข้อคำถาม 14 ข้อ

**โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่** หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) ในองค์ประกอบที่ 2 คือ กระบวนการจัดการตนเอง มาพัฒนาเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเองในบริบทของครอบครัวให้สอดคล้องกับการบำบัดวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างจากอดีต โดยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติ การจัดการ และให้การบำบัดผ่านสื่อออนไลน์ (ราชบัณฑิตยสภา, 2563) ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการแบบกลุ่มครอบครัวครั้งละ 10 ครอบครัวและ 11 ครอบครัว ผ่านทาง Face to face และ Facebook ในทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ทั้งหมด 8 ครั้ง ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 45-60

นาที โดยในสัปดาห์แรกจะดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง และดำเนินการติดต่อกัน 7 สัปดาห์ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 :** กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผ่านรูปแบบ Face to face ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการแนะนำตนเองร่วมกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแล ชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม และเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา และการดูแลตนเอง และความต้องการเพิ่มเติม เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และเป็นการประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทักษะที่มีต่อโรคจิตเภท บริบทของครอบครัว และความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

**กิจกรรมที่ 2 :** กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการเพิ่มเติม การวางแผนเป้าหมาย การค้นหาแนวทางการแก้ไข ปัญหา และเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งให้ผู้ดูแลประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

**กิจกรรมที่ 3 :** กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้จ่ายที่ถูกต้อง และให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ การจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน และมีคู่มือในเรื่องของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

**กิจกรรมที่ 4 :** กิจกรรมเตือนใจเรา หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้และจัดการอาการเตือน พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจัดการอาการเตือนด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความรู้และทักษะที่ได้รับจากผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 5 :** กิจกรรมรักษายา หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้จ่ายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย โดยใช้กับยาที่ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบันและให้ผู้ดูแลช่วยเหลือบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัย

มอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนต้องมีैया และให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความรู้และทักษะที่ได้รับจากผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 6 :** กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการเผชิญปัญหา การสื่อสารอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นและวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลดความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและตนเอง จากนั้นผู้วิจัยมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดปัญหา และให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความรู้และทักษะที่ได้รับจากผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 7 :** กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 ผ่านรูปแบบ Facebook ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว และเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมที่ 8 :** กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 7 ผ่านรูปแบบ Face to face ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยได้มีการติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัว ความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

**บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน** หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยตามจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจุบันผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี มีคะแนนอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychotic Scale (BPRS) มีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทและหน้าที่ได้แก่ พ่อ/แม่ ญาติพี่น้องที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวจะได้รับเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยตามที่แพทย์นัด ได้แก่ การประเมินอาการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล รวมทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามอาการในกรณีที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด และประสานงานจัดส่งยาตามแผนการรักษาผ่านช่องทางร้านสะดวกซื้อ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเชิงกระบวนการทางการแพทย์และสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่และมีคุณค่า โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้การบำบัดแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลจากกระบวนการจัดการตนเอง โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยการเพิ่มศักยภาพของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในการป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุขและไม่มีการป่วยซ้ำ

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

4. เป็นการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน" ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญเป็นหัวข้อได้ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท
- 1.4 ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.6 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.7 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.8 การพยาบาลบุคคลที่เป็นจิตเภท

#### 2. แนวคิดการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภท

- 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ
- 2.2 ลักษณะของบุคคลที่เป็นจิตเภทที่ป่วยซ้ำ
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ
- 2.4 ผลกระทบการป่วยซ้ำ

#### 3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.3 การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

#### 4. แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการจัดการตนเองและครอบครัว
- 4.2 แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015)

#### 5. แนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศ

- 5.1 ความหมายของเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5.2 คุณลักษณะของเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5.3 องค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5.4 ความหมายของการสื่อสารออนไลน์
- 5.5 คุณลักษณะของการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์

## 5.6 Facebook (เฟสบุ๊ก)

### 5.7 ลักษณะของ Facebook (เฟสบุ๊ก)

## 6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

### 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

World Health Organization (2018) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา การรับรู้ตนเองและพฤติกรรม

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด บางรายพบอาการมีนงง สับสนร่วมด้วย ช่วงเวลาที่เป็น (ทั้งระยะ prodromal, active และ residual) นานกว่า 1 เดือนและน้อยกว่า 6 เดือน ในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีระยะอาการที่โรครากำลังเป็นมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอารมณ์ผิดปกติในบางช่วงที่มีอาการของโรคจิตเภท (active phase อย่างน้อย 1 เดือน) และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

มณฑนา กิจดิพีรชล และคณะ (2559) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และไม่ได้เป็นโรคทางกาย ความผิดปกติที่สมอง หรือได้รับพิษจากยาหรือสารเสพติด ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เป็นแล้วมักไม่หายขาดและมักมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ

### 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบของ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก โดยปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการนำทั้ง 2 ระบบนี้มาใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association., 2013) มีดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อย่างน้อย 1 อาการ ดังนี้ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) การพูดจาสับสนเนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรงคำถาม 4) พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมมากหรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic หรือ 5) อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัว

B. ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม

C. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด  
เกณฑ์การวินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (ICD-10) (WHO, 2015) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการนานกว่า 1 เดือน ดังนี้
  - ก. อาการหลงผิดทางความคิดและการรับรู้
  - ข. อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว
  - ค. มีการพูดแบบ disorganized เช่น derailment หรือ incoherence
  - ง. มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonia อย่างเห็นได้ชัด และ
  - จ. มีอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด ไม่กระตือรือร้น

ถ้ามีเพียงอาการเดียว ให้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทได้หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรือมีอาการประสาทหลอน แบบได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดโต้ตอบกัน 2. ไม่มีโรคทางสมองที่ชัดเจน และ 3. ไม่เกิดจากพิษยา หรือการถอนยา แพทย์ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีภาวะ mania หรือ depression และในการวินิจฉัยควรระบุว่าอาการและการดำเนินโรคเป็นแบบใด เช่น มีอาการต่อเนื่อง รวมถึงต้องต่อการรักษา

### 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (ICD-10) (WHO, 2015) ได้มีการจำแนกชนิดของโรคจิตเภทออกเป็น

9 ชนิด ได้แก่

- 1) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
- 2) โรคจิตเภทชนิดเฮบรีฟริติก (Hebephrenic Schizophrenia)
- 3) โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
- 4) โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
- 5) โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
- 6) โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenia Depression)
- 7) โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
- 8) โรคจิตเภทชนิดอื่น ๆ (Other Schizophrenia)
- 9) โรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

### 1.4 ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นมาจากหลาย ๆ สาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) ดังนี้

#### 1.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่

1.4.1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม ซึ่งจากการศึกษาและจากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้น

โอกาสสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) โดยพบว่ายีนที่ผิดปกติซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมคู่ที่ 6 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.4.1.2 ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมองซึ่งสมมติฐานเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทที่สัมพันธ์กับระบบสารชีวเคมีในสมองที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยโรคจิตเภทเกิดจาก dopamine hyperactivity จากการหลั่ง dopamine และจำนวน dopamine receptor มากเกินไป ซึ่งสัมพันธ์กับ positive symptoms โดยจากการศึกษาโดยใช้ PET scan พบ D2 receptor มีปริมาณเยอะขึ้นที่บริเวณ caudate nucleus และพบปริมาณของ dopamine มากขึ้นที่บริเวณ amygdala เป็นต้น (กันต์ธีร์ อนันตพงศ์, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวยังสอดคล้องกับเรื่องของ Dopamine Pathway ที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท โดย pathway ของ Dopamine ถูกแบ่งออกเป็น 4 pathway ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ Dopamine ที่ผิดปกติต่อการเกิดโรคจิตเภท โดยที่ Dopamine มีการทำงานในสภาวะปกติผ่าน pathway หลักดังนี้ 1) Nigrostriatal tract มี Dopamine หลั่งจาก substantia nigra ไปออกฤทธิ์กระตุ้นที่ตัวรับ D1 และ D2 ที่ striatum มีผลช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมี Dopamine ที่ต่ำผิดปกติมีผลทำให้เกิด parkinsonism 2) Mesolimbic tract มี Dopamine หลั่งจาก ventral tegmental area (VTA) ไปกระตุ้นตัวรับ D2 ที่ limbic system เช่น nucleus accumbens มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม การมี Dopamine ที่สูงผิดปกติมีผลส่งผลให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และก้าวร้าว 3) Mesocortical tract มี Dopamine หลั่งจาก VTA ไปกระตุ้นตัวรับ D1 ที่ prefrontal cortex มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และความคิด โดยการมี Dopamine ที่ต่ำส่งผลให้เกิดอาการด้านลบของโรคจิตเภท และความจำลดลง ไม่สามารถวางแผนและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม 4) Tuberoinfundibular tract มี Dopamine หลั่งจาก hypothalamus ไปกระตุ้นตัวรับ D2 ที่ pituitary gland มีผลควบคุมการหลั่งฮอร์โมน prolactin โดยการมี Dopamine ที่ต่ำผิดปกติส่งผลให้มีการหลั่ง prolactin มากขึ้น และการทำงานของ Dopamine ใน 3 pathway คือ nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract มีความสัมพันธ์กับระดับของ serotonin (5-HT) ใน Serotonin hypothesis โดยการมีระดับของ 5-HT ที่สูงจะมีผลไปกระตุ้นตัวรับ 5-HT<sub>2A</sub> ที่ dopaminergic neuron ส่งผลให้มีการหลั่ง Dopamine ลดลงใน 3 pathway ดังกล่าว นอกจากโรคจิตเภทยังสัมพันธ์กับ Norepinephrine ที่ทำงานมากเกินไป รวมทั้ง GABA, Glutamate และ Acetylcholine ที่ทำงานน้อยลง (น้ำผึ้ง โนริรัตน์, 2563)

1.4.1.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสมองของผู้ป่วยมี lateral และ third ventricle ที่โตและพบ cortical grey matter มี volume ที่น้อยลงและมีความสมมาตรลดลงของ temporal, frontal และ occipital lobe และ สมองส่วน amygdala, hippocampus และ parahippocampus มีขนาดเล็กลง (กันต์ธีร์ อนันตพงศ์, 2558)

1.4.1.4 ปัจจัยด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยพบความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ เช่น luteinizing และ follicle-stimulating hormone ที่ปริมาณลดลงซึ่งสัมพันธ์กับและระยะเวลาความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท และ negative symptoms ในโรคจิตเภทสัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองของ prolactin และ growth hormone (กันต์ธีร์ อนันตพงศ์, 2558)



### 1.4.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่

1.4.2.1 Psychoanalytic theories โดยตามทฤษฎีของ Sigmund Freud เชื่อว่ามีความผิดปกติของ mental development ของผู้ป่วย schizophrenia ตั้งแต่ระยะก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบประสาททำให้ ego function ของผู้ป่วยมีความผิดปกติแตกแยกและกลับสู่ช่วงวัยที่ ego ยังไม่ได้เกิดขึ้น หากไม่มี ego จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความขัดแย้งภายในและแรงขับเคลื่อนต่าง ๆ ก็แสดงออกเป็นอาการ psychotic ต่าง ๆ (Sadock, Sadock and Ruiz, 2009)

### 1.4.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Personality factors) ได้แก่

1.4.3.1 การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพที่ผิดปกติโดยเฉพาะในกลุ่ม Cluster A ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ Paranoid Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพแบบไม่วางใจในบุคคลอื่น ส่งผลให้มองวัตถุประสงค์ของพฤติกรรมของบุคคลอื่นในทางมุ่งร้ายกับตนเอง และบุคลิกภาพแบบ Schizoid Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพขาดสัมพันธ์ทางสังคม และพบว่าการจำกัดการแสดงออกทางอารมณ์ในระหว่างบุคคล และบุคลิกภาพแบบ Schizotypal Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพที่บกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภทที่มากที่สุด (Gray & Bjorklund, 2014)

### 1.4.4 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) ได้แก่

1.4.4.1 สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงมีผลต่อการกำเริบของโรค ได้แก่ การตำหนิ ทำที่ไม่เป็นมิตร หรือสู้กับผู้ป่วยมากเกินไป (Reddy & Keshavan, 2015)

1.4.4.2 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดีหรือมีการแสดงความห่างเหินทางอารมณ์ระหว่างคนในครอบครัวหรือครอบครัวแตกแยก รวมทั้งต้องสูญเสียพ่อแม่ตั้งแต่เด็ก (Reddy & Keshavan, 2015)

## 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการและอาการแสดงแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ (Johnson, 1993) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 อาการทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับการรับรู้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน และ

1.5.2 อาการทางลบ (Negative symptoms) ซึ่งผู้ป่วยจะไม่แสดงพฤติกรรม ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เฉยชา ซึมเศร้า

## 1.6 การดำเนินของโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2554) ดังนี้

ก. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธ์ภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแย่ลง โดยจะสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิมเก็บตัวอยู่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงเวลานั้นไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติ

ตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หาคะยะนี้ เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

ข. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

ค. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรกและบางรายมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ในระยะเวลาหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี โดยอาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ แยกตัว วิดกกังวล และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง และส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการด้านบวกจะลดลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบ

### 1.7 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุก่อให้เกิดโรคหลายสาเหตุ ดังนั้นการรักษาโรคจิตเภทจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยด้านร่างกายจะใช้การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนด้านจิตสังคมจะใช้วิธีการบำบัดต่าง ๆ เช่น จิตบำบัดรายบุคคล, พฤติกรรมบำบัด, ครอบครัวบำบัด และสิ่งแวดล้อมบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1.7.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment)

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ลดอาการทางจิตของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยหรือผู้อื่น ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ โดยทั่วไปยาต้านโรคจิตเภทชนิดแรกที่แนะนำ คือ ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการด้านบวกและอาการด้านลบได้ดี ได้แก่ olanzapine และ risperidone ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชอื่นร่วม เช่น ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย อาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตเภทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ 5-HT<sub>1A</sub> เพื่อหวังฤทธิ์ต้านอาการซึมเศร้าและฤทธิ์คลายกังวล เช่น aripiprazole หรือ quetiapine แต่ถ้าหากมีโรคร่วมอื่น เช่น โรคอ้วนควรหลีกเลี่ยงการใช้ clozapine หรือ olanzapine เป็นตัวแรก หรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา thioridazine, pimozide หรือ ziprasidone 2. ระยะคงสภาพ (stabilization phase) หลังจาก que ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไปและป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้ยาต้านโรคจิตเภทในชนิดและขนาดยาเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน 3. ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาหรือได้ remission แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 ปี, ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรงหรือต้องการรักษาควรได้รับยาตลอดชีวิต (กันตธีร์ อนันตพงศ์, 2558)

### 1.7.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ Electroconvulsive Therapy เป็นวิธีการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าที่มีความเข้มข้นต่ำไปกระตุ้นให้สารสื่อประสาทภายในสมองที่หลังผิดปกติได้กลับมาทำงานโดยสม่ำเสมอ เมื่อสารสื่อประสาทหลังอย่างต่อเนื้อแล้ว กระบวนการทำงานทางจิต อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ก็จะกลับสู่ภาวะปกติ ข้อดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า จะช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาอย่างรวดเร็ว สามารถคงสภาพไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ แต่มีผลข้างเคียงได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สูญเสียความจำชั่วคราว (กันต์ธีร์ อนันตพงศ์, 2558)

### 1.7.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

การรักษาด้านจิตสังคมมีประโยชน์ในแง่ของการป้องกันการป่วยซ้ำ พัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยมีการเสริมทักษะทางด้านอารมณ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และนำความรู้ทางด้านจิตสังคม และในส่วนของผู้ดูแลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติกับผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายและวิธีการดำเนินการบำบัดทางด้านจิตสังคมอาจขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่ง มีทั้งการบำบัดรายบุคคล รายครอบครัว และรายกลุ่ม โดยการบำบัดด้านจิตสังคมที่ส่วนใหญ่นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ จิตบำบัดรายบุคคล, พฤติกรรมบำบัด, ครอบครัวบำบัด และสิ่งแวดล้อมบำบัด (กรมสุขภาพจิต, 2551)

## 1.8 การพยาบาลบุคคลที่เป็นจิตเภท

บุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงควรมีบทบาทในการให้การพยาบาลที่ช่วยเหลือและสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนี้

### 1.8.1 ความหมายของการพยาบาลบุคคลที่เป็นจิตเภท

อพรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียวกัน นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคล หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

กนกวรรณ ลิ่มเจริญศรี (2558) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา

American Nurses Association (2012) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่มุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการประเมิน วินิจฉัย และรักษาปัญหาทาง

พฤติกรรม ความผิดปกติทางจิตเวชและโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งใช้การผสมผสานระหว่างศิลปะและวิทยาศาสตร์ผ่านตนเองเพื่อให้การพยาบาลที่หลากหลายและตอบสนองต่อความต้องการแต่ละบุคคล

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การพยาบาลบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นการกระทำในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู และให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางด้านจิตเวชและความเป็นศิลปะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมและวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี

### 1.8.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชุมชน

1. การประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชน (Assessment) เพื่อค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการประเมินจากลักษณะคำพูด อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564) รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยในการส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของชุมชน ได้แก่ ลักษณะและสถานภาพทางภูมิศาสตร์ของชุมชน ลักษณะของประชาชน ความเชื่อ ศาสนา อาชีพ แหล่งประโยชน์ในชุมชนนั้นอย่างเป็นระบบเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อว่าเป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการพิจารณาจะจึงต้องพิจารณาผลรวมของทั้งระบบเสมอ (Coffey & Hannigan, 2013; Koekkoek et al., 2012)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชนมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564) โดยมีแนวทางการปฏิบัติคือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน จำแนกความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคล และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมความรุนแรง ความเร่งด่วนของปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประสบการณ์ วัฒนธรรม และเพศ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมกับความต้องการ (Crowe, 2006) และพยาบาลควรบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตได้รับการวินิจฉัยปัญหา ความต้องการที่นำไปสู่การวางแผนแก้ไขเพื่อบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด (กรมสุขภาพจิตและสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่ คาดหวังหรือเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และกำหนดวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยลักษณะของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ควรบ่งชี้ถึงพฤติกรรมที่สังเกตได้ แสดงผลอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นไปได้ และเป็นปัจจุบัน รวมทั้งสามารถบอกแนวทางการประเมินผลด้วยเกณฑ์ที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลจะมีการวางแผนในการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และมีการชี้แจงให้ผู้ดูแลและมิตรระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) เป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตตามสภาพของปัญหา ความต้องการและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในชุมชน โดยครอบคลุมทุกมิติทางการพยาบาลและมุ่งเน้นการป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิเพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ของชุมชนเป็นการขจัดต่อต้าน และควบคุมสาเหตุที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ที่ร้ายแรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (Ilyas, Chesney, & Patel, 2017), การป้องกันในระดับทุติยภูมิเพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ มีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คือ การค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงอาการเจ็บป่วยทางจิตใจและช่วยเหลือรักษาโดยเร็วที่สุด กิจกรรมจึงต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตใจและระบบส่งต่อจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคและได้รับการบำบัดอย่างทันทั่วทั้งที่ และการป้องกันในระดับตติยภูมิ เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการอันเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ คือให้ข้อมูลปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตตามแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ทันสมัยผ่านช่องทางทางอินเทอร์เน็ต (Ebert, Cuijpers, Muñoz, & Baumeister, 2017) ซึ่งพยาบาลจะมีการให้คำแนะนำตามปัญหาของแต่ละบุคคลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหรือผู้ดูแลมาแทน เช่น การให้คำแนะนำในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน โดยเริ่มจากการค้นหาสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและขจัดสาเหตุนั้น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น และการขอความช่วยเหลือหาก (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564)

5. การประเมินผล (Nursing evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ ทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลบุคคล ครอบครัว ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตแต่ละราย โดยประชุมร่วมกับทีมสุขภาพในทุกสัปดาห์เพื่อวิเคราะห์หากวิธีแนวทางการปรับปรุงการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจะใช้กระบวนการทางการพยาบาลที่มีการนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของชุมชนโดยคำนึงถึงพื้นฐานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ โดยเริ่มจากการประเมินทั้งให้ส่วนของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวินิจฉัยปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากนั้นพยาบาลจะมีการวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่ คาดหวังหรือเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และกำหนดวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุ

วัตถุประสงค์การพยาบาล และลงมือปฏิบัติการพยาบาลที่โดยครอบคลุมทุกมิติทางการพยาบาลและมุ่งเน้นการป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ, ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ และมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงการพยาบาล

## 2. แนวคิดการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภท

การป่วยซ้ำเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่พฤติกรรมนั้น ๆ หยุดไประยะหนึ่ง ซึ่งการป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีแต่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้าและบอกระยะเวลา จำนวน อาการ และความเร็วที่เกิดขึ้นซ้ำได้ (Falloon, 1984; Birchwood and Spencer, 2001) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ หมายถึง การกลับมาเป็นซ้ำของโรคภายหลังจากการฟื้นตัวเป็นบางส่วน โดยเกิดขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Lader, 1995)

การป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and sundel, 1999) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในระยะก่อนเริ่มมีอาการของการป่วยซ้ำ (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000)

สรุปจากข้อมูลข้างต้นพบว่า การป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภท หมายถึง การที่บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดและพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ โดยมักมีอาการเกิดขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

### 2.2 ลักษณะของบุคคลที่เป็นจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายปัจจัยและเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการป่วยซ้ำมีได้เกิดขึ้นระยะใดระยะหนึ่ง แต่สามารถเกิดได้ในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2544) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทและมีการป่วยซ้ำ มีลักษณะดังนี้

- 2.2.1 การนอนหลับถูกรบกวน
- 2.2.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและซึมเศร้าบ่อย
- 2.2.3 ความอยากอาหารลดลง
- 2.2.4 แยกตัว
- 2.2.5 วิตกกังวล
- 2.2.6 ไม่มีสมาธิในการกระทำสิ่งต่าง ๆ

### 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ

2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส โดยการมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงกันข้ามการไม่มีคู่สมรสกลับส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า (เพชรี คันธสายบัว และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

2.3.2 ปัจจัยด้านความไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา มีผลข้างเคียงของยา ไม่เข้าใจการเจ็บป่วย (Fengchun et al., 2018; Gathaiya et al., 2017; Haque et al., 2018; Irshad et al., 2016; Lacro et al., 2002 ;Wei-fend et al., 2020; นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิศา สุขตระกูล, 2556)

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ การรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การไม่รับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ได้รับสารอาหารไม่ครบความเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ (Gathaiya et al., 2017; สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา, 2550) และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (เพชรี คันธสายบัว และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

2.3.4 ปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยผู้ดูแลขาดความรู้ในการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นจิตเภท และมีการแสดงอารมณ์อย่างสูงของผู้ดูแล (Bogojevic, Ziravac and Zigmund, 2015; Haque et al., 2018; Kamrul et al., 2020; กชกร รัตนสมพร และคณะ, 2556)

2.3.5 ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด โดยหากบุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและมีการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการทางจิตที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีความยากที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลให้มีการป่วยซ้ำ (Gray, Wykes and Gourmay, 2002)

## 2.4 ผลกระทบของการป่วยซ้ำ

### 2.4.1 ผลกระทบต่อตัวบุคคล

การป่วยซ้ำส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทที่อยู่ในประสบการณ์การเจ็บป่วยด้านภาวะหมดกำลังใจได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย (สุดาพร สติยยุทธการ, 2559) มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และการป่วยซ้ำแต่ละครั้งสามารถชะลอการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ (Kane, 2007) นอกจากนี้บุคคลที่เป็นจิตเภทจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลหรือครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย ส่งผลให้เกิดการจำกัดการเรียนรู้ที่สำคัญในการสื่อสารและทักษะทางสังคม (สุดาพร สติยยุทธการ, 2559)

### 2.4.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแล

ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท (Khalil et al., 2021) และเกิดความรู้สึกเป็นภาระนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากความเครียดส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง (Henry, 2021)

### 2.4.3 ผลกระทบต่อชุมชน

บุคคลในชุมชนเกิดความเครียดและความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเภทที่อาจมีอาการรุนแรงขึ้น (WHO, 2022) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานส่งผลต่อต้นทุนการรักษาที่สูง (Almond et al., 2004) รวมทั้งหากบุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการในระดับที่รุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองและทำ

ร้ายผู้อื่นจะเพิ่มมากขึ้น (Kane, 2007) จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศไป (สุดาพร สถิตยุทธการ, 2559)

### 3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

#### 3.1 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยสามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่มีมักจะแสดงออกในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Meijel et al., 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1.1 การรับรู้อาการเตือน โดยผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องมีการความตระหนักว่าอาการเตือนของโรคจิตเภทมีความสำคัญและเป็นข้อบ่งชี้การป่วยซ้ำ โดยมักพบอาการเตือนได้ 3 ระดับ (Meijel et al., 2003) ดังนี้

1. ระดับปกติหรือระดับคงที่ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังสามารถควบคุมและจัดการได้
2. ระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดกับกิจกรรมทางศาสนา ไม่หลับตั้งแต่ 1 คืนขึ้นไป ระวังคนรอบข้าง หรือไม่รับประทานอาหาร
3. ระดับรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความคิดกลัว หวาดระแวง คิดว่าตนเองสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้หรือมีอาการประสาทหลอน

3.1.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

3.1.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ การสังเกตอาการจากฤทธิ์ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง

จากนิยามข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถปฏิบัติตนในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่จะส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะมีการรับรู้อาการเตือนในระยะก่อนเริ่มมีอาการของตนเอง มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

#### 3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

3.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องของ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีการเผชิญปัญหาโดยการอยู่คนเดียวและใช้สารเสพติด ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Beebe, 2009) รวมทั้งขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการเตือน ซึ่งเป็นปัจจัยและอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Eisner et al, 2014)



3.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว โดยครอบครัวขาดความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงต่อผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง (Haque et al., 2018; Kamrul et al., 2020; กชกร รัตนสมพร และคณะ, 2556)

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นการปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยสามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่มักแสดงออกในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Meijel et al., 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน, การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่พัฒนาขึ้นโดยวัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ (2549) จากแนวคิดของ Meijel et al. (2003) โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ประเมิน ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วน 5 อันดับ มีข้อความ 14 ข้อ และแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้อาการเตือน คือ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแยกแยะอาการทางจิตทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนที่จะมีอาการทางจิตที่มากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยก่อนจะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ รวมทั้งมีการค้นหาแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือน

3. การใช้ยาที่ถูกต้อง คือ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยา

### 3.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยสัมพันธ์กับปัจจัยในเรื่องของการขาดความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม การที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง และขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ปัญหาการป่วยซ้ำมีความสำคัญอย่างที่ว่าพยาบาลจะต้องวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลต่อบุคคลที่เป็นจิตเภท คือ บทบาทการเป็นผู้ส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการใช้ยาอย่างถูกต้อง มีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และสังเกตการรับรู้อาการเตือนที่นำไปสู่การป่วยซ้ำ และบทบาทของพยาบาลต่อผู้ดูแล คือ บทบาทการเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมีขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการป่วยซ้ำ

#### 4. แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นและใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังจากพฤติกรรมนั้น ๆ (ณัฐรพี ใจงามและคณะ, 2560) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 ความหมายของการจัดการตนเองและครอบครัว

Creer (2002) ได้ให้ความหมายการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นกระบวนการ โดยบุคลากรที่มีสุขภาพมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการจัดการกับภาวะสุขภาพ และติดตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

Ryan and Sawin (2009) ได้ให้ความหมายการจัดการตนเองและครอบครัว หมายถึง ครอบครัว และผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลในการเกื้อหนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาศัยครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองและควบคุมโรคได้ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว และต่อมา Grey et al. (2015) ได้มีการปรับปรุงกรอบแนวคิดของการจัดการตนเองและครอบครัวให้มีความเฉพาะเจาะจงโดยมีการคำนึงถึงบริบทของโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และมีการระบุถึงพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการโรคเรื้อรังและผลลัพธ์ที่ชัดเจน ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว

สรุปจากข้อมูลข้างต้นพบว่า การจัดการตนเองและครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการร่วมกันรับผิดชอบและเกื้อหนุนซึ่งกันและกันในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวและสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

4.2 แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) มีกลวิธีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่

##### 4.2.1 บริบทด้านปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคในการจัดการตนเอง

4..2.1.1 คุณลักษณะเฉพาะของรูปแบบการใช้ชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะบุคคลและรูปแบบการใช้ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ภูมิความรู้ของผู้ป่วย ความเชื่อ อารมณ์ แรงจูงใจ และรูปแบบการใช้ชีวิตจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และสภาพบรรยากาศภายในครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีผลโดยตรงต่อผู้ป่วย การสร้างแรงจูงใจ ประสบการณ์การจัดการตนเองตลอดจนการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่จะเกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองการดูแลจากบุคคล

4.2.1.2 สถานะทางสุขภาพ ซึ่งสถานะทางสุขภาพแต่ละบุคคลครอบครัวจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโรคที่เกิดร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรงอาการและผลข้างเคียงของโรค การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อโรคที่เป็นอยู่ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนของการรักษา

4.2.1.3 แหล่งสนับสนุน ได้แก่ เศรษฐฐานะ และระบบสนับสนุนจากชุมชน

4.2.1.4 สภาพแวดล้อม ได้แก่ อาชีพ ที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมที่บ้าน

4.2.1.5 ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการ แนวทางการปฏิบัติระบบการดูแลต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

#### 4.2.2 กระบวนการจัดการตนเอง

4.2.2.1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของการเจ็บป่วย โดยสะท้อนการเรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพในการดูแลและตอบสนองต่อความเจ็บที่เกิดขึ้นและใส่ใจต่อโรคพร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงตามความเจ็บป่วยเพื่อจะได้จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ตรงประเด็น

4.2.2.2 การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการมุ่งเน้นที่ระบบการดูแลสุขภาพ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน มีการจัดระบบบริการตั้งแต่การเข้าถึงบริการ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินความรู้และความเชื่อ พยาบาลต้องประเมินพื้นฐานด้านความรู้และความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนให้การดูแลเพื่อนำไปสู่การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล พยาบาลต้องทำหน้าที่ให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมให้ความร่วมมือระหว่างบุคคลและครอบครัว

4.2.2.3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่จะส่งผลต่อโรคจิตเภท พยาบาลและครอบครัวทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดการด้านอารมณ์ การจัดการด้านการปรับตัวของผู้ป่วยและประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้ในการชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข และตั้งเป้าหมายในชีวิตในการจัดการตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

#### 4.2.3 ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองระยะสั้น

4.2.3.1 พฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เพียงพอ การสร้างแรงจูงใจ

4.2.3.2 การรับรู้ข้อบ่งชี้ทางชีวภาพ ได้แก่ การลดความเครียด การลดความรุนแรงของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.2.3.3 การจัดการอาการ ได้แก่ การจัดการตนเองเมื่อมีอาการเตือน

#### 4.2.4 ผลลัพธ์การจัดการตนเองระยะยาว

4.2.4.1 สภาวะสุขภาพ ได้แก่ อัตราการเกิดโรค อัตราการป่วยหรือเสียชีวิต

4.2.4.2 ผลลัพธ์ส่วนบุคคล ได้แก่ คุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพจิต

4.2.4.3 ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ได้แก่ คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่

4.2.4.4 ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และสิทธิประโยชน์

ผู้วิจัยได้มีการนำมิติด้านกระบวนการของ Grey et al. (2015) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วย (Focus on illness need) โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning) และการเป็นเจ้าของตนเอง (Taking ownership) 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources) เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย (Health care) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านจิตสังคม (Social) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) และ 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition) เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข โดยผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของการปรับปรุง (Adjusting) และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต (Integration with life)

## 5. แนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศ

เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นการนำความรู้ด้านวิทยาศาสตร์มาเป็นวิธีการปฏิบัติและประยุกต์เพื่อช่วยในการทำงานหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ อันก่อให้เกิดวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องจักรหรือแม้กระทั่งองค์ความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น การสร้างเครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสมเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ผ่านเครือข่ายทั้งในรูปแบบมีสายและไร้สาย (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 5.1 ความหมายของเทคโนโลยีสารสนเทศ

กมลรัฐ อินทรทัศน์ (2550) ได้ให้ความหมายของเทคโนโลยีสารสนเทศว่าเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสารสนเทศทำให้สารสนเทศมีประโยชน์ และใช้งานได้กว้างขวางมากขึ้น เทคโนโลยีสารสนเทศยังเอื้อประโยชน์ให้การสื่อสารกันและกันของมนุษย์ทำได้อย่างไร้ขีดจำกัด มากขึ้น ทั้งนี้อาจแบ่งประเภทของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออกเป็น 3 ประเภท คือ อินเทอร์เน็ต อินทราเน็ต และเว็บไซต์

อนันต์ ชูยิ่งสกุลทิพย์ และคณะ (2562) ได้ให้ความหมายของเทคโนโลยีสารสนเทศว่าเป็นเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารนับตั้งแต่การสร้าง การนำมาวิเคราะห์หรือประมวลผล การรับส่งข้อมูลข่าวสาร การจัดเก็บและการนำไปใช้ใหม่โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ซึ่งประกอบด้วย อุปกรณ์ (Hardware) ส่วนคำสั่ง (Software) ส่วนข้อมูล (Data) และระบบการติดต่อสื่อสาร เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์

สรุปเทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้เกิดวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดเก็บข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ การส่งผ่าน การสื่อสารสารสนเทศ การเข้าถึงสารสนเทศ การรับสารสนเทศ รวมถึงการสร้างสังคมด้านสารสนเทศ และการจัดการสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

## 5.2 คุณลักษณะของเทคโนโลยีสารสนเทศ

คุณลักษณะสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศ (สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2551) มีดังนี้

5.2.1 เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยเพิ่มผลผลิต ลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์และระบบสื่อสารเข้ามาช่วยส่งผลให้เกิดระบบอัตโนมัติ

5.2.2 เทคโนโลยีสารสนเทศเปลี่ยนรูปแบบการบริการเป็นแบบกระจาย เมื่อมีการพัฒนาระบบข้อมูล และการใช้ข้อมูลได้ดี การบริการต่าง ๆ จึงเน้นรูปแบบการบริการแบบกระจาย ผู้ใช้สามารถเข้าถึงบริการได้จากที่บ้านและสามารถสอบถามข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์

5.2.3 เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสิ่งที่จำเป็น สำหรับการดำเนินการในหน่วยงานต่าง ๆ ปัจจุบันทุกหน่วยงานต่าง ๆ พัฒนาระบบรวบรวมจัดเก็บข้อมูล โดยประเทศไทยมีระบบทะเบียนราษฎรที่จัดทำด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบเวชระเบียนในโรงพยาบาล ระบบการจัดเก็บข้อมูลในองค์กรทุกระดับเห็นความสำคัญที่จะนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในองค์กร

5.2.4 เทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวข้องกับคนทุกระดับ โดยพัฒนาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของคนเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดำเนินไปได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

## 5.3 องค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศ

องค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศประกอบขึ้นจากเทคโนโลยีสองสาขาหลัก คือ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคม โดยองค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศ (สถาบันส่งเสริมการสอน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2552) มีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถจดจำข้อมูลต่าง ๆ และปฏิบัติตามคำสั่งที่บอกเพื่อให้คอมพิวเตอร์ทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้คอมพิวเตอร์นั้น ประกอบด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่อเชื่อมกัน เรียกว่าฮาร์ดแวร์ (Hardware) และอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์นี้จะต้องทำงานร่วมกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์หรือที่เรียกกัน ว่าซอฟต์แวร์ (Software)

5.3.2 เทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคม เทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคมใช้ในการติดต่อสื่อสารรับ/ส่งข้อมูลจากที่ไกล ๆ เป็นการส่งของข้อมูลระหว่างคอมพิวเตอร์หรือเครื่องมือที่อยู่ห่างไกลกัน ซึ่งจะช่วยให้การเผยแพร่ข้อมูลหรือ สารสนเทศไปยังผู้ใช้ในแหล่งต่าง ๆ เป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็วถูกต้องครบถ้วนและทันการณ์ซึ่ง รูปแบบของข้อมูลที่รับ/ส่งอาจเป็นตัวเลข (Numeric Data) ตัวอักษร (Text) ภาพ (Image) และเสียง (Voice) เทคโนโลยีที่ใช้ในการสื่อสารหรือเผยแพร่สารสนเทศ ได้แก่ เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบโทรคมนาคมทั้งชนิดมีสายและไร้สาย เช่น ระบบโทรศัพท์, โมเด็ม, แฟกซ์, โทรเลข, วิทยุกระจายเสียง, วิทยุโทรทัศน์, คลื่นไมโครเวฟ และดาวเทียม เป็นต้น

#### 5.4 ความหมายของการสื่อสารออนไลน์

สกุลศรี ศรีสารคาม (2557) ได้ให้ความหมายว่าการสื่อสารออนไลน์หมายถึง การสื่อสารสองทางที่ใช้สื่อออนไลน์ในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับสารและเผยแพร่ข้อมูลต่อได้เป็นจำนวนมากจนก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและการรวมกลุ่มทางความคิดนำไปสู่การรวมทัศนคติและพฤติกรรม

Boyd & Ellison (2007) ได้ให้ความหมายว่าเครือข่ายสังคมออนไลน์ หมายถึง เครือข่ายที่ปัจเจกบุคคลได้สร้างข้อมูลส่วนตัวบนพื้นที่สาธารณะหรือกึ่งสาธารณะภายในระบบที่มีขอบเขตและมีการเชื่อมต่อรายการต่าง ๆ ของผู้ใช้ที่ยอมให้มีการแบ่งปันข้อมูลไปยังบุคคลต่าง ๆ ที่ติดต่อสื่อสารกัน รวมทั้งสามารถเข้าชมและกีดขวางในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ของบุคคล

สรุปจากข้อมูลข้างต้นพบว่า การสื่อสารออนไลน์ หมายถึง การสื่อสารสองทางที่ใช้สื่อออนไลน์ในการสร้างและเผยแพร่ข้อมูล และมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลจำนวนมากและก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

#### 5.5 คุณลักษณะของการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์

คุณลักษณะของการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์แบ่งออกเป็น 7 ประเภท (อารยา ลา น้ำเที่ยง และชมพูนุช ปัญญาไพโรจน์, 2557) คือ 1) ประเภทประกาศตัวตน, 2) ประเภทชอบในสิ่งเดียวกัน, 3) ประเภทสร้างและประกาศผลงาน, 4) ประเภทเครือข่ายเชื่อมต่อระหว่างผู้ใช้, 5) ประเภทเวทีทำงานร่วมกัน, 6) ประเภทประสบการณ์เสมือนจริง และ 7) ประเภทเครือข่ายประกอบอาชีพ

จากความนิยมเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่สามารถติดต่อสื่อสารเชื่อมโยงอย่างไร้พรมแดนได้ส่งผลให้เกิดบริการ Facebook ที่มีความสามารถในการสื่อสารเป็นอย่างมาก (एम โอภา, 2552)

#### 5.6 Facebook (เฟสบุ๊ก)

Facebook (เฟสบุ๊ก) เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ทรงอิทธิพลทางการสื่อสารอย่างไม่มีข้อจำกัดด้านระยะทาง ช่วงเวลา โอกาสในการเข้าถึงข้อมูล จำนวนข้อมูลผู้รับข่าวสาร ไปจนถึงการนำเสนอข้อมูลโดยทุกคนสามารถเป็นทั้งผู้รับสารและผู้ส่งสารในเวลาเดียวกัน มีการเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็วตามเวลาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Real Time) และผู้ใช้งานมักมีวัตถุประสงค์ในการใช้งานที่แตกต่างกันไป เช่น เพื่อการติดต่อสื่อสาร เพื่อความบันเทิง เพื่อให้กำลังใจ เป็นต้น (Quinn, 2016) ซึ่งลักษณะการทำงานของ Facebook (เฟสบุ๊ก) ประกอบไปด้วย การโพสต์ข้อความและโต้ตอบ การส่งต่อข้อมูลโดยการแชร์ การโทรออกและวิดีโอ การส่งข้อความส่วนตัว การเชื่อมต่อไปยังเครือข่ายสังคมออนไลน์อื่น ๆ การกีดกันการเข้าถึงข้อมูลจากบุคคลอื่น และการรับชมวิดีโอ (อัญยพัฒน์ วงศ์รัตน์, 2555) และมีประโยชน์ (ฐิติกานต์ นิธิอุทัย, 2554) ดังนี้ 1) สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรง 2) สามารถขยายและเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการใหม่ๆ 3) สร้างกิจกรรมต่างเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ 4) สามารถใช้เป็นบัตรเชิญให้ผู้ใช้บริการเข้าร่วมกิจกรรม 5) เสนอบริการใหม่ ๆ 6) เสนอรายการส่งเสริมการให้บริการ 7) ทำแบบสำรวจความคิดเห็น และ 8) ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการสื่อสาร

## 5.7 ลักษณะของ Facebook (เฟสบุ๊ก)

Facebook (เฟสบุ๊ก) เป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่สามารถแบ่งลักษณะการทำงานหลัก ๆ ออกเป็น 3 แบบ (ปวัตน์ เลาะห์วีร์, 2554) ดังนี้

5.7.1 Facebook Profile Page (เฟสบุ๊กโปรไฟล์เพจ) หรือ Facebook Profile Account (เฟสบุ๊กโปรไฟล์แอกเคาท์) คือ รูปแบบของเฟสบุ๊กที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและจะต้องมีเฟสบุ๊กโปรไฟล์เพจเป็นของตนเอง โดยเมื่อล็อกอินเข้าสู่ระบบ เฟสบุ๊กจะนำเข้าไปสู่หน้าที่เป็นหน้าหลักหรือหน้านิวฟีด (New Feed) ซึ่งเป็นหน้าที่สามารถมองเห็น ข้อความ รูปภาพ ของเพื่อนในเครือข่ายของผู้ใช้บริการได้

5.7.2 Facebook Fan Page (เฟสบุ๊กแฟนเพจ) คือ รูปแบบของเฟสบุ๊กที่จัดทำขึ้นเพื่อการใช้งานในเชิงธุรกิจและเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ โฆษณา แนะนำสินค้าหรือบริการ และการบริหารความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

5.7.3 Facebook group (เฟสบุ๊กกรุ๊ป) เป็นรูปแบบที่ถูกจัดขึ้นในลักษณะชุมชน (Community) หรือเว็บบอร์ด การใช้งานก็สามารถเข้าร่วมกลุ่มเป็นสมาชิกได้ โดยลักษณะของเฟสบุ๊กกรุ๊ปสามารถกำหนดได้ว่าเป็นแบบส่วนบุคคลหรือแบบสาธารณะ

สรุปเทคโนโลยีที่เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ Facebook (เฟสบุ๊ก) โดย Facebook (เฟสบุ๊ก) เป็นสื่อที่มีการให้บริการที่ครอบคลุม เช่น การสื่อสาร ความบันเทิง หรือการให้บริการต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศแบบไร้สายมาเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารโดยใช้ Facebook (เฟสบุ๊ก) ร่วมกับ Face to face ในการให้บริการโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ซึ่งดำเนินการแบบกลุ่มครอบครัวด้วยการถ่ายทอดสดในรูปแบบวิดีโอผ่าน Facebook เพื่อสังเกตปฏิกิริยาของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ 8 กิจกรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการใช้ Facebook group (เฟสบุ๊กกรุ๊ป) ในการโพสต์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โพสต์เพื่อมอบหมายการบ้านหรือข้อคำถามให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ เป็นต้น

## 6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) ผ่านรูปแบบ Face to face และ Facebook (Close Group) โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

6.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เป็นจิตเภท พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว

6.2 สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมให้สอดคล้องและครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล และสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

**ตารางที่ 1** ตารางการบูรณาการแนวคิดสู่โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015)	โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>1. การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย เป็นขั้นตอนการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะการเป็นเจ้าของความต้องการสุขภาพของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และบอกถึงความต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นรวมทั้งเกิดความตระหนักต่อโรคจิตเภทที่พร้อมจะดูแลตนเองร่วมกับผู้ดูแล</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย</p> <p><b>ครั้งที่ 1</b> กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง ซึ่ง ผู้วิจัยจะมีส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้สะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพ บอกถึงความต้องการการดูแลการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงตระหนักและใส่ใจต่อโรคพร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว เพื่อการสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับความต้องการและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามรายการนี้</p>
<p>2. การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว เป็นขั้นตอนการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน โดยมีการประเมินความรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยโดยเชื่อว่าความรู้และความเชื่อส่งผลกระทบต่อสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมและมีคู่มือในเรื่องของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว</p> <p><b>ครั้งที่ 2</b> กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยมีการส่งเสริมบุคคลที่เป็น จิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อประเมินความรู้และความเชื่อเดิมและเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยรวมทั้งให้ครอบครัวประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน</p> <p><b>ครั้งที่ 3</b> กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือนการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และนอกจากนี้ยังให้ความรู้เกี่ยวกับ</p>



แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015)	โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>3. การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย โดยการให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข</p>	<p>การจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนให้แก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย</p> <p><b>ครั้งที่ 4</b> กิจกรรมเตือนใจเรา ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตวิธีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนพร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสังเกตอาการเตือนและสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจัดการอาการเตือนเพื่อส่งเสริมความสามารถการจัดการกับอาการเตือน</p> <p><b>ครั้งที่ 5</b> กิจกรรมรักษายา ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้องพร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย โดยใช้กบยาที่ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบันและให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง</p> <p><b>ครั้งที่ 6</b> กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลดความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย</p> <p><b>ครั้งที่ 7</b> กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้นัดพบผู้ป่วยจิตเภทชุมชนและครอบครัวติดตามการจัดการตนเองและสอบถามปัญหาและอุปสรรคของแต่ละครอบครัว แก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมายใหม่ และส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นการปรับการจัดการและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง</p> <p><b>ครั้งที่ 8</b> กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนัดพบผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อติดตามผลลัพธ์</p>

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่ให้การสนับสนุนว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนยังคงขาดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและเกิดปัญหาการป่วยซ้ำตามมา โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

กชกร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรัชณีกร เกิดโชค (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 168 คน พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 ( $R^2 = .222$ ) โดยสมการทำนายสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ  $Z$  อาการทางจิต =  $0.211(\text{สถานภาพสมรส}) + 0.215(\text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง}) + 0.295(\text{การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว}) + 0.161(\text{การสนับสนุนทางสังคม})$

Gathaiya et al. (2017) ศึกษาปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทในประชากรจำนวน 209 คนที่รับรักษาในโรงพยาบาลมาทารี ประเทศเคนยา พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความไม่ร่วมมือใช้ยาและไม่มาตรวจตามนัด (ร้อยละ 67.9) เหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด (ร้อยละ 17.3) และการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 14.8) พบว่าอัตราการป่วยซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 58 – 97

Haque et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภททั้งที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 100 รายและไม่กลับเป็นซ้ำจำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่าอายุ เพศ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ อาชีพ และระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าสถานภาพการสมรสและสถานะทางเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่ามีส่วนการไม่ปฏิบัติตามการรักษาคือร้อยละ 80 และ 14 การอารมณ์ที่แสดงออกมาสูงคือร้อยละ 17 และ 2 และเหตุการณ์เครียดในชีวิตคือร้อยละ 10 และ 1 ในกรณีป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้ยังมีการศึกษาวิจัยนำการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท หรือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคจิตเภท โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ณัฐช บัวศรี, วรณี เดียววิศเรศ และจินตนา วัชรสินธุ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งศึกษาในผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว และพบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

มงคล วารีย์, นภาพชัย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสงสุข (2561) ศึกษาผลของการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหูช่องท้องของบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองวานรนิวาส จังหวัดสกลนครจำนวน 62 ครอบครัว ซึ่งใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัว และพบว่าภายหลังจากการได้รับการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหูช่องท้องของบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

วันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน โดยผู้วิจัยผู้วิจัยมีการใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและใช้เวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Meijel et al. (2006) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลางวันซึ่งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน โดยโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความรู้ในการจำแนกอาการเตือน ระยะประเมินระดับอาการเตือน และระยะจำแนกอาการเตือน และพบว่าภายหลังจากการให้โปรแกรม 1 ปี กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 12.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ป่วยซ้ำร้อยละ 26.2

**8. บทสรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการตนเองและครอบครัว พบว่าในการศึกษากลุ่มบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะมีการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการยอมรับการเจ็บป่วย มีการปรับตัวสามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เกิดการป่วยซ้ำ รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยพบปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยา มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัวและมีการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำในที่สุด ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ผ่านช่องทาง Face to face ร่วมกับ Facebook ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย (Focus on illness need)

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้างผ่านช่องทาง Face to face

- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล
- ประเมินความต้องการด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันผู้ป่วยซ้ำ

ขั้นที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)

ครั้งที่ 2 กิจกรรมประสบการณ์สู่ความรู้ผ่านช่องทาง Facebook

- ประเมินและให้ความรู้ ความเชื่อและตั้งเป้าหมายต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมายผ่านช่องทาง Facebook

- การให้ความรู้และแจกคู่มือในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมเตือนใจเราผ่านช่องทาง Facebook

- ส่งเสริมทักษะการจัดการอาการเตือน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมรักษายาผ่านช่องทาง Facebook

- ส่งเสริมทักษะใช้ยาที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสุขใจคลายปัญหาผ่านช่องทาง Facebook

- ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)

ครั้งที่ 7 กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิตผ่านช่องทาง Facebook

- การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 8 กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจผ่านช่องทาง Face to face

- การติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัว

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนตามแนวคิดของ

Meijel et al.(2003)

1. การรับรู้อาการเตือน
2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
3. การใช้ยาที่ถูกต้อง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)(Polit and Hungler, 1999) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

O1	x	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

O2 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน หลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

O3 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

O4 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน หลังให้การพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และผู้ดูแลหลักของบุคคลกลุ่มนี้

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 42 ครอบครัว แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลและบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนดังกล่าว จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

ตามแนวคิดของการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมในครั้งนี้มีการนำบุคคลที่เป็นจิตเภท 1 คน และผู้ดูแล 1 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

### 3. คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้จึงมีการนำบุคคลในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 1 คน และผู้ดูแล 1 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

#### 3.1 บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ไม่เกิน 36 คะแนน
- 2) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด
- 3) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
- 4) มี Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้และมีบัญชี Facebook
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 3.2 ผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร
- 2) เป็นผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
- 3) มี Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้และมีบัญชี Facebook
- 4) สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย

### 4. คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

- 4.1 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ 80% (Gray et al., 2015) โดยผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาของ ศิริมา สมตน และคณะ (2017) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.26 มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครั้ว ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปจะอาจทำให้ไม่สามารถอนุมานไปถึงประชากรได้ ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยของ ญุณัช บัวศรี และวรรณิ เตียววิศเรศ และจินตนา วัชรสินธุ์ (2561) ซึ่งดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคจิตเภท และใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.88 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 34 ครอบครั้ว ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับ Grove et al. (2012) ซึ่งแนะนำว่าในงานวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ งานวิจัยของ ญุณัช บัวศรี และวรรณิ เตียววิศเรศ และจินตนา วัชรสินธุ์ (2561) มาใช้อ้างอิงในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 ครอบครั้ว แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 17 ครอบครั้ว และกลุ่มควบคุม 17 ครอบครั้ว และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (Polit, D.F., 2010) ดังนั้นจะมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 ครอบครั้ว โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 ครอบครั้ว และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ครอบครั้ว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลต่อผลการวิจัย ได้แก่ อายุของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Hoffman, 1994; Hung et al., 2017) และระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

## ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากทีโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยประเมินคุณสมบัติของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครั้วตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และหากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยมีทั้งหมด 42 ครอบครั้ว

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท (Hoffman, 1994; Hung et al., 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับเดียวกัน

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ละคู่จนครบ 21 คู่ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ครอบครัว รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 42 ครอบครัว

**ตารางที่ 2** การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ (ปี)	ระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ	อายุ (ปี)	ระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
1	24	มาก	24	มาก
2	24	ปานกลาง	26	ปานกลาง
3	25	ปานกลาง	26	ปานกลาง
4	28	ปานกลาง	28	ปานกลาง
5	29	ปานกลาง	31	ปานกลาง
6	34	ปานกลาง	31	ปานกลาง
7	34	ปานกลาง	35	ปานกลาง
8	35	มาก	35	มาก
9	35	ปานกลาง	37	ปานกลาง
10	38	มาก	40	มาก
11	40	ปานกลาง	40	ปานกลาง
12	42	มาก	41	มาก
13	43	มาก	43	มาก
14	43	ปานกลาง	47	ปานกลาง
15	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง
16	49	ปานกลาง	48	ปานกลาง
17	52	มาก	48	มาก
18	53	ปานกลาง	50	ปานกลาง
19	56	ปานกลาง	54	ปานกลาง
20	56	ปานกลาง	54	ปานกลาง
21	59	ปานกลาง	56	ปานกลาง



**สรุปการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้**

1. อายุของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีอายุเท่ากัน จำนวน 5 คู่ และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี จำนวน 16 คู่
2. ระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พบว่ามีบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคู่มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับเดียวกัน โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในระดับปานกลางจำนวน 15 คู่ และระดับมากจำนวน 6 คู่ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้มีการคัดเลือกเข้าสู่การดำเนินการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 (เอกสารรับรองเลขที่ 0169/2023) และได้รับการอนุมัติในเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยจะเข้าพบบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา ตลอดจนแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และหากต้องการออกจากกรวิจัยก่อนที่จะดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้แทนโดยชอบธรรมที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกระหว่างการวิจัยผู้วิจัยสังเกตเห็นความผิดปกติหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มอย่างไม่ว่าจากสาเหตุใด ผู้วิจัยจะแจ้งผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการช่วยเหลือในทันที เมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015)
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่
  - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) พัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

## การสร้างเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือในการทดลอง

เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนในการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) และศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยนำมิติในด้านกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) ที่ได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาใช้ในการดำเนินการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย, การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว และการใช้ชีวิตกับสถานะการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การใช้จ่ายและผลข้างเคียงของยา พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำ การจัดการอาการเตือน ความเครียดและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง การสื่อสารอย่างเหมาะสม และผู้วิจัยได้ดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลผ่านช่องทาง Face to face ร่วมกับ Facebook (Closed Group) เป็นกลุ่มครอบครัวทั้งหมด 8 ครั้ง และกิจกรรมในแต่ละครั้งจะถูกจัดขึ้นในทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และในสัปดาห์แรกจะดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง และดำเนินการติดต่อกัน 7 สัปดาห์ โดยในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย (Focus on illness need)** เป็นการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดการจัดการตัวเองที่มุ่งเน้น

ตามความต้องการการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว เพื่อสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพ และบอกถึงความต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งเกิดความตระหนักต่อโรคจิตเภทที่พร้อมจะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง**

**ระยะเวลา : 60 นาที**

**กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล**

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Face to face**

**สาระสำคัญ**

การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน ยินดีที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการแนะนำตนเองและให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมและมีการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเองระหว่างกันและกัน รวมทั้งสะท้อนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และประเมินถึงความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวต้องการเพิ่มเติมเพื่อเป็นการประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทศนคติที่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวมีต่อโรคจิตเภท บริบทของครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)** เป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย**

**ระยะเวลา : 60 นาที**

**กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล**

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook**

**สาระสำคัญ**

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้วยการทบทวนปัญหาด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความ

ต้องการของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว การวางแผนเป้าหมาย การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคคลที่เป็นจิตเภท รวมทั้งให้ครอบครัวประกาศความสนับสนุนในการร่วมมือกันส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย**

**ระยะเวลา : 60 นาที**

**กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล**

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook**

**สาระสำคัญ**

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิด

ความเข้าใจซึ่งกันและกันและส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และนอกจากนี้ยังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทให้แก่ครอบครัว รวมทั้งความรู้เรื่องความเครียดและการใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นระหว่างการทำกิจกรรมและมีคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมเตือนใจเรา**

**ระยะเวลา : 60 นาที**

**กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล**

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook**

**สาระสำคัญ**

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป้องกันการป่วยซ้ำและมีการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว ส่งเสริมการแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือน และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวคอยสังเกต

อาการผู้ป่วยและลดสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในสามารถรับรู้อาการเตือนและจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้

#### **สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 : กิจกรรมรักษายา**

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

#### **สาระสำคัญ**

การส่งเสริมทักษะใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวมีทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย โดยใช้กับยาที่ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบันและให้ครอบครัวช่วยเหลือบุคคลที่เป็นจิตเภทในการใช้ยาอย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยจะมีการประเมินทักษะโดยการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมีการใช้ยาและให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสาธิตการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อประเมินความสามารถในการใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

#### **สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 6 : กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา**

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

#### **สาระสำคัญ**

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด แก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย สามารถยับยั้งอารมณ์ และเลือกกระทำในสิ่งที่จำเป็นจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการตอบสนองต่อปัญหาอย่างเหมาะสม และลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของครอบครัว การค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยลดความเครียดให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภท ส่งผลให้ครอบครัวสามารถเข้าใจปัญหาของบุคคลที่เป็นจิตเภทและคาดหวังกับบุคคลที่เป็นจิตเภทลดลง และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

**ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)** เป็นการให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 7 : กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต**

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

**สาระสำคัญ**

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีการตัดสินใจในทุก ๆ ขั้นตอนของการเจ็บป่วยร่วมกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไขปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของบุคคลที่เป็นจิตเภท เพื่อเป็นการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวและเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 8 : กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ**

ระยะเวลา : 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Face to face

**สาระสำคัญ**

การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้มีการโดยผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเพื่อติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวและความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ซึ่งประกอบด้วยแผนกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่และคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีการแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้วส่งให้กับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรมและมีความเหมาะสมของการใช้ภาษาก่อนนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปใช้จริง โดยประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ มีดังนี้ ประเด็นในกิจกรรมที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการใช้ Facebook ร่วมกับ Face to Face, ประเด็นในกิจกรรมที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม, ประเด็นในกิจกรรมที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มประเด็นความรู้เกี่ยวกับความเครียดและสารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท, ประเด็นในกิจกรรมที่ 6 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มประเด็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและปัญหาที่มักพบในบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล และประเด็นของคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการเพิ่มอาการ EPS ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านอาการทางจิตและเพิ่มเติมประเภทของยาที่เป็น First Generation Antipsychotic ที่พบในปัจจุบัน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่ปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ด้วยการดำเนินกิจกรรมจนครบ 8 กิจกรรม เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปใช้จริง ความเหมาะสมและชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของระยะเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการทดลองใช้ (Try out) โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ในบางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างประกอบคำพูดและมีการอธิบายขยายความในบางกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความเข้าใจได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถใช้ช่องทางการดำเนินกิจกรรมได้อย่างถูกต้องแต่ต้องใช้เวลาและได้รับคำอธิบายในการใช้ช่องทาง Facebook เพิ่มเติม อีกทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวันและเวลาที่กำหนดจนครบ 8 ครั้ง

ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่เป็นอุปสรรคระหว่างการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามในใบงานวิเคราะห์การป่วยซ้ำที่ต้องมีการอ่านเขียน และวิเคราะห์ ซึ่งบุคคลที่เป็นจิตเภทใน

ชุมชนและผู้ดูแลในบางครอบครัวอ่านและเขียนไม่สะดวก ผู้วิจัยจึงมีการอ่านให้ฟังและอธิบายแนวทางการเขียนใบงานเพิ่มเติม ร่วมกับการปรับขนาดของตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อการอ่านและการมองเห็นที่ชัดเจน สำหรับประเด็นในการตอบคำถามโพสต์ใน Facebook ในบางครอบครัวไม่สามารถพิมพ์ตอบในโพสต์ได้ ผู้วิจัยจึงมีการอธิบายและช่วยเหลือในการตอบโพสต์ของแต่ละครอบครัวเพิ่มเติม และประเด็นของผู้ดูแลที่สูงอายุและมีข้อจำกัดในการใช้ Facebook (เฟซบุ๊ก) เช่นไม่สามารถเปิดกล้องวิดีโอได้ หรือไม่สามารถกด CODE ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้วิจัยจึงมีการสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ดูแลคนอื่นที่บ้านที่สามารถใช้ Facebook (เฟซบุ๊ก) ได้และขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลคนดังกล่าวช่วยเหลือผู้ดูแลที่สูงอายุและมีข้อจำกัดในการใช้ Facebook (เฟซบุ๊ก) ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และผู้ที่ดูแลผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบุคคลที่เป็นจิตเภทเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) เพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำภายใน 6 เดือน และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้องตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วย 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านการรับรู้อาการเตือน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 – 5

ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6 – 9

ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 10 – 14

ข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามทางบวก โดยมีการกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด



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

ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14 - 70 คะแนน โดยมีการกำหนดความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

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

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ปรับปรุงไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งให้แก่ผู้ทรงคุณที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษา โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสมกับนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงใหม่
- 2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .85 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่แม้ว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ยอมรับได้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 9 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1-3 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำว่า "ท่านบอกกับตนเอง" เป็นคำว่า "ท่านมีสติรู้ตัว"

ข้อที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความจาก "ท่านยอมรับอาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผู้อื่น" เป็น "ท่านมีสติรู้ตัวหรือสังเกตอาการของตนเองได้เมื่อมีอาการทางจิตมากขึ้นหรือโรคที่ท่านเป็นอยู่แย่ลง"

ข้อที่ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความจาก "ท่านบอกกับตนเองเมื่ออาการทางจิตกำลังเริ่มเปลี่ยนแปลง" เป็น "ท่านมีสติรู้ถึงสาเหตุของปัญหาหรือความเครียดที่ทำให้อาการทางจิตของท่านมากขึ้น"

ข้อที่ 6 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความให้ชัดเจนขึ้นจาก "ท่านค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาอาการทางจิตด้วยตนเอง เช่น ศึกษาหนังสือ วารสาร แผ่นพับ ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โทรศัพท์ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตออนไลน์" เป็น "ท่านค้นหาวิธีที่จะจัดการสาเหตุของปัญหาหรือความเครียดเพื่อไม่ให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น เช่น ศึกษาหนังสือ วารสาร แผ่นพับ ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง"

ข้อที่ 7 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคลจาก "ท่านใช้เทคนิคต่างๆในการจัดกับปัญหาอาการทางจิต เช่น ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง" เป็น "ท่านค้นหาวิธีการบรรเทาปัญหาหรือผ่อนคลายความเครียดเพื่อไม่ให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น เช่น ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ ฟังเพลง"

ข้อที่ 8 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความสอดคล้องกับคำถามข้ออื่นจาก "เมื่อเกิดปัญหาอาการทางจิตท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ครอบครัว แพทย์ พยาบาล" เป็น "ท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ครอบครัว แพทย์ พยาบาล ในการบรรเทาปัญหาหรือผ่อนคลายความเครียดเพื่อไม่ให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น"

ข้อที่ 13 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำว่า "อาการทางจิตของท่านลดลง" เป็นคำว่า "อาการทางจิตของท่านดีขึ้น"

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อความดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อความมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ Meijel et al. (2003)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)** เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของบุคคลที่เป็นจิตเภทที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใน

ด้านความเที่ยง (Reliability) และพบสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 โดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นแบบประเมินที่เป็นเครื่องมือที่มาตรฐาน และมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้รับการส่งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่ ทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาคือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนต้องมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีระดับคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

#### 4. เครื่องมือกำกับการทดลองแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน** ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัว ตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อและเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-45 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเป็น 4 ระดับตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) ดังนี้

- ช่วงคะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองต่ำ
- ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองปานกลาง
- ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองสูง
- ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองสูงมาก

**เกณฑ์การกำกับการทดลอง** คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนต้องมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (31-45 คะแนน) จึงจะถือว่า ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยจะกำกับการทดลองทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 และกิจกรรมครั้งที่ 7 หากคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การทดลอง ดังนั้นผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลจะร่วมกันประเมินถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไขจนกว่าคะแนนของผู้ป่วยจะถึงเกณฑ์ที่กำหนด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งให้แก่ผู้ทรงคุณที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษา โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสมกับนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย  
คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงใหม่

2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย คำถามต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย

3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก คำถามต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่แม้ว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ยอมรับได้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันไม่หยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการพอ ๆ เดิม" เป็นคำว่า "ฉันไม่หยุดยาเองแม้จะไม่มีอาการหรืออาการดีขึ้น"

ข้อที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันสังเกตผลข้างเคียงจากยา เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หรือหน้ามืด" เป็น "ฉันคอยสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หรือหน้ามืด"

ข้อที่ 6 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ฉันจะบ้วนปาก จิบน้ำ หรือดื่มน้ำมะนาวบ่อย ๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น" เป็น "เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ฉันจะบ้วนปาก จิบน้ำเพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น"

ข้อที่ 8 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันสังเกตสัญญาณเตือนของการป่วยซ้ำ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดกกังวล เศร้า หมกมุ่นกับเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง" เป็น "ฉันคอยเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือน เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดกกังวล เศร้า หมกมุ่นกับเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง"

ข้อที่ 9 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "เมื่อฉันมีสัญญาณเตือนของการป่วยซ้ำ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดกกังวล ฉันจะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไว้และขอความ

ช่วยเหลือจากครอบครัว" เป็น "เมื่อฉันมีสัญญาณเตือนของการป่วยซ้ำ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดก กังวล ขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์"

ข้อที่ 13 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "เมื่อฉันมีปัญหาฉันจะแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นย่อย ๆ" เป็น "เมื่อฉันมีปัญหา ฉันพยายามคิดแก้ไขปัญหานั้นเป็นขั้นเป็นตอน"

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่ามีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล** ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัว ตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อและเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-45 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของครอบครัวเป็น 4 ระดับตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยต่ำ

ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยปานกลาง

ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยสูง

ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยสูงมาก

**เกณฑ์การกำกับการทดลอง** คือ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (31-45 คะแนน) จึงจะถือว่า ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยจะกำกับการทดลองทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 หากคะแนนการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การทดลอง ดังนั้นผู้วิจัย ผู้ป่วย และผู้ดูแลจะร่วมกันประเมินถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไขจนกว่าคะแนนของผู้ป่วยจะถึงเกณฑ์ที่กำหนด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งให้แก่ผู้ทรงคุณที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษา โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสมกับนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงใหม่

2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย คำถามต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย

3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก คำถามต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่แม้ว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ยอมรับได้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 4 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง" เป็น "ฉันดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง"

ข้อที่ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันสังเกตผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่" เป็น "ฉันสังเกตผลและอาการข้างเคียงจากยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่"

ข้อที่ 7 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อคำถามให้ชัดเจนขึ้นจาก "ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด โมโห หรือเกิดความเครียด" เป็น "ฉันจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตนเองเมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด โมโห หรือเกิดความเครียดได้เอง"

ข้อที่ 11 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามจาก "ฉันมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การเตรียมยา การช่วยผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพาไปตรวจตามนัดกับครอบครัวของฉัน" เป็น "ฉันมีการแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การเตรียมยา การช่วยผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพาไปตรวจตามนัดกับครอบครัวของฉัน"

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่ามีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ขั้นตอนกำกับการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยมีการเตรียมตนเองเพื่อให้มีความพร้อมต่อการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้ในด้านการวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัว รูปแบบการบำบัดบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยผ่านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทในการป้องกันการป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล

1.2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนและสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน คู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองดังกล่าว

1.3 ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการส่งเอกสารเพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอเอกสารรับรองและหนังสือเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงรองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกจิตเวชตึกภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียนบุคคลที่เป็นจิตเภทและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.5 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวที่มีปัญหาการป่วยซ้ำ รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจในแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและตรงกันกับผู้วิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อร่วมกันตรวจสอบเวชระเบียนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน แล้วนำข้อมูลมาพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ดูแลของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการป่วยซ้ำ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ให้แต่ละคู่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งทำการจับคู่ที่ละคู่จนครบ 21 คู่ และทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ครอบครัว

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 21 ครอบครัวและกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ครอบครัว ซึ่งในขั้นตอนของการดำเนินการทดลองมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง (Pre-test)



2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจตามที่แพทย์นัดหมาย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย และการติดตามอาการ การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหาเฉพาะในแต่ละบุคคลและครอบครัว

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง (Post-test)

## 2.2 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลผ่านช่องทาง Face to face ร่วมกับ Facebook (Closed Group) เป็นกลุ่มครอบครัวทั้งหมด 8 ครั้ง และกิจกรรมในแต่ละครั้งจะถูกจัดขึ้นในทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 45-60

นาที และในสัปดาห์แรกจะดำเนินการกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินการกิจกรรม 1 ครั้ง และดำเนินการติดต่อกัน 7 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** กำหนดการในการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

สัปดาห์	กิจกรรม	กลุ่ม	จำนวน ครอบครัว	วันที่	เวลา	สถานที่
1	1. กิจกรรม สัมพันธ์สรรค์ สร้าง	1	10	11 เม.ย. 66	13 - 14	รพ.จุฬาลงกรณ์
		2	11	11 เม.ย. 66	18 - 19	
1	2. กิจกรรม จาก ประสบการณ์ สู่เป้าหมาย	1	10	14 เม.ย. 66	13 - 14	Facebook (Closed group)
		2	11	14 เม.ย. 66	18 - 19	
2	3. กิจกรรม จากความรู้สู่ เป้าหมาย	1	10	18 เม.ย. 66	18 - 19	Facebook (Closed group)
		2	11	20 เม.ย. 66	18 - 19	
3	4. กิจกรรม เตือนใจเรา	1	10	25 เม.ย. 66	18 - 19	Facebook (Closed group)
		2	11	27 เม.ย. 66	18 - 19	

สัปดาห์	กิจกรรม	กลุ่ม	จำนวน ครอบครัว	วันที่	เวลา	สถานที่
4	5. กิจกรรม รักษา	1	10	2 พ.ค. 66	18 - 19	Facebook (Closed group)
		2	11	4 พ.ค. 66	18 - 19	
5	6. กิจกรรม สุขใจคลาย ปัญหา	1	10	9 พ.ค. 66	18 - 19	Facebook (Closed group)
		2	11	11 พ.ค. 66	18 - 19	
6	7. กิจกรรม ประยุกต์ใช้ใน ชีวิต	1	10	16 พ.ค. 66	18 - 19	Facebook (Closed group)
		2	11	18 พ.ค. 66	18 - 19	
7	8. กิจกรรม ผลลัพธ์ ประทับใจ	1	10	23 พ.ค. 66	09 - 09.45	รพ.จุฬาลงกรณ์
		2	11	23 พ.ค. 66	17 - 17.45	

มีรายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย (Focus on illness need) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดการจัดการตัวเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว เพื่อสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพ และบอกถึงความต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งเกิดความตระหนักต่อโรคจิตเภทที่พร้อมจะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Face to face

หลักการและเหตุผล

การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลส่งผลให้ผู้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน ยินดีที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการแนะนำตนเองและให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมและมีการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเองระหว่างกันและกัน รวมทั้งสะท้อนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และประเมินถึงความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวต้องการเพิ่มเติมเพื่อเป็นการประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทักษะคนที่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวมีต่อโรคจิตเภท บริบทของครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแล
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและรูปแบบของกิจกรรม
3. เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเอง

### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
3. แบบประเมินความสามารถจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล
4. กระดานไวท์บอร์ด
5. กระดาษฟลิปชาร์ต
6. ปากกาเมจิก
7. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้
8. ป้ายชื่อของบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล

### เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล
2. การเล่าประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเอง
3. การประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
4. การประเมินความสามารถจัดการตนเองและผู้ป่วยของครอบครัว

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแนะนำตัว จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน เวลา ช่องทาง สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการใช้ช่องทางดำเนินกิจกรรมผ่าน Facebook ร่วมกับ Face to Face เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและทราบถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งทดลองใช้ Facebook ในการเข้า Closed group เพื่อเตรียมดำเนินการกิจกรรมครั้งถัดไป (10 นาที)

2. ผู้วิจัยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเอาประสพการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองระหว่างกันและกันเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน (25 นาที)

3. ผู้วิจัยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแต่ละครอบครัวร่วมกันสรุปความต้องการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลงในกระดาษฟลิปชาร์ตโดยผู้ช่วยผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปรายในแต่ละครอบครัว (10 นาที)

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วย (5 นาที)

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกันลงในกระดานไวท์บอร์ด รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (10 นาที)

#### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัย โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่าง ๆ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนประสพการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเอง ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ดังนี้

"ป่วยด้วยโรคจิตเภทตอนเรียน ม. 2 ตอนนั้นถูกเพื่อน ๆ ล้อเลียนเรื่องรูปร่าง หน้าตา และรู้สึกท้อตันจากการเรียน และมีวันหนึ่งอยู่ดี ๆ ก็ได้ยินเสียงคนมาเรียกชื่อซ้ำ ๆ เสียงวน ๆ อยู่ในหัว และรู้สึกทรมานมาก เลยตัดสินใจบอกแม่ แล้วแม่ก็พามารักษาที่นี่ ระหว่างรักษาคุณหมอให้กินยาลดเสียงหูแว่วและยานอนหลับ และหนูก็พยายามกินยาตามที่คุณหมอสั่งและมาพบคุณหมอทุกครั้ง แล้วเสียงนั้นก็ค่อย ๆ หายไป"

ตัวอย่างการสนทนาของผู้ดูแลมีดังนี้

"ตอนนั้นที่คุณแม่รู้ก็คือ ลูกมาบอกว่ามีใครก็ไม่รู้มาเรียกบ่อย ๆ รู้สึกรำคาญ คุณแม่ก็เลยรู้ทันที่ว่าเสียงนั้นไม่มีอยู่จริง แล้วรีบพาลูกมารักษาที่นี่ทันที ระหว่างที่รักษา คุณแม่จะเป็นคนจัดยาให้ลูกทานตลอดและพามาพบคุณหมอตลอดทุกครั้ง ลูกก็ดีขึ้นเป็นระยะ"

3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันสรุปความต้องการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างความต้องการ เช่น

"ความต้องการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง, ความต้องการในการจัดการเดือน และความต้องการเพิ่มทักษะในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน"

4. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วย โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนร้อยละ 80 มีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลร้อยละ 80 มีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

5. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"กิจกรรมครั้งนี้พยาบาลได้ทำการประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัวและได้รับรู้เรื่องราวของแต่ละครอบครัวว่าแต่ละครอบครัวก็มีปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งผมขอเป็นกำลังใจให้กับทุก ๆ ครอบครัวนะคะ"

**ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)** เป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย**

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

**หลักการและเหตุผล**

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้วยการทบทวนปัญหาด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว การวางแผนเป้าหมาย การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกับบุคคลที่เป็นจิตเภท รวมทั้งให้ผู้ดูแลประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ผ่านมา

2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาการป่วยซ้ำ
3. เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. ใบงานวิเคราะห์การป่วยซ้ำ
3. ปากกา
4. โปสต์หัวข้อการวางแผนประสบการณ์ใหม่โดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใน Facebook
5. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้

#### เนื้อหา

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
2. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
3. การประเมินความสามารถในการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (10 นาที)
2. ผู้วิจัยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ผ่านมา โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะมีการสรุปประเด็นการอภิปรายในแต่ละครอบครัว (25 นาที)
3. ผู้วิจัยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลแต่ละครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์และสรุปสาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวผ่านใบงานวิเคราะห์การป่วยซ้ำ (15 นาที)
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (10 นาที)
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีการตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมร่วมกันโดยแสดงความคิดเห็นผ่านโปสต์หัวข้อการวางแผนประสบการณ์ใหม่เพื่อ

ประเมินความสามารถในการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล (5 นาที)

### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่าง ๆ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ผ่านมา ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนา ดังนี้

"เคยมีการป่วยซ้ำ 1 รอบ ตอนนั้นรู้สึกว่าคุณดีขึ้นแล้วไม่ต้องกินยาเยอะ เลยตัดสินใจลดยาจากเดิมที่เคยกิน 4 เม็ดต่อวันเหลือ 2 เม็ดต่อวัน อยู่มาวันหนึ่งเรารู้สึกว่าเราหงุดหงิดง่าย ไปตลาดแล้วรู้สึกว่ามีคนพูดถึงเราตลอดเวลา พ่อเราเห็นว่าเราหงุดหงิดมากขึ้นเลยพาเรามาพบคุณหมอ แล้วคุณหมอก็เพิ่มยาให้เรา หลังจากนั้นเรารู้เลยว่าเราจะไม่ลดยาเองเด็ดขาด"

3. บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลแต่ละครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์และสรุปสาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวผ่านใบงานวิเคราะห์การป่วยซ้ำ ซึ่งมีตัวอย่างการสรุป ดังนี้

"สาเหตุการป่วยซ้ำ คือ การลดยาเองและไม่ยอมรับว่าตนเองอาการแย่ลง เลยก่อให้เกิดปัญหาการกินยาไม่ต่อเนื่องและจัดการกับอาการที่แย่ลงไม่ได้ ครอบครัวเราจึงต้องการทักษะในการจัดการกับอาการที่แย่ลงและการย้ำเตือนว่าไม่ควรปรับยาเอง"

4. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนา ดังนี้

"กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดีครับ ได้รู้ว่าสาเหตุของการป่วยซ้ำคืออะไรและได้รับรู้ประสบการณ์ของการป่วยซ้ำของคนอื่น ๆ ด้วย ทำให้ผมรู้ว่าไม่ได้มีแค่ผมที่เป็นคนเดียว"

5. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลร่วมมือแสดงความคิดเห็นผ่านโพสต์หัวข้อการวางแผนประสบการณ์ใหม่เพื่อประเมินความสามารถในการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

### หลักการและเหตุผล

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และ นอกจากนี้ยังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนให้แก่ครอบครัว รวมทั้งความรู้เรื่องความเครียดและการใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นระหว่างการทำนิตกิจกรรมและมีคู่มือในเรื่องของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและจัดการอารมณ์ของตนเอง
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. เกม Kahoot ทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการอารมณ์
3. คู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
4. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้

### เนื้อหา

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้องแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนแก่ผู้ดูแล
3. การประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำผ่านเกม Kahoot ทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการอารมณ์

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้



เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (5 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้จ่ายที่ถูกต้อง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับความเครียดและสารเสพติดแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล (20 นาที)

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนแก่ผู้ดูแล (15 นาที)

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเล่นเกม Kahoot เพื่อทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (15 นาที)

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย และผู้ช่วยผู้วิจัยจะมีการอธิบายเนื้อหาของคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการประกอบกิจกรรมในครั้งถัดไป พร้อมทั้งนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (5 นาที)

#### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือ สนใจ รับฟัง และกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมทุกคน โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามในเกมส์ Kahoot ถูกต้องร้อยละ 80

3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"กิจกรรมนี้ทำให้พี่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำ ถือว่าเป็นประโยชน์กับพี่มาก ๆ ค่ะ"

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมเตือนใจเรา

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

#### หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป้องกันการป่วยซ้ำและมีการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

และครอบครัว ส่งเสริมการแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้ อาการเตือน และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวคอยสังเกตอาการบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและลดสิ่ง กระตุ้นที่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน สามารถรับรู้อาการเตือนและจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถฝึกติดตามอาการเตือนและวางแผนการจัดการกับอาการเตือนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดทักษะการจัดการอาการเตือนด้วยตนเอง

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมิน Checklist ขั้นตอนการรับรู้และการจัดการอาการเตือน
3. แบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของฉันทันทีในการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว
4. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้
5. VDO สถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีอาการเตือน

#### เนื้อหา

1. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
2. การฝึกทักษะการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
3. การประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนผ่านสถานการณ์สมมติที่ผู้วิจัยมอบหมาย

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลและลึกถึงความรู้และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งเปิดคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม (10 นาที)

3. ผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับการสำรวจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง ณ ขณะนั้น การรับรู้ แยกแยะ และการจัดอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล (15 นาที)

4. ผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและการจัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นแก่ผู้ดูแล (10 นาที)

5. ผู้วิจัยมอบหมายสถานการณ์สมมติผ่าน VDO สถานการณ์เมื่อบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน มีสัญญาณของอาการเตือน พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลร่วมกันสาธิตการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยมอบหมาย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกขั้นตอนการแก้ไขปัญหาตาม Checklist ขั้นตอนการรับรู้และการจัดการอาการเตือน (15 นาที)

6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำกรณีย์หมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (5 นาที)

### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน
2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการรับรู้และจัดการอาการเตือนได้ร้อยละ 80 และให้ความสนใจในรับฟังคำแนะนำเพิ่มเติมหลังจากการสาธิตได้
3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"ครั้งนี้ทำให้ผมได้เห็นภาพของอาการเตือนชัดมากขึ้น และได้เห็นถึงวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน เพราะเวลาผมอยู่บ้านบางทีผมอยู่คนเดียว ผมก็ไม่แน่ใจว่าอันไหนคืออาการเตือนอันไหนคือนิสัยของผม พอผมได้ดูวิดีโอผมก็ทำให้ผมพอเข้าใจมากขึ้นครับ"

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 : กิจกรรมรักษัษยา

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

### หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมทักษะใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวมีทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย โดยใช้กับยาที่ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบันและให้ครอบครัวช่วยเหลือบุคคลที่เป็นจิตเภทในการใช้ยาอย่างถูกต้องจากนั้นผู้วิจัยจะมีการประเมินทักษะโดยการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมีใช้ยาและให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน

สาริตการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อประเมินความสามารถในการใช้อย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้ในใช้อย่างถูกต้องและการจัดการกับผลข้างเคียงจากยา

2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการกับผลข้างเคียงจากยา

3. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดทักษะการใช้อย่างถูกต้องและเกิดทักษะในการจัดการกับผลข้างเคียงจากยา

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมิน Checklist ขั้นตอนการใช้อย่างถูกต้อง
3. คู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
4. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้
5. VDO สถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนต้องมีการใช้ยา

#### เนื้อหา

1. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงของยากับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
2. การฝึกทักษะการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงของยาให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
3. การประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงของยาผ่านสถานการณ์สมมติที่ผู้วิจัยมอบหมาย

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (5 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงของยาให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลระลึกถึงความรู้และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งเปิดคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัว

เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม (10 นาที)

3. ผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับการจัดยาและการหยาด้วยตนเอง และจัดการกับผลข้างเคียงของยาให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล (20 นาที)

4. ผู้วิจัยมอบหมายสถานการณ์สมมติผ่าน VDO สถานการณ์เมื่อผู้ป่วยต้องมีการใช้ยาและเกิดผลข้างเคียงจากยา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสาธิตการใช้ยาอย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงจากยาตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยมอบหมาย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกขั้นตอนการแก้ไขปัญหาในแต่ละครอบครัวตาม Checklist ขั้นตอนการใช้ยาอย่างถูกต้อง (15 นาที)

5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (5 นาที)

### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน
2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการใช้ยาอย่างถูกต้องได้ร้อยละ 80 และให้ความสนใจในรับฟังคำแนะนำเพิ่มเติมหลังจากการสาธิตได้
3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้ "กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ๆ ทำให้คุณพ่อได้เห็นถึงความสำคัญของการทานยาอย่างต่อเนื่องและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเบื้องต้นก่อนที่จะมาพบคุณหมอ เพราะว่าคุณพยาบาลมีการให้คู่มือตัวอย่างทำให้คุณพ่อเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น"

### สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 6 : กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

### หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด แก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย สามารถยับยั้งอารมณ์ และเลือกกระทำในสิ่งที่จำเป็นจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีตอบสนองต่อปัญหาอย่างเหมาะสมและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของครอบครัว การค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีช่วยลดความเครียดให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภท ส่งผลให้ครอบครัวสามารถเข้าใจปัญหาของบุคคลที่เป็นจิตเภทและคาดหวังกับบุคคลที่เป็นจิตเภทลดลง และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้ในการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดทักษะการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมิน Checklist ขั้นตอนการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
3. คู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
4. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้
5. VDO สถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีปัญหาระหว่างการดำเนินชีวิต

#### เนื้อหา

1. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
2. การฝึกทักษะการใช้การเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
3. การประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมผ่านสถานการณ์สมมติที่ผู้วิจัยมอบหมาย

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และปัญหาส่วนใหญ่ที่มักพบในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลได้ระลึกถึงความรู้และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งเปิดคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม (10 นาที)
3. ผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น การค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้ง

ค้นหาแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล (10 นาที)

4. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแล (10 นาที)

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลดู VDO สถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีปัญหาระหว่างการดำเนินชีวิต และมอบหมายให้แต่ละครอบครัวสาธิตวิธีการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมร่วมกัน (20 นาที)

6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (5 นาที)

### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน
2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมได้ร้อยละ 80 และให้ความสนใจในรับฟังคำแนะนำเพิ่มเติมหลังจากการสาธิตได้
3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"ครั้งนี้ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มาก ๆ เพราะว่าในชีวิตคนเราทุกคนต้องมีปัญหาอยู่แล้ว กิจกรรมนี้ที่ได้วิธีการเผชิญปัญหาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิธีจินตนาการบำบัดและการ Check-in กับตนเองเพื่อเรียกสติทุกครั้งก่อนที่จะแก้ไขปัญหา"

**ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสถานะการเจ็บป่วย (Living with the condition)** เป็นการให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข

**สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 7 : กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต**

ระยะเวลา : 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Facebook

### หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลมีการตัดสินใจในทุก ๆ ขั้นตอนของการเจ็บป่วยร่วมกันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละ

ครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไขปัญหารวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินความสามารถของบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาและอุปสรรคของการจัดการตนเองและครอบครัว
3. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิดทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อมีการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

### ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
3. แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล
4. โฟสต์ Facebook หัวข้อเรื่องปรับให้เข้ากัน
5. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้

#### เนื้อหา

1. การติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว
2. การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน และวางแผนการแก้ไขปัญหาของการจัดการตนเองและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
3. การส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของบุคคลที่เป็นจิตเภท
4. การประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
5. การประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของครอบครัว

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยให้มอบหมายให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายประโยชน์ ปัญหา และอุปสรรคจากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการอภิปรายของแต่ละครอบครัว (15 นาที)
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหามานการโพสต์ Facebook หัวข้อเรื่องปรับให้เข้ากัน (15 นาที)



4. ผู้วิจัยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของกันและกัน โดยการอภิปรายในหัวข้อ “ความประทับใจของกันและกัน” โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการอภิปราย (15 นาที)

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (5 นาที)

6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (5 นาที)

### การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน
2. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายประโยชน์ ปัญหา และอุปสรรคจากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

*"หลังจากที่นำความรู้ที่พยาบาลให้ไปใช้ ผมรู้สึกที่ตัวเองใจเย็นขึ้น จากที่เคยหัวร้อนเวลาขับรถหรือมีปัญหา ผมรู้สึกที่พอได้ใช้วิธีที่พยาบาลแนะนำแล้วดีขึ้นแต่อาจจะยังมีบ้างที่ไปเจอสถานการณ์ใหม่แล้วหงุดหงิดแต่ก็ลดลงครับ"*

3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของกันและกัน โดยการอภิปรายในหัวข้อ “ความประทับใจของกันและกัน” ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

*"คุณพ่อประทับใจเขาตรงที่ว่าเขารู้ เขาพยายามใช้ชีวิตและพยายามนำความรู้และทักษะที่พยาบาลมอบให้ไปใช้จริง ๆ"*

4. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

*"ทำให้หนูได้รู้ว่าพอเราได้รับความรู้และฝึกทักษะจากที่พยาบาลแล้วแต่เวลาใช้จริง ๆ อาจจะต้องมีการปรับเยอะ ต้องฝึกบ่อย ๆ ค่ะ พอหนูรู้สึกที่หนูหงุดหงิดหนูก็จะ Check-in กับตัวเองค่ะ"*

5. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทุกคนมีการปฏิบัติตามข้อคำถามในแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมากกว่าร้อยละ 80

6. ผู้ดูแลทุกคนมีการปฏิบัติตามข้อคำถามในแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมากกว่าร้อยละ 80

### สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 8 : กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ

ระยะเวลา : 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Face to face**

**หลักการและเหตุผล**

การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้มีการโดยผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเพื่อติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวและความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อประเมินความสามารถของบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันหลังจากการร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรค
2. เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการป้องกันการป่วยซ้ำ

**ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว**

**สื่อ/อุปกรณ์**

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

**เนื้อหา**

1. การติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว
2. การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

**การดำเนินกิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้วิจัยให้มอบหมายให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ความสำเร็จตามเป้าหมาย” โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการอภิปรายของแต่ละครอบครัว (20 นาที)
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย และผู้ช่วยผู้วิจัยจะมีการกล่าวสรุปกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งและปิดโครงการ (10 นาที)
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงระดับของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในแต่ละบุคคลภายหลังจากจบโครงการ หากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผล ผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลจะร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว (10 นาที)

**การประเมินผล**

เมื่อดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน

2. บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ความสำเร็จตามเป้าหมาย” ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"พอเข้าร่วมโครงการนี้แล้วรู้สึกว่าคุณเองมีอาวุธในการการป้องกันตัวเองจากการป่วยซ้ำ และเป็นการช่วยคุณหมอและคุณพยาบาลไม่ให้อำนาจในรักษาที่อาจจะยุ่งยากมากขึ้น"

3. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถสรุปกิจกรรมร่วมกันได้ ซึ่งมีตัวอย่างการสนทนาดังนี้

"ผมขออนุญาตแนะนำได้ไหมครับ โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เพิ่งเป็นใหม่ ๆ ได้ไหมครับ ผมว่าน่าจะเป็นประโยชน์มาก ๆ เพราะเขาเพิ่งเริ่มเป็นแล้วเขาอาจจะไม่รู้ เหมือนผมที่ตอนเป็นโรคนี้อีก ๆ ผมเองก็ต้องค้นหาเองจากอินเทอร์เน็ต"

"พอต้องขอบคุณคุณพยาบาลมาก ๆ ครับที่ชวนน้องเข้าโครงการนี้ เพราะเวลาน้องอาการกำเริบ บางทีพ่อก็ไม่รู้ว่าจะไปถามใคร บางทีเราก้ทำงานจะพาน้องมาโรงพยาบาลเลยก็ไม่สะดวก พอคุณพยาบาลสอนทางเฟสบุ๊คแล้วรู้สึกสะดวกมาก ๆ ครับ"

"พี่ว่าโครงการนี้เป็นประโยชน์มาก ๆ เลย แต่อาจจะไม่ค่อยเหมาะกับผู้สูงอายุที่ใช้เน็ตไม่เป็น โทรไม่เป็น อย่างพี่ก็ต้องรบกวนคุณพยาบาลทุกอาทิตย์เลย"

4. บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการปฏิบัติตามข้อคำถามในแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนร้อยละ 28.57 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับมาก และบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนร้อยละ 71.43 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับมากที่สุด

### 3. ชั้นก้ำกับการทดลอง

ในชั้นก้ำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 การก้ำกับการทดลองในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

3.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 (Pre-test)

3.1.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test)

#### 3.2 การก้ำกับการทดลองในผู้ดูแลในครอบครัว

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 (Pre-test)

3.2.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test)

โดยรายละเอียดในการก้ำกับการทดลองของการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

### ส่วนที่ 1 การกำกับการทดลองในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยจะมอบหมายให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (รายบุคคล) ประเมินภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 (Pre-test) และภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test) โดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5 นาที เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ซึ่งภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองในระดับสูง (21-30 คะแนน) ซึ่งผลการการกำกับการทดลองพบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) ทุกคน และถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

**ตารางที่ 4** ระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ (n=21)

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		สรุปผลต่างของคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	20	ปานกลาง	42	สูงมาก	+22
2	17	ปานกลาง	31	สูงมาก	+14
3	20	ปานกลาง	41	สูงมาก	+21
4	26	สูง	36	สูงมาก	+10
5	29	สูง	37	สูงมาก	+8
6	22	สูง	45	สูงมาก	+23
7	26	สูง	43	สูงมาก	+17
8	26	สูง	36	สูงมาก	+10
9	24	สูง	37	สูงมาก	+13
10	29	สูง	33	สูงมาก	+4
11	30	สูง	42	สูงมาก	+12
12	28	สูง	38	สูงมาก	+10
13	24	สูง	32	สูงมาก	+8
14	20	ปานกลาง	37	สูงมาก	+17
15	27	สูง	38	สูงมาก	+11
16	28	สูง	42	สูงมาก	+14
17	30	สูง	41	สูงมาก	+11
18	27	สูง	41	สูงมาก	+14
19	27	สูง	38	สูงมาก	+11
20	24	สูง	38	สูงมาก	+14
21	17	ปานกลาง	32	สูงมาก	+15
M	24.8		38.1		+13
SD	4.1		3.9		

จากตารางที่ 4 แสดงระดับของคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน) จำนวน 5 คน และระดับสูง (ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน) จำนวน 16 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 คะแนน แต่พบว่าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) จำนวน 21 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.1 คะแนน สรุปได้ว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) ทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล** โดยผู้วิจัยจะมอบหมายให้ผู้ดูแล (รายบุคคล) ประเมินภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 (Pre-test) และภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test) โดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5 นาที เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ซึ่งภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 6 (Post-test) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยในระดับสูง (21-30 คะแนน) ซึ่งผลการการกำกับการทดลองพบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) ทุกคน และถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ (n=21)

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		สรุปผลต่างของคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	18	ปานกลาง	41	สูงมาก	+23
2	26	สูง	43	สูงมาก	+17
3	25	สูง	41	สูงมาก	+16
4	23	สูง	38	สูงมาก	+15
5	31	สูงมาก	35	สูงมาก	+4
6	22	สูง	40	สูงมาก	+18
7	26	สูง	45	สูงมาก	+19
8	28	สูง	40	สูงมาก	+12
9	23	สูง	45	สูงมาก	+22
10	30	สูง	41	สูงมาก	+11
11	28	สูง	38	สูงมาก	+10
12	26	สูง	41	สูงมาก	+15
13	28	สูง	40	สูงมาก	+12
14	25	สูง	41	สูงมาก	+16
15	26	สูง	40	สูงมาก	+14
16	28	สูง	32	สูงมาก	+4
17	29	สูง	40	สูงมาก	+11
18	30	สูง	36	สูงมาก	+6
19	28	สูง	42	สูงมาก	+14
20	24	สูง	32	สูงมาก	+8
21	28	สูง	40	สูงมาก	+12
M	26.3		39.6		+13
SD	3.1		3.5		

จากตารางที่ 5 แสดงระดับของคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน) จำนวน 1 คน, ระดับสูง (ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน) จำนวน 18 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) จำนวน 1 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.3 คะแนน แต่พบว่าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) จำนวน 21 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.6 คะแนน สรุปได้ว่าผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน) ทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

#### 4. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลเป็นจิตเภทก่อนทดลอง (Pre-test)

4.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลเป็นจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 7 นับจากวันที่ประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลเป็นจิตเภทก่อนทดลอง (Pre-test)

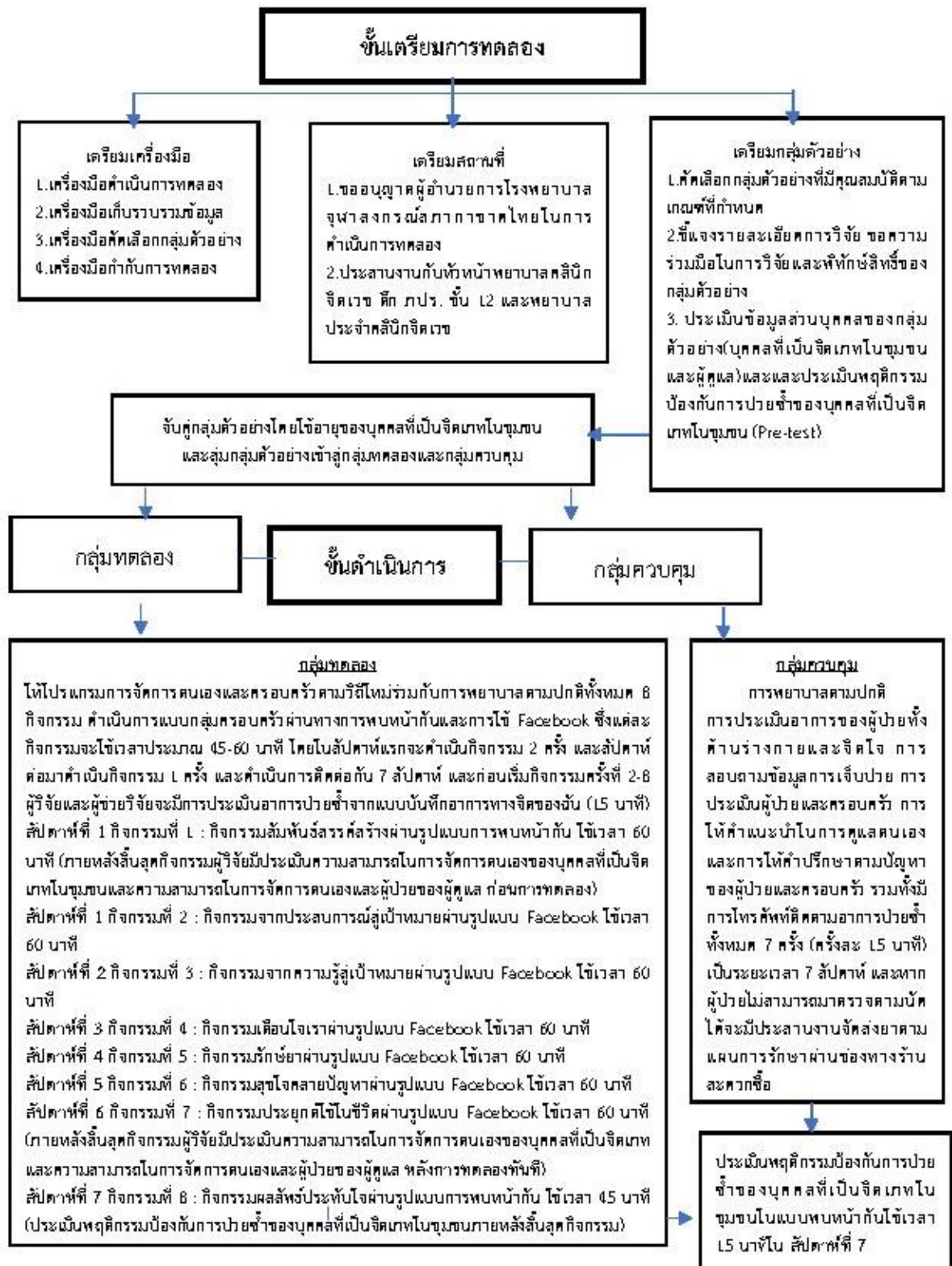
4.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

#### สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ดังแสดงในภาพที่ 2 ) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่ ผู้วิจัยเตรียมความรู้ เครื่องมือ และสถานที่ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยและพินัยกรรมสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง การให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แก่กลุ่มทดลอง และการให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม จากนั้นทำการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 7





ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยผู้วิจัยได้มีการทดสอบสมมติฐานการวิจัยและพบว่าข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ในระดับ Interval และข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการสถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยผู้วิจัยได้มีการทดสอบสมมติฐานการวิจัยและพบว่าข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ในระดับ Interval, กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากันและข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการสถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)(Polit and Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 42 แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จับคู่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนให้มีอายุและระดับของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ใกล้เคียงกัน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ครอบครัว ซึ่งการวิจัยนี้วัดผลจากการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

**ตอนที่ 3** การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		X <sup>2</sup>	รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>					0.776		
ชาย	8	38.1	6	28.6		14	33.3
หญิง	13	61.9	15	71.4		28	66.7
<b>อายุ</b>					0.219		
20 - 30 ปี	5	23.8	4	19.1		9	21.4
31 - 40 ปี	6	28.6	7	33.3		13	30.6
41 - 50 ปี	5	23.8	7	33.3		12	28.6
51 - 59 ปี	5	23.8	3	14.3		8	19.4
		Max = 59		Max = 56			Max = 59
		Min = 24		Min = 24			Min = 24
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)		SD = 11.1		SD = 10.0			SD = 10.4
<b>สถานภาพสมรส</b>					0.518		
โสด	17	80.9	16	76.2		33	78.5
คู่	2	9.5	4	19.0		6	14.3
แยกกันอยู่	1	4.8	0	0		1	2.4
หม้าย	1	4.8	1	4.8		2	4.8

จากตารางที่ 6 พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งหมด 42 คน เป็นเพศชายจำนวน 14 คน และเพศหญิงจำนวน 28 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 และร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ส่วนสถานภาพการสมรส พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80.9 และร้อยละ 76.2 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 9.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 19.0 ในกลุ่มควบคุม และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		X <sup>2</sup>	รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.858		
ประถมศึกษา	2	9.5	0	0		2	4.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	19.1	7	33.3		11	26.2
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	3	14.3	2	9.5		5	11.9
ปริญญาตรี	7	33.3	11	52.4		18	42.8
ปริญญาโท	5	23.8	1	4.8		6	14.3
<b>อาชีพ</b>					0.770		
ค้าขาย	2	9.5	1	4.8		3	7.1
รับจ้าง	3	14.3	3	14.3		6	14.3
รับราชการ	1	4.8	0	0		1	2.4
พนักงานบริษัท	2	9.5	4	19.0		6	14.3
รัฐวิสาหกิจ	1	4.8	0	0		1	2.4
ว่างงาน	12	57.1	13	61.9		25	59.5
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>					0.513		
ไม่เคย	5	23.8	6	28.6		11	26.2
1	8	38.1	12	57.1		20	47.6
2	3	14.3	2	9.5		5	11.9
3	3	14.3	1	4.8		4	9.5
4	2	9.5	0	0		2	4.8
	Median = 1		Median = 1			Median = 1	
<b>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</b>	SD = 1.3		SD = 0.8			SD = 1.1	

จากตารางที่ 7 สำหรับด้านระดับการศึกษา พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ระดับการศึกษา ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 23.8 ส่วนบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับด้านอาชีพพบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 ส่วน บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 และสำหรับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1

ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.8 ส่วนบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.6 และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		รวม (n=42)		X <sup>2</sup>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน</b>							0.146
1 - 5 ปี	7	33.3	8	38.1	15	35.7	
6 - 10 ปี	4	19.1	3	14.3	7	16.7	
11 - 20 ปี	8	38.1	8	38.1	16	38.1	
> 20 ปีขึ้นไป	2	9.5	2	9.5	4	9.5	
<b>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)</b>	M = 12.5 SD = 7.8		M = 11.8 SD = 7.5		M = 12.1 SD = 7.6		
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>							0.740
ไม่เคย	19	90.5	20	95.2	39	92.9	
เคย	2	9.5	1	4.8	3	7.1	

จากตารางที่ 8 สำหรับด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบันพบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 1-5 ปี และ 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 38.1 ตามลำดับ สำหรับด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติดจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 และส่วนบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติดจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		X <sup>2</sup>	รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>					0.517		
ชาย	5	23.8	6	28.6		11	26.2
หญิง	16	76.2	15	71.4		31	73.8
<b>อายุ</b>					0.285		
< 20 ปี	1	4.8	0	0		1	2.4
20 - 30 ปี	1	4.8	0	0		1	2.4
31 - 40 ปี	2	9.5	4	19.0		6	14.3
41 - 50 ปี	3	14.3	7	33.3		10	23.8
51 - 60 ปี	6	28.6	7	33.3		13	30.9
61 - 70 ปี	5	23.8	1	4.8		6	14.3
71 - 80 ปี	2	9.5	2	9.5		4	9.5
> 80 ปี	1	4.8	0	0		1	2.4
	Max = 83		Max = 33			Max = 83	
	Min = 18		Min = 77			Min = 18	
<b>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)</b>	SD = 16.6		SD = 11.5			SD = 14.3	
<b>สถานภาพสมรส</b>					0.446		
โสด	4	19.0	8	38.1		12	28.6
คู่	9	42.9	12	57.1		21	50.0
แยกกันอยู่	1	4.8	0	0		1	2.4
หม้าย	5	23.8	1	4.8		6	14.3
หย่า	2	9.5	0	0		2	4.8

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 42 คน เป็นเพศชายจำนวน 11 คน และเพศหญิงจำนวน 31 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 ในกลุ่มทดลอง และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 50 ปี และ 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 33.3 ตามลำดับในกลุ่มควบคุม ส่วนสถานภาพการสมรส พบว่าผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 42.9 และร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 23.8 ในกลุ่มทดลอง และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 38.1 ในกลุ่มควบคุม และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		X <sup>2</sup>	รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.267		
ประถมศึกษา	1	4.8	0	0		1	2.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	9.5	0	0		2	4.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	9.5	3	14.3		5	11.9
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	3	14.3	3	14.3		6	14.3
ปริญญาตรี	9	42.9	11	52.4		20	47.6
ปริญญาโท	4	19	4	19		8	19
<b>อาชีพ</b>					0.208		
ค้าขาย	2	9.5	4	19.0		6	14.3
รับจ้าง	0	0	2	9.5		2	4.8
รับราชการ	7	33.3	6	28.6		13	30.9
พนักงานบริษัท	2	9.5	7	33.3		9	21.4
รัฐวิสาหกิจ	0	0	2	9.5		2	4.8
ว่างงาน	10	47.6	0	0		10	23.8
<b>สัมพันธภาพกับผู้ป่วย</b>					0.209		
บุตร	1	4.8	0	0		1	2.4
สามี	1	4.8	3	14.3		4	9.5
พี่/น้อง	7	33.3	12	57.1		19	45.2
มารดา	11	52.4	6	28.6		17	40.5
บิดา	1	4.8	0	0		1	2.4

จากตารางที่ 10 สำหรับด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ ระดับการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 19 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 19 สำหรับด้านอาชีพ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และสำหรับด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพเป็นพี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพเป็นพี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 28.6 และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ และสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		X <sup>2</sup>	รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>					0.676		
เพียงพอ	18	85.7	20	95.2		38	90.5
ไม่เพียงพอ	3	14.3	1	4.8		4	9.5
<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</b>					0.059		
1 - 5 ปี	7	33.3	8	38.1		15	35.7
6 - 10 ปี	5	23.8	4	19		9	21.4
11 - 20 ปี	8	38.1	8	38.1		16	38.1
> 20 ปีขึ้นไป	1	4.8	1	4.8		2	4.8
		M=11.4		M=11.3			M=11.3
		SD=6.4		SD=7.2			SD=6.8
<b>ผู้ดูแลผู้ป่วย</b>					0.209		
บุตร	1	4.8	0	0		1	2.4
สามี	1	4.8	3	14.3		4	9.5
พี่/น้อง	7	33.3	12	57.1		19	45.2
มารดา	11	52.4	6	28.6		17	40.5
บิดา	1	4.8	0	0		1	2.4

จากตารางที่ 11 สำหรับด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 14.3 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 4.8 สำหรับด้านระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 - 5 ปี และ 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 38.1 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 19 และสำหรับด้านผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดาจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ พี่/น้องจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นพี่/น้องจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ มารดาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และจากการทดสอบไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วย



ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายคู่

คู่ที่	พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่ม ทดลอง				พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่ม ควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	57	มาก	67	มากที่สุด	57	มาก	59	มาก
2	46	ปานกลาง	65	มากที่สุด	48	ปานกลาง	48	ปานกลาง
3	46	ปานกลาง	68	มากที่สุด	48	ปานกลาง	48	ปานกลาง
4	46	ปานกลาง	69	มากที่สุด	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง
5	48	ปานกลาง	69	มากที่สุด	48	ปานกลาง	46	ปานกลาง
6	48	ปานกลาง	70	มากที่สุด	47	ปานกลาง	48	ปานกลาง
7	48	ปานกลาง	69	มากที่สุด	48	ปานกลาง	47	ปานกลาง
8	52	มาก	68	มากที่สุด	51	มาก	51	มาก
9	45	ปานกลาง	64	มากที่สุด	48	ปานกลาง	48	ปานกลาง
10	54	มาก	64	มากที่สุด	50	มาก	52	มาก
11	48	ปานกลาง	67	มากที่สุด	48	ปานกลาง	47	ปานกลาง
12	50	มาก	66	มากที่สุด	53	มาก	51	มาก
13	57	มาก	63	มากที่สุด	56	มาก	58	มาก
14	44	ปานกลาง	53	มาก	43	ปานกลาง	46	ปานกลาง
15	43	ปานกลาง	52	มาก	44	ปานกลาง	46	ปานกลาง
16	47	ปานกลาง	62	มากที่สุด	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
17	55	มาก	66	มากที่สุด	53	มาก	53	มาก
18	47	ปานกลาง	54	มาก	46	ปานกลาง	46	ปานกลาง
19	47	ปานกลาง	57	มาก	48	ปานกลาง	46	ปานกลาง
20	48	ปานกลาง	61	มาก	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง
21	37	ปานกลาง	54	มาก	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายคู่ พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมือนกัน ดังนี้ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับปานกลางจำนวน 15 คู่ และบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับมากจำนวน 6 คู่ ซึ่งภายหลังจากทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่แตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับมากจำนวน 6 คน และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับมากที่สุดจำนวน 15 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับปานกลางจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับมากจำนวน 6 คน

**ตารางที่ 13** การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

	M	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง (n=21)</b>						
ก่อนการทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	20	12.67	<0.001
หลังการทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด			
<b>กลุ่มควบคุม (n=21)</b>						
ก่อนการทดลอง	48.5	3.71	ปานกลาง	20	1.42	0.171
หลังการทดลอง	49.0	3.83	มาก			

จากตารางที่ 13 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 12.67$ ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 1.42$ )

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 14 การคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

	M	SD.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	40	-0.181	0.857
กลุ่มควบคุม	48.5	3.71	ปานกลาง	40		
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด	40	9.38	<0.001
กลุ่มควบคุม	49.0	3.83	มาก	40		

จากตารางที่ 14 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -0.181$ ) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.38$ )

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของบุคคลที่เป็นจิตเภทใน ชุมชน	ก่อนการทดลอง (n=21)		หลังการทดลอง (n=21)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
	ด้านการรับรู้อาการเตือน	15.4	1.86	21.4			
ด้านการดูแลตนเองในการ เตรียมเผชิญปัญหา	13.7	2.18	17.9	2.37	8.14	20	<0.001
ด้านการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง	19.1	2.85	24.1	0.79	7.86	20	<0.001
<b>โดยรวม</b>	<b>48.2</b>	<b>4.75</b>	<b>63.2</b>	<b>5.81</b>	<b>12.67</b>	<b>20</b>	<b>&lt;0.001</b>

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยรวมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean = 63.2) สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ (Mean = 48.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 12.67$ )

และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้จ่ายที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 7.4, 8.14$  และ  $12.67$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของบุคคลที่เป็นจิตเภทใน ชุมชน	ก่อนการทดลอง (n=21)		หลังการทดลอง (n=21)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
	ด้านการรับรู้อาการเตือน	15.7	1.49	15.6			
ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา	14.0	1.79	14.4	1.69	1.71	20	0.104
ด้านการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง	18.7	2.28	18.9	2.30	0.75	20	0.463
โดยรวม	48.5	3.71	49	3.83	1.42	20	0.171

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยรวมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Mean = 48.5) สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ (Mean = 49) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 1.42$ )

และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้จ่ายที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -0.62, 1.71$  และ  $0.75$  ตามลำดับ)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย และผู้ดูแลหลักของบุคคลกลุ่มนี้

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนจำนวน 42 ครอบครัว แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนดังกล่าว จำนวน 42 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

ตามแนวคิดของการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมในครั้งนี้มีการนำบุคคลที่เป็นจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว 1 คน เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ 80% (Gray et al., 2015) ค่าขนาดอิทธิพล 0.88 อ้างอิงจากงานวิจัยของญณัช บัวศรี และคณะ (2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 34 ครอบครัว คือ กลุ่มทดลอง 17 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 17 ครอบครัว และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 ครอบครัว โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลต่อการวิจัย ได้แก่ อายุของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Hoffman, 1994; Hung et al., 2017) และระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ครอบครัว

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือในการทดลอง

**1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่** เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเองในบริบทของครอบครัวให้สอดคล้องกับการบำบัดวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างจากอดีต โดยมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและการจัดการ และให้การบำบัดผ่านสื่อออนไลน์ และประยุกต์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 8 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 1 กิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง แบบกลุ่มครอบครัวผ่านทาง Face to face และ Facebook ในทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ แต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยในสัปดาห์แรกจะดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง รวมระยะเวลาดำเนินการติดต่อกัน 7 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย (Focus on illness need)** เป็นการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดการจัดการตัวเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว เพื่อสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพ และบอกถึงความต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งเกิดความตระหนักต่อโรคจิตเภทที่พร้อมจะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 คือ กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้างเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลส่งผลให้ผู้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการแนะนำตนเองและให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน

เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมและมีการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเองระหว่างกันและกัน รวมทั้งสะท้อนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และประเมินถึงความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวต้องการเพิ่มเติมเพื่อเป็นการประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทักษะคติที่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวมีต่อโรคจิตเภท บริบทของครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และความต้องการที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)** เป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 คือ กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมายเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้วยการทบทวนปัญหาด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความต้องการของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว การวางเป้าหมาย การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกับบุคคลที่เป็นจิตเภท รวมทั้งให้ครอบครัวประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 คือ กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมายเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และนอกจากนี้ยังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนขณะดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทให้แก่ครอบครัว รวมทั้งความรู้เรื่องความเครียดและการใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นระหว่างการทำกิจกรรมและมีคู่มือการส่งเสริม การจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 คือ กิจกรรมเตือนใจเราเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป้องกันการป่วยซ้ำและมีการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว ส่งเสริมการแยกแยะอาการทาง



จิต ทั้งด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือน และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวคอยสังเกตอาการผู้ป่วยและลดสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถรับรู้อาการเตือนและจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 คือ กิจกรรมรณรงค์ยาเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมทักษะใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวมีทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัย โดยใช้กับยาที่ตนเองใช้อยู่ในปัจจุบันและให้ครอบครัวช่วยเหลือบุคคลที่เป็นจิตเภทในการใช้ยาอย่างถูกต้องจากนั้นผู้วิจัยจะมีการประเมินทักษะโดยการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมีใช้ยาและให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสาธิตการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อประเมินความสามารถในการใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 6 คือ กิจกรรมสุขใจคลายปัญหาเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด แก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย สามารถยับยั้งอารมณ์ และเลือกกระทำในสิ่งที่จำเป็นจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีตอบสนองต่อปัญหาอย่างเหมาะสมและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยมีการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของครอบครัว การค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีช่วยลดความเครียดให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภท ส่งผลให้ครอบครัวสามารถเข้าใจปัญหาของบุคคลที่เป็นจิตเภทและคาดหวังกับบุคคลที่เป็นจิตเภทลดลง และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)** เป็นการให้คำแนะนำช่วยเหลือในการจัดการตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถปรับตัวได้อย่างผสมผสานกับการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 7 คือ กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิตเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีการตัดสินใจในทุก ๆ ขั้นตอนของการเจ็บป่วยร่วมกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไขปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยค้นหาและสนับสนุนในส่วนดีของบุคคลที่เป็นจิตเภท เพื่อเป็นการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวและเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 8 คือ กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจเป็นกิจกรรมที่มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว โดยผู้วิจัยได้มีการนัดพบบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเพื่อติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวและความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 และได้นำไปทดลองใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบุคคลที่เป็นจิตเภทเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) เพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำภายใน 6 เดือน และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ และแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้อาการเตือน 2) ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3) ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วน 5 อันดับ และในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.85 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของบุคคลที่เป็นจิตเภทที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความเที่ยง (Reliability) และพบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 โดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

เป็นแบบประเมินที่เป็นเครื่องมือที่มาตรฐาน และมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้รับการส่งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่ ทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

4.1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อและเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.86 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4.2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัว ตามแนวคิดของ Grey et al. (2015) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อและเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.86 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

##### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้ในด้านการวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัว รูปแบบการบำบัดบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

1.2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการส่งเอกสารเพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอเอกสารรับรองและหนังสือเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงรองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกจิตเวชตึกภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียนบุคคลที่เป็นจิตเภทและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.5 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อร่วมกันตรวจสอบเวชระเบียนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการป่วยซ้ำ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pairs) ให้แต่ละคู่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งทำการจับคู่ที่ละคู่จนครบ 21 คู่ และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ครอบครัว

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจตามที่แพทย์นัดหมาย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการติดตามอาการ การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหาเฉพาะในแต่ละบุคคลและครอบครัว

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง (Post-test)

### 2.2 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลผ่านช่องทาง Face to face ร่วมกับ Facebook (Closed Group) เป็นกลุ่มครอบครัวทั้งหมด 8 ครั้ง และกิจกรรมในแต่ละครั้งจะถูกจัดขึ้นในทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และในสัปดาห์แรกจะดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์ต่อมาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง และดำเนินการติดต่อกัน 7 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.67, p < .05$ )

สรุปผลการวิจัยได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.38, p < .05$ )

สรุปผลการวิจัยได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ 1. การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ 2. การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ส่วนที่ 1 การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย ข้อมูลของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและข้อมูลของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทุกคนที่เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 78.5 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.8 อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) คิดเป็นร้อยละ 59.5 สำหรับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.2 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมาคือ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 และสำหรับประวัติการใช้สารเสพติดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ เคยใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 7.1

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ในช่วงอายุ 15 - 54 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Luo Y et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากถึงร้อยละ 66.7 และจากการศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล (2553) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทร้อยละ 60 - 70 จะมีสถานะภาพโสด โดยเนื่องสถานะภาพโสดจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทขาดการเกื้อหนุนทางสังคม ขาดคนคอยช่วยเหลือ ปลอดภัย และให้กำลังใจส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำและการกำเริบของอาการทางจิตได้ (อรรณพ ทองคำ, 2546 และกชพร รัตนสมพร, 2556, Hung et al., 2017) สอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะภาพโสดมากถึงร้อยละ 78.5 นอกจากนี้จากการศึกษาของ Nisakorn Pothimas et al. (2020) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่ที่เคยมีประสบการณ์การป่วยซ้ำและไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป สอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 42.8 และจากการศึกษาของ Rebecca et al. (2012) พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีอาชีพว่างงานจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดความสามารถในการป้องกันตนเองจากการป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงานถึงร้อยละ 59.5 และจากการศึกษาของ Liyew Agenagnew and Chalachew kassaw (2020) และ Caleb A. Gbiri et al. (2011) พบว่าบุคคลที่

เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ที่ขาดความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำจะเคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในการวิจัยนี้ที่พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวน 1 ครั้งขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 73.8 และบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสมจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันมากกว่า 5 ปี (Luis San, Miquel Bernardo, Agustín Gómez and Mario Peña, 2012) ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท โดยเมื่อบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานและไม่ได้รับการรักษาหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมจะส่งผลให้การดำเนินของโรคจิตเภทแย่ลง การตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษา ระดับความพิการที่เพิ่มขึ้น ทรัพยากรที่มากขึ้น และต้องมีการบำบัดที่เข้มข้นมากขึ้น (Farooq S. et al, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา มากกว่า 5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้คือ การใช้สารเสพติด (Luis San, Miquel Bernardo, Agustín Gómez and Mario Peña, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีประวัติเคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 7.1

2. ข้อมูลของผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.9 ประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.8 และร้อยละ 26.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 และมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.6 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 34.9 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่/น้อง และมารดากับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 46.2 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 90.5 สำหรับระยะเวลาที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และสำหรับผู้ที่ดูแลผู้ป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพี่/น้อง และมารดา คิดเป็นร้อยละ 46.2 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ดังนี้ จากการศึกษาของ Chein (2008) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาภาวะทางอารมณ์ที่สูงในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง (ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, 2561) ที่จะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.9 และจากการศึกษาของจากการศึกษาของบุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2546) พบว่าผู้ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเน้นการดูแลทางด้านจิตสังคมมากกว่าด้านอื่นๆ โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มักจะถูกอบรมให้มีบทบาทในการดูแลงานบ้าน เลี้ยงดูบุตร (Cain and Wick, 2002) สอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยนี้ที่

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 66.7 และจากการศึกษาของ Meirong Wang et al.(2020) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นสถานภาพคู่และดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคิดเป็นร้อยละ 50 และมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 และจากการศึกษาของ Wang, M., Jin, G., Wei, Y. et al. (2020) พบว่าผู้ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.6 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 34.9 โดยผู้ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทมักจะมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในบทบาทพ่อ แม่ พี่ น้อง สามี หรือภรรยา เนื่องจากพ่อ แม่ พี่ น้อง สามี หรือภรรยาเป็นระบบพื้นฐานด้านการช่วยเหลือทางสังคมของครอบครัวและมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาของบุคคลที่เป็นจิตเภท (Shiau SJ and Chang SR, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่/น้อง และมารดา กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 46.2 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Rahmani et al. (2019) พบว่าผู้ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 90.5

## ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.67, p < .05$ ) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 โดยมีการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ (The new normal self and family management program) โดย ของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัวผ่านช่องทางทางพบปะกัน (Face to face) ร่วมกับการใช้เฟสบุ๊ค (Facebook) โดยแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self-and family management) ในส่วนของกระบวนการจัดการตนเอง ได้สร้างความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วยด้วยการสร้างสัมพันธภาพแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเข้าใจและสามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้ (Grey et al, 2015) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สี่หน้ายิ้มแย้มแจ่มใส และแสดงออกถึงความจริงใจทั้งทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา รวมทั้งให้การยอมรับและเห็นอกเห็นใจบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ทั้งนี้



ผู้วิจัยยังมีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในกลุ่มครอบครัวให้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความอบอุ่น และมีความคุ้นเคย ไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Correy, 1997)

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัวโดยมีการประเมินความรู้ความเชื่อเดิมของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook) นำไปสู่การให้ความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความรู้และความเชื่อของแต่ละครอบครัวและเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Uygur AB et al. (2019) ที่พบว่าการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลที่เป็นจิตเภท ควรเริ่มจากการประเมินความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภท โดยยึดบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง และในการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัวยังจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มครอบครัวผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook) โดยแต่ละครอบครัวจะเห็นลักษณะสีหน้า ท่าทาง ของแต่ละครอบครัวที่ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งผลให้สมาชิกเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและเกิดการเรียนรู้ว่าครอบครัวแต่ละครอบครัวมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และยังส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้สึกของตนเองระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึกของกันและกันและสามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของกันและกันมากยิ่งขึ้น (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงศ์ และรัชนิกร อุปเสน, 2558) รวมทั้งมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook) ที่เป็นเทคโนโลยีสารสนเทศที่สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงความรู้ได้ง่ายจะช่วยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของวันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นและสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและความสามารถในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของครอบครัว ทั้งนี้ยังมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป้องกันการป่วยซ้ำและมีการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างดี ซึ่งหากบุคคลที่เป็นจิตเภทมีการรับรู้อาการเตือนในระยะเริ่มแรกและมีทักษะในการจัดการกับอาการเตือนอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทไม่เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Roe et al., 2006) รวมทั้งมีการส่งเสริมความสามารถในการใช้ยาอย่างถูกต้องแก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการพัฒนาความสามารถในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ชนก เทศเสียว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2558) พบการพัฒนาทักษะการใช้ยาและการจัดการกับ

ผลข้างเคียงของยาในบุคคลที่เป็นจิตเภทส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดความสามารถในสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งสามารถนำทักษะดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของผู้ดูแลโดยการส่งเสริมทักษะในการจัดการความเครียดและค้นหาหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาหรือความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในการตอบสนองต่ออารมณ์ของตนเองมากขึ้นและการผูกพันทางอารมณ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงศ์ และรัชนิกร อุปเสน, 2558) รวมทั้งมีการค้นหาข้อมูลแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือเมื่อบุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดทักษะในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และการฝึกทักษะในการควบคุมอารมณ์เป็นการฝึกความเข้าใจในอารมณ์ของผู้ดูแลและจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภท (Behrouian, M., Ramezani, T., Dehghan, M. et al., 2020) และมีการติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัวผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook) และการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนแก้ไข โดยครอบครัวมีบทบาทในการกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้ลองใช้ทักษะในสภาพแวดล้อมจริงและให้ความช่วยเหลือเมื่อความพยายามใช้ทักษะไม่ประสบผลสำเร็จ (Robert Paul Liberman and Alex Kopelowicz, 2009) และสามารถของคำปรึกษาผ่านช่องทางข้อความของเฟซบุ๊ก (Chat Facebook) ได้ตลอดเวลา ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวตนเอง และส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spirito et al. (2011) พบว่าการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สามารถส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดความสามารถในการจัดการตนเองและครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในที่สุด โดยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.38, p < .05$ ) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 โดยมีการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสูงมากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังจะเห็นได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีค่าสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำภายหลังการทดลองแล้วพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ( $M = 63.2, SD = 5.81$ ) มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $M = 49.0, SD = 3.83$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.38$ ) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่เป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al. (2015) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง และครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วย ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านของการรับรู้อาการเตือน การใช้ยาอย่างถูกต้อง และด้านการดูแลตนเองในการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา โพธิ์อ้อม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ที่พบว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่องส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของมงคล วารีย์, นภาพัชย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสงสุข (2561) พบว่าการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวที่มีการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของบุคคลที่จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเกิดความตระหนักและความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญณัช บัวศรี และคณะ (2561) ที่พบว่าการใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังและต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ในที่สุด

การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่เป็นการดำเนินในรูปแบบของกลุ่มครอบครัวผ่านกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1.การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Focus on illness need) โดยการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัว และครอบครัวอื่น ๆ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม (Correy, 1997) ซึ่งในการจัดกลุ่มครอบครัวจะมีการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มครอบครัวจะส่งผลให้สมาชิกเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและเกิดการเรียนรู้ว่าครอบครัวแต่ละครอบครัวมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และยังสามารถส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้สึกของตนเองระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึกของกันและกันและสามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของกันและกันมากยิ่งขึ้น (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชางวงศ์ และรัชนิกร อุปเสน, 2558) รวมทั้งมีการประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของ Uygur AB et al. (2019) ที่พบว่าการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลที่เป็นจิตเภท ควรเริ่มจากการประเมินความต้องการของบุคคลที่เป็นจิตเภท โดยยึดบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนการ

จัดการตนเองและครอบครัว (Activating Resources) โดยมีการประเมินความรู้และประสบการณ์ เรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำของแต่ละครอบครัว และสนับสนุนให้แต่ละครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ค้นหาสาเหตุการป่วยซ้ำ ระบุปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Meijel et al., 2003) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นและสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และความสามารถในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (วันวิสา โพธิ์อ้อม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา โดยการปฏิบัติพฤติกรรมอันพึงประสงค์เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนเป็นผลมาจากประสบการณ์และการฝึกฝน ซึ่งการฝึกฝนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทรู้สึกเป็นอิสระ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและนำไปสู่ความสามารถที่เพิ่มขึ้น (O'Connor, 1991)

3.การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition) โดยมีการปรับการจัดการตนเองและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวขณะที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวเกิดความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ และลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Robert Paul Liberman and Alex Kopelowicz, 2009) รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ความสำเร็จ และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละครอบครัว

ภายหลังจากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น ( $M = 49.0$ ,  $SD = 3.74$ ) เพียงเล็กน้อยและอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในแต่ละด้านมีคะแนนเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้แก่ การประเมินอาการของบุคคลที่เป็นจิตเภททั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามอาการในกรณีที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัวไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด และประสานงานจัดส่งยาตามแผนการรักษาผ่านช่องทางร้านสะดวกซื้อ ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป่วยซ้ำและวิธีการจัดการตนเองและครอบครัวที่ครอบครัวอื่น ๆ มีในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ผลการทดลองของกลุ่มควบคุมแตกต่างจากก่อนทดลองเพียงเล็กน้อย

จึงสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลจากครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นมีความสามารถในการจัดการตนเองและนำไปสู่พฤติกรรมอันพึงประสงค์ในการดูแลตนเอง (Grey et al., 2015) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นส่งผลในการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้พบปัญหาในเรื่องของข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างในการใช้สื่อออนไลน์ เช่น การเปิดวิดีโอ การตอบคำถามในโพสต์ และการปิดกั้นข้อมูลส่วนบุคคล ที่อาจจะส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการค้นหาบุคคลที่ช่วยเหลือในการอำนวยความสะดวกหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าช่วยเหลือโดยตรง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปใช้ในชุมชนนั้น ผู้ที่ปฏิบัติควรเป็นผู้ที่มีความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การให้ความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การให้คำปรึกษาครอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชมากกว่า 1 ปี หรือได้รับการฝึกฝนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามคู่มือการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยก่อนดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานและการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มประสิทธิผลมากที่สุด

1.2 เนื่องจากมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการใช้สื่อออนไลน์ ผู้ปฏิบัติควรมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนสื่อของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล เช่น การปรับเปลี่ยนขนาดของตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มการมองเห็นที่ชัดเจน

1.3 การที่จะบ่งบอกได้ว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) นั้นต้องใช้ระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างสม่ำเสมอและไม่เกิดการป่วยซ้ำในที่สุด

1.4 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่เป็นรายกลุ่มครอบครัวและให้ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบ Face to face ร่วมกับ Facebook ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ (Drop out) ดังนั้น ควรพิจารณาจัดหาทีมดูแลกลุ่มตัวอย่างที่มีวันที่มาตรวจตามนัดใกล้เคียงกันเพื่อป้องกันไม่ให้ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมตรงกับวันที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมาตรวจตามนัด.

1.5 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครอบครัวอาจเกิดการต่อต้านหรือความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงระหว่างการดำเนินกิจกรรม ดังนั้น ผู้ปฏิบัติควรประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาการจัดการกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยควรให้ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่คล้ายคลึงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากการต่อต้านหรือความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะใกล้เคียงกัน สนับสนุนให้เกิดกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ดี

1.6 สามารถให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าร่วมสังเกตการณ์ภายนอกกลุ่มการดำเนินงานกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ได้ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่ควรระมัดระวังไม่ให้เกิดการรบกวนต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการฝึกทักษะการป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้ความรู้และคำปรึกษาในบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทหรือโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ในบุคคลที่เป็นจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลก่อนกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ป้องกันการป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

2. เนื่องจากความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่หลังการให้โปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อพัฒนารูปแบบของการบำบัดในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทให้มีความเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรค เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำต่อไป

4. ควรมีนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปประยุกต์ใช้ในบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลทางจิตเวชอื่น ๆ

5. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศระหว่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ จึงควรมีการเตรียมบุคคลใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างได้ระหว่างดำเนินกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กชกร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรัชนิกร เกิดโชค. (2556). *ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43720>

กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). ชุดความรู้และแนวปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551).

<https://www.dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf>

กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2563). *ผลการดำเนินงานของกลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562*.

<https://omhc.dmh.go.th/img/berry/Slides/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%992562.pdf>

กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(1), 16-24.

กนกวรรณ ลิ้มเจริญศรี. (2558). *โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.

กันต์ธีร์ อนันตพงศ์. (2558). *เอกสารคำสอนรายวิชา ระบบประสาทการเคลื่อนไหว และพฤติกรรม 1 เรื่อง Schizophrenia (โรคจิตเภท)*.

<http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/document/undergrade/Doc1-3/schizophrenia.pdf>

กมลรัฐ อินทรทัศน์. (2550). *เทคโนโลยีสารสนเทศและทฤษฎีการสื่อสาร*. สำนักพิมพ์ซีเอ็ดดูเคชั่น.

ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชนิกร เกิดโชค. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/21990>

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2561). *รายงานสรุปรื้อตราการ Readmit ภายใน 180 วันปีงบประมาณ 2561*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). *รายงานสรุปรื้อตราการ Readmit ภายใน 180 วันปีงบประมาณ 2562*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). *รายงานสรุปรื้อตราการ Readmit ภายใน 180 วันปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

จิรากร กันทับทิม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2558). *ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50367>

เจษฎา โชคดำรงสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์สุขภาพจิต จิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี:โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ญณัช บัวศรี, วรณีย์ เดียววิเศษ และจินตนา วัชรสินธุ์. (2561). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่2* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา].

[http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920266.pdf](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920266.pdf)

ฐิติกานต์ นิธิอุทัย. (2554). *Facebook Marketing*. ดรีม แอนด์ แพชชั่น.

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และรัชนิกร อุปเสน. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50368>



- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงศ์ และรัชนิกร อุปเสน. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 56-67.
- ณัฐวรรธน์ อเนกวิทย์. (2561). อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(5), 35-39.
- ณัฐรพี ใจงาม และคณะ. (2560). แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 1-9.
- ทศฯ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยารรณ. (2562). พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน NURSE AND THE OPERATION OF COMMUNITY MENTAL- HEALTH AND PSYCHIATRY. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 1-12.
- ธงรบ เทียนสันต์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2556). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43365>
- ธัญพัฒน์ วงศ์รัตน์. (2555). จัดไป Like Ment Share Facebook+Instagram. บริษัท สวีลดี ไอที จำกัด.
- นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2562). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/64662>
- นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญจิวชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/67599>
- นาถนภา วงษ์ศิลป์, จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิดา สุขตระกูล. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/33179>
- น้ำผึ้ง โนรีรัตน์. (2563). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัย]

มหาสารคาม]. Mahasarakham University Libraly.

<http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/1231/1/61051480002.pdf>

บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.

ปริศนา เฉลิมฤกษ์ และโสธยา ศุภโรจน์. (2557). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH)* ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (2014) : มกราคม - เมษายน 2557. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/23490/20003>

ปวิรัตน์ เลหาหะวีร์. (2553). *ชนะคู่แข่งด้วยการตลาดกับ Facebook + Twitter Marketing* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิตตี้กรุ๊ป.

ผลทิพย์ ปานแดง และจินตนา ยูนิพันธ์. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/1917>

พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. ไอแอมออแกไนเซอร์ แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง*.

พิมพ์ชนก เทศเขียว และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/50740/1/5577309636.pdf>

เพชรรี คันธสายบัว และจินตนา ยูนิพันธ์. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/66340>

มงคล วารีย์, นภาพัช แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสงสุข. (2561). ผลของการสร้างเสริมการจัดการ สุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของบุคคลที่ได้รับการล้าง ไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 22 -31.

มหาวิทยาลัยบูรพา. (2553). *คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศในชีวิตประจำวัน*. <http://sciso.sakao.buu.ac.th>

- มันทนา กิจติพีรชล และคณะ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์)*(พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธินันท์ ภินญุชน. (2539). การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยุพาพรรณ มาหา. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920291.pdf](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920291.pdf)
- ยศัญญ์วิรินทร์ จรบมรมย์, สิริกร สุวัชฌ์ฐษา และนพภััสสร วิเศษ. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(2), 60-68.
- ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2563*. <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- ราชบัณฑิตยสภา. (2563). ราชบัณฑิตบัญญัติศัพท์คำว่า “New normal”. <https://royalsociety.go.th>
- ราตรี เครือวรรณ. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Intellectual Repository (CMUIR). <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/15848>
- ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(3), 114-125.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์. (2563). *COVID-19 กับโรคจิตเภท*. <https://nph.go.th/?p=4183>
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2562). *รายงานสถิติโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ (กลุ่ม ภาปร. ชั้น 12 จิตเวชผู้ใหญ่ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์) ประจำปี 2562*. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2562). *อัตราการ Readmit แยกรายโรคประจำปี 2562*.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2563). *รายงานสถิติโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ (กลุ่ม ภาปร. ชั้น 12 จิตเวชผู้ใหญ่ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์) ประจำปี 2563*. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2563). *อัตราการ Readmit แยกรายโรคประจำปี 2563*.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). *รายงานสถิติโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ (กลุ่ม ภาปร. ชั้น 12 จิตเวชผู้ใหญ่ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์) ประจำปี 2564*. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). *อัตราการ Readmit แยกรายโรคประจำปี 2564*.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). *การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง*. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ลักขณา ชอบเสียง. (2557). *การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 16(3), 2-12.

วันวิสา โปธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]*. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/67872>

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานวัดตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]*.

Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/67599>

วิลาสินี กำลิ่งมาก และเพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์. (2562). *ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]*. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/69642>

ศิริมา สมตน, ยุพิน อังค์สุโรจน์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2560). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ขั้ว*.

[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University

Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59680>

สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา. (2550). โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม. เอกสารการทำกลุ่มบำบัด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2551). ลักษณะสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศ. <https://web.ku.ac.th/schoolnet/snet1/network/it/#sect1>

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2552). ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. <http://www.ipst.ac.th/index.php>.

สภาการพยาบาล. (2540). พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/11111.PDF>

สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่10). โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สมาคมเทคโนโลยีดิจิทัลไทย. (2020). รายงาน *Digital Thailand ประจำปี 2020*. <https://blog.ourgreenfish.com>

สิรภัทร โสทธิยาภัย, นวพร คำแสงสวัสดิ์ และธัญญภัทร์ ศิริธชนราโรจน์. (2560). รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 282-290.

สกุลศรี ศรีสารคาม. (2557). จริยธรรมการใช้สื่อออนไลน์และสื่อสังคมในกระบวนการสื่อข่าวของสื่อไทยในยุคดิจิทัล. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สุดาพร สลิตยอุทการ. (2559). การกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3) , 1-15.

สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-168.

สุมิศา กุมลา, โสภิต แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 132-152.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสี่ยงล้ำ และวีร์เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.

แสงอรุณ สุรวงศ์. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ]

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/52343>
- โสธยา ศุภโรจน์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2554). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/30103>
- อนันต์ ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2562). ระบบพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเพื่อความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ. *วารสารสนเทศศาสตร์*, 37(3), 59-80.
- อรพรรณ ลีบุญรัฐชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรณพ ทองคำ. (2546). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Intellectual Repository (CMUIR). <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/15328>
- อารยา ลาน้ำเที่ยง และชมพูนุช ปัญญาไพโรจน์. (2557). *กลยุทธ์และรูปแบบการนำเสนอสารเพื่อการสื่อสารการตลาดในสื่อเฟสบุ๊คเพจของร้านเพอร์แคท คาเฟ่ คลับ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. <https://webopac.lib.buu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00225216>
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้ง.
- एम โอภา. (2552). *เล่นเว็บสุดฮิต Twitter+Facebook*. บริษัท ไอซีดีฯ.

### ภาษาอังกฤษ

- Almond, S., Knapp, M., Francois, C., Toumi M., and Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes, and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 346 – 351.
- Anderson, C. M., Hongarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.
- American Nurse Association. (2012). *PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSING: SCOPE AND STANDARDS OF PRACTICE*. <https://www.apna.org/wp->

[content/uploads/2021/03/12-11-20-](#)

[PMH\\_Nursing\\_Scope\\_and\\_Standards\\_for\\_Public\\_Comment.pdf](#)

- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early sign of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 9(5), 261-268.
- Beebe LH. (2010). What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability?. *Perspect Psychiatr Care*, 46(1), 48-55.
- Behrouian, M., Ramezani, T., Dehghan, M. et al. (2020). The Effect of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, and Depression in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Community Ment Health J*, 56, 1095–1102.
- Bernadette A. Cullen, et al. (2020). Clinical outcomes from the texting for relapse prevention (T4RP) in schizophrenia and schizoaffective disorder study. *Psychiatry Research* 292 (2020), 1 - 5.
- Betriz Melva Manao and Jek Amidos Pardede. (2019). Correlation of Family Burden of The Prevention of Recurrence of Schizophrenia Patients. *Mental Health Journal*, 4(1), 31-42.
- Birchwood, M. (2001). Early Intervention in Psychotic Relapse. *Clinical Psychology Review*, 21, 1211-1226.
- Bogojevic, G., Ziravac, L. and Zigmund, D. (2015). Impact of Expressed Emotion On the Course of Schizophrenia. *European Psychiatry*, 30, 390.
- Boyd, D.M. and Ellison, N.B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.
- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(2), 383-402.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55,547-552.
- Cain, C. I. and Wick, M. N. (2002). Caregiving attitudes as correlates of burden in family caregiver coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing*, 6, 46-47.

- Caleb A. Gbiri, Fatai A. Badru, Harry T. O. Ladapo & Adefolakemi A. Gbiri. (2011). Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 19–26.
- Chein, W. T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregiver of Chinese people with schizophrenia. *The open nursing Journal*, 2, 28-39
- Coffey, M., & Hannigan, B. (2013). New roles for nurses as approved mental health professionals in England and wales. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1423-1430.
- Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16 (2), 163–180
- Corrigan, W.P. (1997). Behavior Therapy Empowers Persons with Severe Mental Illness. *Behavior Modification*, 21(1), 45-61.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness* (1<sup>st</sup> ed). San Diego, CA: Academic Press.
- Crowe, M. (2006). Psychiatric diagnosis: some implications for mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 583–589
- Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(10), 921-928.
- Dixon L, McFarlane W, Hornby H, & McNary S. (1999). Dissemination of family psychoeducation: The importance of consensus building. *Schizophrenia Research*, 36, 339.
- Ebert, D. D., Cuijpers, P., Muñoz, R., F., & Baumeister, H. (2017). Prevention of mental health disorders using internet and Mobile- Based Interventions: A narrative review and recommendations for future research. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 116.



- Eisner, E., Barrowclough, C., Lobban, F, et al. (2014). Qualitative investigation of targets for and barriers to interventions to prevent psychosis relapse. *BMC Psychiatry*, 201 (14), 1-14.
- Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. (2015). Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLOS ONE*, 10(3), 1-11.
- Falloon, I. R. H. (1984). Relapse: A Reappraisal of Assessment of Outcome in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 293–299.
- Farooq S, Large M, Nielssen O and Waheed W. (2009). The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophr Res*, 109, 15–23.
- Fengchun Wu et al. (2018). Factors influencing relapse in schizophrenia: A longitudinal study in China. *Biomedical Research* 2017, 28 (9), 4076-4082.
- Friedman, Marilyn M., Bowden, Vicky R., and Jones, Elaine G. (2003). *Family Nursing Research, Theory & Practice* (5<sup>th</sup> ed.). United States of America: Person Education, Inc.
- Gathaiya NW et al. (2017). A Cross-Sectional Study on Factors Associated with Relapse in Patients with Schizophrenia at Mathari Hospital, Nairobi Kenya. *Ann Clin Lab Res*, 6, 1-5.
- Good, C. V. (1985). *Dictionary of Education*. Mc Graw-Hill, New York
- Gray, J.R., Grove, S.K., & Sutherland, S. (2015). *Burns & Grove's The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8<sup>th</sup> ed.). Elsevier Saunders.
- Gray, P. and Bjorklund, D.F. (2014). *Psychology*. Worth Publishers, New York.
- Gray R, Wykes T, Gournay K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 9(3), 277-84.
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knalf, K & Reynolds, N.R. (2015). A revised Self-and Family Management Framework. *Nursing Outlook*, 63(2), 162-170.
- Grove, S.K., Burns, N., and Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.

- Haque, A., Kamal, A. K., Laila, Z., Laila, L., Ahmed, H., & Khan, N. (2018). Factors associated with relapse of schizophrenia. *Bangladesh Journal of Psychiatry, 29*(2), 59-63.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007). Integrated psychological intervention for schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 11*(2), 5-18.
- Henry A. Nasrallah. (2021). 10 devastating consequences of psychotic relapses. *Current Psychiatry, 20*(5), 9-12.
- Herz, M. I., and Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.
- Hideki Komatsu et al. (2013). Effectiveness of Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia excluding the effect of user adherence: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research, 150* (2013), 240–244.
- Hoffmann, H. (1994). Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*(3), 205–210.
- Hung YY, Chan HY, Pan YJ. (2017). Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS One, 12*(10), 1-11.
- Ilyas, A., Chesney, E., & Patel, R. (2017). Improving life expectancy in people with serious mental illness: Should we place more emphasis on primary prevention? *The British Journal of Psychiatry, 211*(4), 194 -197.
- Irshad Ahmad et al. (2017). Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *International Journal of Mental Health Nursing 26* (2017), 384–390.
- John A. Naslund, Kelly A. Aschbrenner, Lisa A. Marsch, Gregory J. McHugo and Stephen J. Bartels. (2018). Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: an Exploratory Study. *Psychiatric Quarterly 89* (1), 81-94.
- Johnson DE, Shean GD. (1993). Word associations and schizophrenic symptoms. *J Psychiatr Res, 27*(1), 69-77.
- Kane JM. (2007). Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *J Clin Psychiatry, 68*(14), 27–30.

- Kanfer FH and Gaelick-Buy L. (1991). *Self-management methods*. In: Kanfer FH, Goldstein AP, eds. *Helping people change: A text book of methods (4 th edition)*. The Pergamon press. New York.
- Kamrul Hassan, Inamul Islam, Abul Hossain Muhammad Kazi Mostofa Kamal, Julfikkar Alam. (2020). Factors Associated with Relapse of Schizophrenia in Bangladesh. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 8(3), 60-64.
- Kennedy, G. M., Schepp, G. K. and O'Connor W. F. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 266-275.
- Khalil SA, Elbatrawy AN, Saleh NM, et al. (2021). The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 00(0), 1-9.
- Koekkoek, B., Meijel, B. V., Schene, A., Smit, A., Kaasenbrood, A., & Hutschemaekers, G. (2012). Interpersonal community psychiatric treatment for non-psychotic chronic patients and nurse outpatient mental health care: A controlled pilot study on feasibility and effects. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 549-559.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lader, M. (1995). What is relapse in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 9(5), 5-9.
- Lindstrom, E and Bingevors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomic*, 18, 105-124.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063- 1070.
- Liyew Agenagnew and Chalachew kassaw. (2020). The Lifetime Prevalence and Factors Associated with Relapse Among Mentally Ill Patients at Jimma University Medical Center, Ethiopia: Cross Sectional Study. *J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health*, 7, 211-220.
- L. Magliano, G. Fadden, M. Economou, M. Xavier, T. Held, M. Guarneri, C. Marasco P. Tosini and M. Maj. (1998). Social and clinical factors in fluencing the choice of

- coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 413-419.
- Luo Y, Zhang L, He P, Pang L, Guo C, Zheng X. (2019). Individual-level and area-level socioeconomic status (SES) and schizophrenia: cross-sectional analyses using the evidence from 1.9 million Chinese adults. *BMJ Open*, 9(9), 1-7.
- Luo, Y., Pang, L., Zhao, Y. et al. (2020). Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry*, 20, 1-7.
- Luis San, Miquel Bernardo, Agustín Gómez & Mario Peña. (2013). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(1), 2-9.
- Margaret Grey, Kathleen Knafl, Polly Ryan and Kathleen J. Sawin. (2010). Differing Perspectives on Conceptual Approaches to Self- management. *Nurse Outlook*, 58(2), 111-112.
- Mamnua M. (2021). The Role of the Family in Preventing Relapse of Schizophrenia Patient. *Open Access Maced J Med Sci*, 9(T4), 44-49.
- Marom, S., Munitz.H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 3(3),751-758.
- Meijel, V. B., Gagg V. D. M., Kahn, S. R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(8), 117-125.
- Meijel, V. B., Gagg V. D. M., Kahn, S. R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(8), 165-172.
- Mi W-F, Chen X-M, Fan , Tabarak S, Xiao J-B, Cao Y-Z, Li X-Y, Bao Y-P, Han Y, Li L-Z, Shi Y, Guo L-H, Wang X-Z, Liu Y-Q, Wang Z-M, Chen J-X, Wu F-C, Ma W-B, Li H-F, Xiao W-D, Liu F-H, Xie W, Zhang H-Y and Lu L. (2020). Identifying Modifiable Risk Factors for Relapse in Patients With Schizophrenia in China. *Front. Psychiatry*, 11, 1-11.
- Meirong Wang, Guanghui Jin, Yun Wei, Feiyue Wang, Zhaolu Pan, Lifen Chen and Xiaoqin Lu. (2020). Awareness, utilization and influencing factors of social supports for main informal caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional study in primary care settings in Beijing, China. *BMC Family Practice*, 21(192), 1-8.

- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nisakorn Pothimas, Patraporn Tungpunkom, Chawapornpan Chanprasit and Voranut Kitsumban. (2020). A Cross-sectional Study of Factor Predicting Relapse in People with Schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 24(4), 448-459.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., & Green, M. F. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 90(384), 71–79.
- O’conner, W.F. (1991). Symptom Monitoring for Relapse Prevention in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(4), 193-201.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report*, 10, 790-812
- Polit and Hungler. (1999). *Nursing Research Principle and Method* (6<sup>th</sup> Edition). Lippincott. New York.
- Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2<sup>nd</sup> Edition). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education
- Quinn, K. (2016). Why We Share: A Users and Gratifications Approach to Privacy Regulation in Social Media Use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media Research*, 60(1), 61-86.
- Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Sci*, 6(2), 148-153.
- Ravinder Reddy, M.D., and Matcheri S. Keshavan. (2015). *Understanding Schizophrenia A Practical Guide for Patients, Families, and Health Care Professionals* (1<sup>st</sup> Edition). California Praeger
- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention program in a developing country. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 91(5), 331-335.h
- Rebecca Schennach, Michael Obermeier, Sebastian Meyer, Markus Jäger et al. (2012). Predictors of Relapse in the Year After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, (63), 87–90.

- Robert Paul Liberman and Alex Kopelowicz. (2009). Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A Family-assisted Program for Latinos in California. *Salud Mental*, 32(2), 93-105.
- Roe, D., & Yanos, P. T. (2006). Psychoeducation for people with psychotic symptoms: Moving beyond information and towards inspiration. *The Behavior Therapist*, 29(3), 53-56.
- Rorden, J.W. and Taft, E. (1990). *Discharge Planning Guide for nurse*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self management therapy: Background and perspectives on context, process, and outcome. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2009). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9<sup>th</sup> Edition)*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.
- Selda Polata and Yasemin Kutlu. (2021). The effectiveness of illness management and recovery program in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(35), 162-167.
- Shiau SJ, Chang SR. (1993). The life space of offsprings with schizophrenic parents: the primary study of patients' and spouses' perceptions. *Nurs Res (China)*, 1, 218-230.
- Smaldone A, Findley S, Manwani D, Jia H, Green NS. (2018). HABIT, a Randomized Feasibility Trial to Increase Hydroxyurea Adherence, Suggests Improved Health-Related Quality of Life in Youths with Sickle Cell Disease. *J Pediatr*, 197, 177-185.
- Spirito, A, Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(3), 269-274.
- Stein-Parbury J, Gallagher R, Chenoweth L, Luscombe GM. (2012). Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses. *J Psychiatry Mental Health Nursing*, 19(2), 146-153.

- Sundel, M. and Sundel, S. (1999). *Behavior change in the Human Service (4<sup>th</sup> Edition)*. Sage Publications. California.
- Uygur AB, Esen Danacı A. Şizofreni Hastalarının İhtiyaçları ve Öngörülebilirliği. (2019). [Needs of Patients with Schizophrenia and Their Predictors]. *Turk Psikiyatri Derg*, 30(3), 180-190.
- Wang, M., Jin, G., Wei, Y. et al. (2020). Awareness, utilization and influencing factors of social supports for main informal caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional study in primary care settings in Beijing, China. *BMC Fam Pract*, 21(192), 1-8.
- Wen Ling Hsieh, et al. (2019). Mediating Effect Of The Motivation For Medication Use On Disease Management And Medication Adherence Among Community-Dwelling Patients With Schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1877–1887.
- World Health Organization. (2015). International statistical classification of diseases and related health problems, 10<sup>th</sup> revision (5<sup>th</sup> Edition). World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World Health Statistic 2015*.  
<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2015.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Medical Centre : Schizophrenia*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. (2015). High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 1161-1167.
- Yuni Retnowati. (2017). Communication Strategy of ICCS (Indonesian Community Care for Schizophrenia) in Giving Psycho-education to People with Schizophrenia

and their Families. *The International Conference on Design and Technology*, (2017), 321–328.

Zou H, Li Z, Arthur D, Wang H. (2014). Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: a qualitative study on facilitators and barriers. *Int J Mental Health Nursing*, 23(4), 355-363







ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ความเชี่ยวชาญ
1. อ.นพ. สมรักษ์ สันติเบญจกุล	อาจารย์พิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- โรควิตกกังวลผู้ใหญ่ - ปัญหาทางด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะความคิดบกพร่อง (Cognitive function)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พนิดา ศรีคชินทร์	อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย	- ปัญหาเกี่ยวกับการแสดงออกอารมณ์ที่สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท - การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุดาพร สติยยุทธการ	อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- การจัดการกับอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท - การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
4. นางสาวรวงคนา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี	- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN)
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN)



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) คำนวณได้จากสูตร  
ดังนี้

(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

$$CVI = \frac{8}{8} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็น  
จิตเภท

$$CVI = \frac{12}{14} = .85$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของ  
บุคคลที่เป็น จิตเภทในชุมชน

$$CVI = \frac{13}{15} = .86$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและ  
ผู้ป่วยของ ผู้ดูแล

$$CVI = \frac{13}{15} = .86$$

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท  
ในชุมชน

เมื่อนำข้อมูลของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics		Item Statistics			
Cronbach's Alpha	N of Items	Mean	S.D.	N	
.87	14				
		Relapse 1	3.33	0.711	30
		Relapse 2	3.27	0.640	30
		Relapse 3	3.17	0.747	30
		Relapse 4	3.30	0.651	30
		Relapse 5	2.90	0.885	30
		Relapse 6	2.87	0.900	30
		Relapse 7	3.70	0.651	30
		Relapse 8	3.43	0.898	30
		Relapse 9	4.40	0.675	30
		Relapse 10	4.60	0.724	30
		Relapse 11	3.80	0.805	30
		Relapse 12	3.57	0.858	30
		Relapse 13	3.63	0.615	30
		Relapse 14	3.63	0.718	30

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็น  
จิตเภทในชุมชน

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทใน  
ชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค  
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics		Item Statistics			
Cronbach's Alpha	N of Items		Mean	S.D.	N
.81	15	ข้อที่ 1	1.77	0.430	30
		ข้อที่ 2	2.23	0.626	30
		ข้อที่ 3	2.73	0.450	30
		ข้อที่ 4	2.47	0.507	30
		ข้อที่ 5	2.80	0.407	30
		ข้อที่ 6	1.23	0.568	30
		ข้อที่ 7	2.30	0.466	30
		ข้อที่ 8	2.23	0.430	30
		ข้อที่ 9	2.63	0.556	30
		ข้อที่ 10	1.77	0.568	30
		ข้อที่ 11	2.73	0.521	30
		ข้อที่ 12	2.23	0.430	30
		ข้อที่ 13	1.60	0.621	30
		ข้อที่ 14	1.63	0.718	30
		ข้อที่ 15	1.90	0.845	30

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล  
เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลมา  
วิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's  
Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics		Item Statistics			
Cronbach's Alpha	N of Items	Mean	S.D.	N	
.81	15				
		ข้อที่ 1	2.40	0.621	30
		ข้อที่ 2	2.50	0.630	30
		ข้อที่ 3	2.40	0.498	30
		ข้อที่ 4	2.33	0.479	30
		ข้อที่ 5	2.47	0.507	30
		ข้อที่ 6	2.60	0.498	30
		ข้อที่ 7	2.63	0.490	30
		ข้อที่ 8	2.37	0.490	30
		ข้อที่ 9	2.33	0.547	30
		ข้อที่ 10	1.93	0.828	30
		ข้อที่ 11	1.90	0.759	30
		ข้อที่ 12	2.83	0.379	30
		ข้อที่ 13	2.17	0.379	30
		ข้อที่ 14	2.17	0.531	30
		ข้อที่ 15	2.33	0.547	30





ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ตามแนวคิดของ Grey, Schuman-Green, Knafel & Reynolds (2015)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ตามแนวคิดของ Meijel et al. (2003) พัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์ (2549)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย



### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 ตัวอย่างโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง

ระยะเวลา : 45 – 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนและผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

ช่องทางดำเนินกิจกรรม : Face to face

### หลักการและเหตุผล

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน ยินดีที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการแนะนำตนเองและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมและมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเองระหว่างกันและกัน รวมทั้งสะท้อนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน และประเมินถึงความต้องการที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเพิ่มเติมเพื่อเป็นการประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทศนคติที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อโรคจิตเภท บริบทของครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และความต้องการที่ผู้ป่วยและครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและรูปแบบของกิจกรรม
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเอง
4. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ โครงสร้างของครอบครัวและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. เพื่อประเมินความรู้เดิม ความเชื่อ ทศนคติที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีต่อโรคจิตเภท

ลักษณะกิจกรรม : กลุ่มครอบครัว

### สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. แบบบันทึกการจัดการตนเองของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้

### เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. การเล่าประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเอง

3. การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. การประเมินจัดการตนเองของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำทักทายกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแนะนำตัว จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ชี้แจงวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและทราบถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรม (10 นาที)
2. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองระหว่างกันและกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและเกิดความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน (30 นาที)
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละครอบครัวร่วมกันสรุปความต้องการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปรายในแต่ละครอบครัว (10 นาที)
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการนัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป (10 นาที)

# คู่มือการจัดการตนเองและ ครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

## สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว



จัดทำโดย  
นางสาวปริฉัตร อยู่คง  
รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

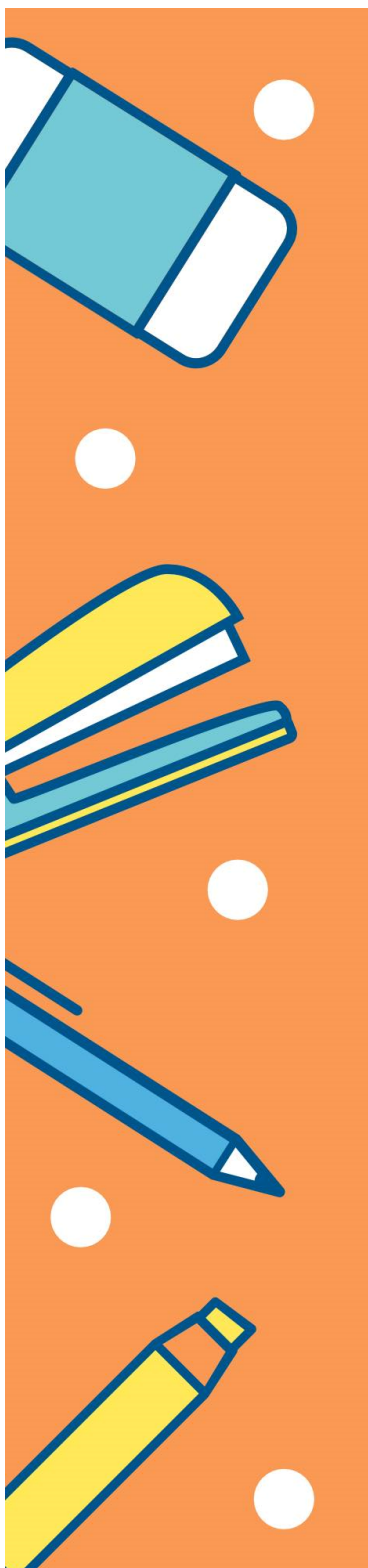
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และมีการดำเนินของโรคในลักษณะเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีผู้ป่วยซ้ำการเป็นช่วง ๆ และส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของตนเอง ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกขาดประสิทธิภาพในการใช้ชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งสังคมอาจเกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยและอาจมีการใช้ต้นทุนในการรักษาที่เพิ่มขึ้น

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคจิตเภทจัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน โดยมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและเหมาะสมกับบริบทของการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข

ผู้จัดทำขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ทบทวนความถูกต้องทางวิชาการ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาคู่มือเล่มนี้ให้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวเพื่อนำไปประกอบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

ปริฉัตร อยู่คง  
กุมภาพันธ์ 2565




## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โรคจิตเภท คืออะไร ?	1
อาการของโรคจิตเภท	3
การรักษาโรคจิตเภท	4 - 6
วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	7 - 8
การป่วยซ้ำ คืออะไร ?	9
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คืออะไร ?	10
การรับรู้อาการเตือน	11 - 12
การใช้ยาอย่างถูกต้อง	13 - 18
การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม	19 - 24
การจัดการตนเองและครอบครัว คืออะไร ?	25 - 30
บทสรุป	31
เอกสารอ้างอิง	32 - 34
ภาคผนวก	35 - 37



คู่มือการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง  
และครอบครัวตามวิถีใหม่

สำหรับผู้นำไปปฏิบัติ



จัดทำโดย  
นางสาวปรีฉัตร อยู่คง  
รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ  
นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะ  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



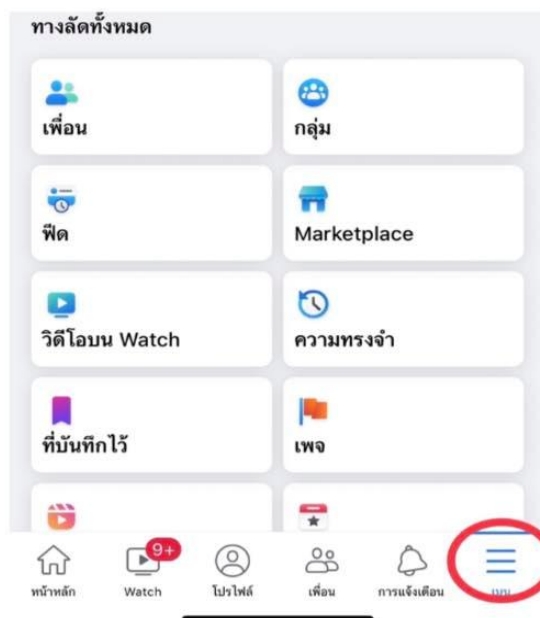
ระยะเวลาของกลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่ได้รับ
<p>เปิดกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 5 นาที</p>	<p><b>ขั้นเตรียมความพร้อม</b></p> <p>1.ผู้วิจัยทักทายบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลและชักชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม</p>	<p>- แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม</p> <p>- Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้</p>	<p>- ผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีและไว้วางใจระหว่างกันและกัน</p> <p>- บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลรับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่ได้รับ และวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม</p>
<p>ดำเนินกิจกรรม 50 นาที</p>	<p><b>ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม</b></p> <p>1.ผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงของยาให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลรู้สึกถึงความรู้และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม</p>	<p>- Smart Phone หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้</p> <p>- แบบประเมิน Checklist ขั้นตอนการใช้อย่างถูกต้อง</p> <p>- VDO สถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมีการใช้ยา</p> <p>- คู่มือการจัดการตนเองและ</p>	<p>- บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้อง</p> <p>- บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดทักษะในการใช้อย่างถูกต้อง</p>

ระยะเวลาของกลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่ได้รับ
	<p>ครั้งนี้ พร้อมทั้งเปิดคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม (10 นาที)</p> <p>2.ผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับการจัดยา และการหย่ายด้วยตนเอง และจัดการกับผลข้างเคียงของยา ให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล (20 นาที)</p> <p>3.ผู้วิจัยมอบหมายสถานการณ์สมมติผ่าน VDO สถานการณ์เมื่อผู้ป่วยต้องมีการใช้ยาและเกิดผลข้างเคียงจากยา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสาธิตการใช้ยาอย่างถูกต้องและการจัดการผลข้างเคียงจากยาตาม</p>	<p>ครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับบุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว</p>	<p>-ผู้วิจัยได้รับทราบถึงการนำความรู้ในการใช้อย่างถูกต้องที่บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย</p>

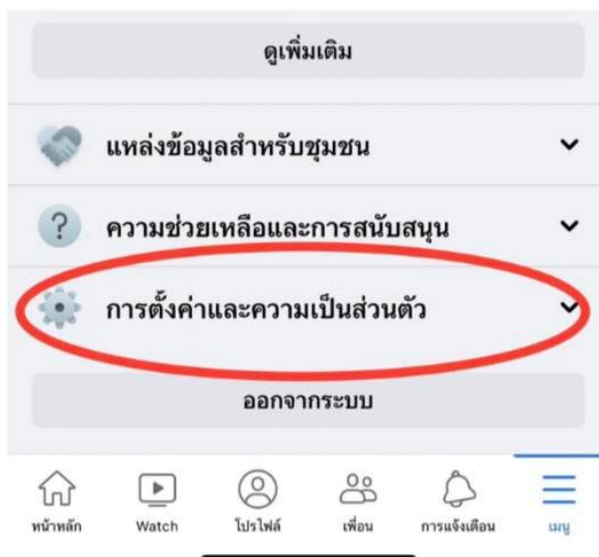
### ขั้นตอนการปกป้องความลับของอาสาสมัคร



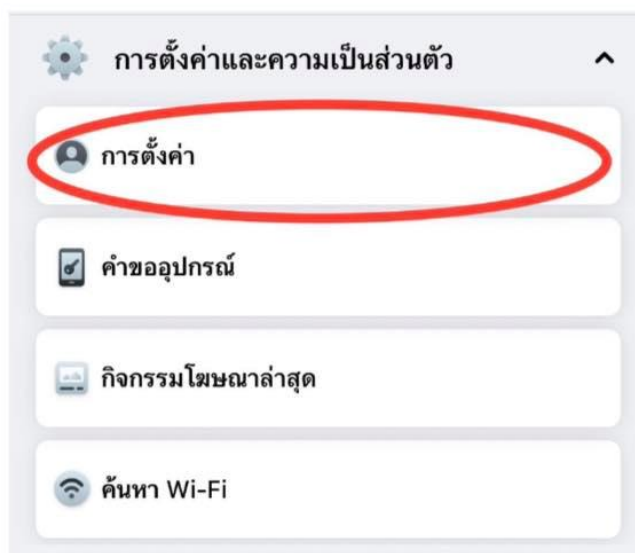
1. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครปิดกันข้อมูลส่วนบุคคล โดยเข้าไปที่แอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก



2. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครกดไปที่ "เมนู"



3. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครกดไปที่ " การตั้งค่าและความเป็นส่วนตัว "



4. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครกดไปที่ " การตั้งค่า "

## บัญชี

อัปเดตข้อมูลของคุณเพื่อรักษาบัญชีให้ปลอดภัย



ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลบัญชี



รหัสผ่านและการรักษาความปลอดภัย



การชำระเงิน

### การตรวจสอบความเป็นส่วนตัว

การตรวจสอบที่แนะนำสำหรับการตั้งค่าความเป็นส่วนตัวและการรักษาความปลอดภัยที่สำคัญของคุณ



## การตั้งค่า

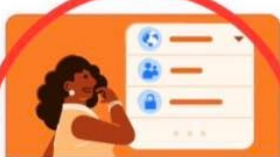
ปรับแต่งประสบการณ์ของคุณบน Facebook

5. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครกดไปที่ " การตรวจสอบความเป็นส่วนตัว "

## การตรวจสอบความเป็นส่วนตัว

เราจะแนะนำการตั้งค่าบางส่วนให้คุณทราบ เพื่อช่วยให้คุณตัดสินใจเกี่ยวกับบัญชีของคุณได้อย่างถูกต้อง

คุณต้องการเริ่มต้นกับหัวข้ออะไร



คนที่สามารถเห็นสิ่งที่  
คุณแชร์ได้



วิธีการรักษาบัญชี  
ของคุณให้ปลอดภัย  
● หนึ่งปีที่แล้ว

6. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครกดไปที่ " คนที่สามารถเห็นสิ่งที่คุณแชร์ได้ "

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  แยกกันอยู่  
 หม้าย  หย่า  อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  
 อนุปริญญา/ปวช./ปวส.  มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโท  อื่น ๆ
5. อาชีพ  ค้าขาย  รับจ้าง  รับราชการ  
 รับราชการ  เกษตรกรรม  พนักงานบริษัท  
 รัฐวิสาหกิจ ว่างงาน  อื่น ๆ ระบุ.....
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน.....ปี
8. ประวัติการใช้สารเสพติด  ไม่เคย  เคย ได้แก่.....

## แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  แยกกันอยู่  
 หม้าย  หย่า  อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  
 อนุปริญญา/ปวช./ปวส.  มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโท  อื่น ๆ
5. อาชีพ  ค้าขาย  รับจ้าง  รับราชการ  
 รับราชการ  เกษตรกรรม  พนักงานบริษัท  
 รัฐวิสาหกิจ  ว่างงาน  อื่น ๆ ระบุ.....
6. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย  บุตร  สามี  ภรรยา  
 หลาน  พี่/น้อง  อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี
9. ผู้ดูแลผู้ป่วย คือ.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะสอบถามถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

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

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมหรือการกระทำ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรับรู้ตนเองเมื่ออารมณ์ของท่านเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น กำลังหงุดหงิดหรือซึมเศร้า					
2. ท่านกำลังรับรู้ตนเองเมื่อความคิดของท่านกำลังเปลี่ยนแปลง เช่น คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย คิดว่าตนเองไร้ค่า					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
.....					
14. ท่านยังคงรับประทานยาต่อเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคจิต เช่น กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง เป็นต้น					



## เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

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

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	2	3	4	5	6	7
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

### เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ฉันอ่านฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาของแพทย์				
2	ฉันรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างครบถ้วน				
3	ฉันไม่หยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการพอ ๆ เดิม				
4	ฉันสังเกตผลข้างเคียงจากยา เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หรือหน้ามืด				

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
5	เมื่อฉันเกิดอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา ท่านจะขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์				
6	เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ฉันจะบ้วนปาก จิบน้ำ หรือน้ำมะนาวบ่อย ๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น				
7	ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด โมโห หรือเกิดความเครียด				
8	ฉันสังเกตสัญญาณเตือนของกาป่วยซ้ำ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดกกังวล เศร้า หมกมุ่นกับเรื่องลึกลับ ได้ด้วยตนเอง				

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
9	เมื่อฉันมีสัญญาณเตือนของการป่วยซ้ำ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิตกกังวล ฉันจะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไว้ และขอความช่วยเหลือจากครอบครัว				
10	ฉันไม่แยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว				
11	ฉันหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด				
12	เมื่อฉันรู้สึกเครียด ฉันจะผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การทำงานบ้านหรือปรึกษานักจิตวิทยาที่ไว้วางใจได้				
13	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันจะแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นย่อย ๆ				
14	ฉันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา				
15	ฉันปรึกษาปัญหากับครอบครัวและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา				

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ฉันเป็นผู้ช่วยในการจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรับประทาน				
2	ฉันประเมินและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หรือหน้ามืด				
3	เมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากยา ฉันจะขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ				
4	ฉันคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง				

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
5	ฉันสังเกตผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่				
6	ฉันพยายามลดสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ				
7	ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด โมโห หรือเกิดความเครียด				
8	เมื่อผู้ป่วยมีอาการเตือน เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัว วิดกกังวล เศร้า หงุดหงิดกับเรื่องเล็กน้อย ฉันจะโน้มน้าวให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไว้และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์				
9	ฉันมีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด				

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
10	เมื่อนั้นเกิด ความเครียด ฉันจะ ผ่อนคลาย ความเครียด เช่น ดู หนัง ฟังเพลง ทำงาน บ้าน หรือทำในสิ่งที่ ฉันชื่นชอบ				
11	ฉันมีการแบ่งหน้าที่ใน การดูแลผู้ป่วยในด้าน ต่าง ๆ เช่น การ เตรียมยา การช่วย ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และการพา ไปตรวจตามนัดกับ ครอบครัวของฉัน				
12	ฉันให้กำลังใจผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ				
13	ทำนสื่อสารกับผู้ป่วย ด้วยถ้อยคำสุภาพ กระชับ ชัดเจน และ ไม่ตำหนิผู้ป่วย				
14	ฉันใช้เวลาว่างพูดคุย ปรึกษาปัญหา กับผู้ป่วย และร่วมกันหา แนวทางแก้ไข				

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
15	ฉันดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและจัดหากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด				






ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	หน้า 1/11

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาวปริฉัตร อยู่คง  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย หอผู้ป่วยปัญญาสมาธิ ชั้นที่ 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4121  
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 092-2718903

**ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)**

ชื่อ รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-218-1128  
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-555-5879


ชื่อ อาจารย์ นพ. เมธีวีร์ ชิตเดชะ  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000  
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 095-863-4110

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของพยาบาลผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	หน้า 2/11

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### เหตุผลความเป็นมา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม บุคคลที่เป็นจิตเภทจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบรุนแรงและถูกจำหน่ายกลับไปดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชน โดยพบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมักมีปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและครอบครัวขาดความสามารถในการจัดการตนเองในลักษณะต่าง ๆ นำไปสู่การป่วยซ้ำตามมา ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงสนใจในการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์โดยใช้เฟซบุ๊กเป็นหลัก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแนวทางการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามวิถีใหม่ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร่วมกับการพบปะกันแบบกลุ่มครอบครัวทั้งนี้เพื่อใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ


### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและเป็นการประเมินระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของท่านก่อนเริ่มโครงการ โดยผู้วิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้มีการจับคู่อายุของท่านที่เท่าเทียมกันและทำการแบ่งกลุ่มโดยการจับผลสลากรายชื่อของท่านร่วมกับผู้ดูแลแต่ละครอบครัวที่จับคู่ไว้แต่ละคู่เข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หากรายชื่อใดได้หมายเลข 1 จะเป็นกลุ่มทดลอง และรายชื่อใดได้หมายเลข 2 จะเป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่จำนวน 21 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 21 ครอบครัว (1 ครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นจิตเภท 1 คน และผู้ดูแล 1 คน) ทั้งนี้ท่านจำเป็นต้องมีโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเฟซบุ๊กได้และมีบัญชีเฟซบุ๊กเพื่อใช้ใน




	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	หน้า 3/11

การดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ทั้งหมด 8 ครั้งใน  
ทุก ๆ วันอังคารและวันพฤหัสบดีเป็นระยะเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ (สัปดาห์แรกท่านจะเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง และสัปดาห์  
ต่อมาท่านจะเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และในสัปดาห์ที่ 2-7 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะมีการประเมินอาการป่วยซ้ำจาก  
แบบประเมินอาการทางจิตของฉันทิผู้วิจัยมอบหมายเป็นระยะเวลา 15 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งในแต่ละกิจกรรม  
มีรายละเอียด ดังแสดงในตารางสรุปการนัดหมาย ดังนี้




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขเอกสาร ๗๖๑ / ๖๕

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ</b>	AF 06-05/6.1
		<b>ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)</b>	หน้า 4/11

ตารางสรุปการนัดหมาย	
การนัดหมาย	รายละเอียดกิจกรรม
<b>สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1</b>	กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง ผ่านรูปแบบพบปะกันแบบกลุ่มครอบครัวที่คลินิกจิตเวช ตึกภปร.ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (10 นาที) รวมทั้งมีการเล่าประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง (40 นาที) และภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง รวมทั้งผู้วิจัยจะมอบหมายการบ้านเป็นการบ้านที่ก้อการทางจิตทุกวันผ่านแบบบันทึกก้อการทางจิตประจำวันของฉันทันในคู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้วิจัยจิตเภทและครอบครัว โดยจะมีกำหนดส่งในทุก ๆ สัปดาห์ก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้ง และร่วมกันสรุปกิจกรรม (10 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกก้อการทางจิตประจำวันของฉันทันให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
<b>สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2</b>	กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมาย ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) และขอความร่วมมือให้ท่านแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทและการป้องกันการป่วยซ้ำของท่าน (25 นาที) และในระหว่างดำเนินกิจกรรมดังกล่าวท่านและผู้ดูแลจะมีการร่วมกันวิเคราะห์และสรุปสาเหตุของปัญหาการป่วยซ้ำ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของท่านและผู้ดูแลผ่านงานวิเคราะห์การป่วยซ้ำ (15 นาที) รวมทั้งท่านและผู้ดูแลต้องร่วมกันตอบคำถามจากโพสต์หัวข้อการวางแผนประสบการณ์ใหม่ผ่านช่องแชทของกลุ่มและร่วมกันสรุปกิจกรรม (15 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกก้อการทางจิตประจำวันของฉันทันให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
<b>สัปดาห์ที่ 2 ครั้ง ที่ 3</b>	กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (35 นาที) และขอความร่วมมือให้ท่านและผู้ดูแลเล่นเกม Kahoot เพื่อทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการอารมณ์ (15 นาที) และร่วมกันสรุปกิจกรรม (5 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกก้อการทางจิตประจำวันของฉันทันให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
<b>สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4</b>	กิจกรรมเดือนใจเรา ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์และสาเหตุวิธีการสังเกตและจัดการกับก้อการ




**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	หน้า 5/11

การนัดหมาย	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 (ต่อ)	เดือนให้แก่ท่านและผู้ดูแล (35 นาที) และผู้วิจัยจะมอบหมายวิดีโอสถานการณ์บุคคลที่เป็นจิตเภทมีสัญญาณของอาการเตือนและให้ท่านสาธิตย้อนกลับร่วมกับผู้ดูแล (15 นาที) และร่วมกันสรุปกิจกรรม (5 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของฉันทให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5	กิจกรรมรักษายา ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) และผู้วิจัยจะมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องและสาธิตการใช้ยาอย่างถูกต้องให้แก่ท่านและผู้ดูแล (35 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจะมอบหมายสถานการณ์เมื่อบุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมีการใช้ยาและเกิดผลข้างเคียงของยาและให้ท่านสาธิตย้อนกลับร่วมกับผู้ดูแล (15 นาที) และร่วมกันสรุปกิจกรรม (5 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของฉันทให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 6	กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) และผู้วิจัยจะมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมให้แก่ท่านและผู้ดูแล (30 นาที) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยสาธิตการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา ผู้วิจัยจะมอบหมายวิดีโอสถานการณ์มีปัญหในการดำเนินชีวิตประจำวันและให้ท่านสาธิตย้อนกลับ (20 นาที) และร่วมกันสรุปกิจกรรม (5 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของฉันทให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านทางช่องแชทกลุ่มปิด (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 7	กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต ผ่านรูปแบบเฟสบุ๊คแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 60 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) และผู้วิจัยจะมอบหมายให้ท่านและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายประโยชน์ ปัญหา และอุปสรรคจากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน และร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาผ่านการตอบคำถามทางช่องแชทกลุ่มโดยผู้วิจัยจะให้โจทย์ทางโพสต์ของFacebook หัวข้อเรื่องปรับให้เข้ากัน (30 นาที) ทั้งนี้ผู้วิจัยจะมีการส่งเสริมให้ท่านและผู้ดูแลค้นหาและสนับสนุนในส่วนดีของกันและกันผ่านการอภิปรายหัวข้อ "ความประทับใจของกันและกัน" (15 นาที) และภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง (5 นาที) และร่วมกันสรุปกิจกรรม (5 นาที)
ส่งการบ้านแบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของฉันทให้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านการพบปะกันที่คลินิกจิตเวช ตึกภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (ก่อนเริ่มกิจกรรม 15 นาที)	




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	หน้า 6/11

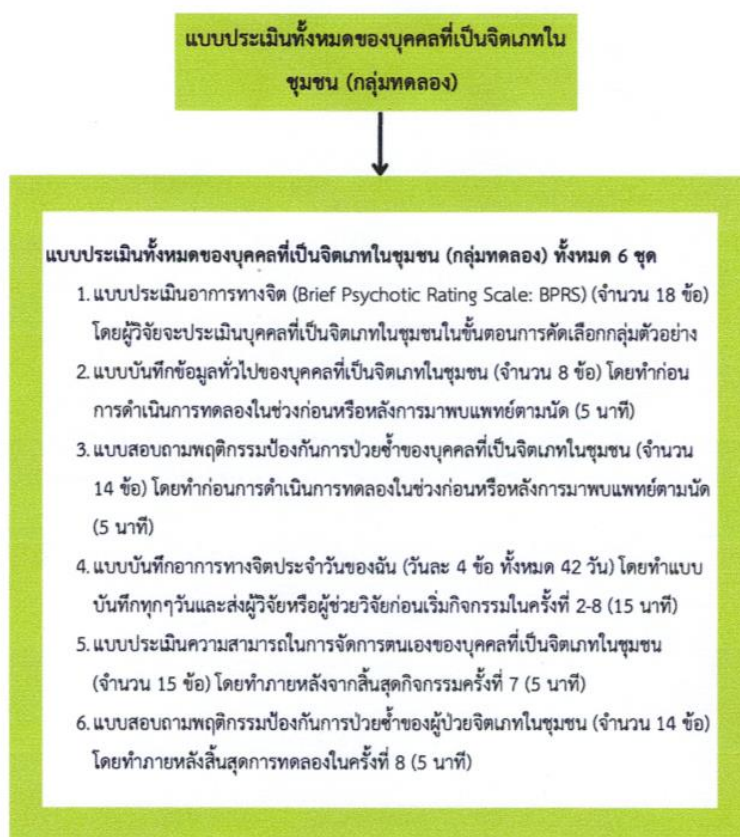
การนัดหมาย	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 8	กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจ ผ่านรูปแบบพบปะกันแบบกลุ่มครอบครัวเป็นระยะเวลา 45 นาที โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ท่าน และผู้ดูแล (5 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจะมอบหมายให้ท่านและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ความสำเร็จตามเป้าหมาย” (20 นาที) รวมทั้งเปิดโอกาสให้ท่านและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สรุปกิจกรรมทั้งหมดร่วมกัน และปิดโครงการ (10 นาที) และภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (5 นาที)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขโครงการ 769 165

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)</b>	AF 06-05/6.1
			หน้า 7/11

### สรุปแบบประเมินทั้งหมด



หากท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะเป็นผู้พิจารณาในการเลื่อนวันหรือเวลาของกิจกรรมในครั้งนั้นให้ตรงกับช่วงเวลาที่ท่านสะดวก โดยท่านมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าร่วมการวิจัยให้ครบทุกครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมดที่ท่านต้องอยู่ในโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์


### สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**



	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ</b> <b>ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> <b>(บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน)</b> <b>(กลุ่มทดลอง)</b>	AF 06-05/6.1
			หน้า 8/11

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

การเสียเวลา ไม่สะดวก ไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถาม หรือสูญเสียรายได้ หากกิจกรรมที่ท่านต้องปฏิบัติก่อให้เกิดความเครียดหรือความเจ็บป่วย ฯลฯ ผู้วิจัยจะแจ้งผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลท่านเพื่อดำเนินการช่วยเหลือในทันที

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น หรือความเสี่ยงอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาจนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอนาคต

### **ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย


### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับการบำบัดทางสังคมในรูปแบบอื่นนอกเหนือจากการบำบัดที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**  
**คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ</b>	AF 06-05/6.1
		<b>ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)</b>	หน้า 9/11

#### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งยังจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวปริฉัตร อยู่คง โทร 092-2718903 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### **ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเงินชดเชยค่าเดินทางค่าเสียเวลาในครั้งที่ 1 จำนวน 200 บาท และครั้งที่ 8 จำนวน 300 บาทที่มาพบผู้วิจัย ทั้งหมด 2 ครั้ง รวมเป็นเงินชดเชยทั้งหมด 500 บาท

#### **การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่ามี)**

ไม่มี

#### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้


- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง

#### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยก่อนเริ่มโครงการผู้วิจัยทำข้อตกลงกับท่านเกี่ยวกับการปิดกั้นความลับข้อมูลของเฟสบุ๊คของท่าน โดยขอความร่วมมือให้ท่านเข้าเฟสบุ๊คแล้วไปทำการตั้งค่า จากนั้นกดตรวจสอบความเป็นส่วนตัว และกดที่ตัวเลือกคนสามารถเห็นสิ่งที่คุณแชร์ได้ จากนั้นกดเลือกตัวเลือกเพื่อน (หากท่านมีข้อจำกัดในการปิดกั้นข้อมูล ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการช่วยเหลือ) โดยจะปิดกั้นเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ที่ดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือให้ท่านไม่เพิ่มเพื่อนในผู้ร่วมการวิจัยด้วยตนเองและไม่นำข้อมูลระหว่างการวิจัยมาเผยแพร่สู่บุคคลอื่น จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านเข้าสู่กลุ่มปิด Relapse Relife โดยท่านจะมีโค้ด (CODE) ในการขออนุญาตเข้าร่วมกลุ่มว่า "PA22" และทุกครั้งที่มีการดำเนินกิจกรรมผ่านเฟสบุ๊คท่านต้องมีการแจ้งโค้ด (CODE) ดังกล่าวผ่าน



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)</b>	AF 06-05/6.1
			หน้า 10/11

ช่องแชนท์ของกลุ่ม และระหว่างดำเนินกิจกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะมีการเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยเมื่อผู้วิจัยมอบหมายการบ้านหรือโจทย์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามในโจทย์ผ่านช่องแชทกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการประเมินคำตอบของท่านและตอบกลับทันที ภายหลังจากการตอบกลับผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการยกเลิกการส่งข้อมูลให้ทุกคนและลบช่องแชทของกลุ่มทันที และ ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลด้วยการลบกลุ่ม Relapse Relife ทันที โดยผู้วิจัยจะกดเข้าหน้าโปรไฟล์กลุ่ม และกดไปที่รูปภาพของท่าน จากนั้นดำเนินการลบผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านออกจากกลุ่ม จนกระทั่งเหลือผู้วิจัยเป็นคนสุดท้ายของกลุ่ม และกดกลับไปยังหน้าหลักของกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยจะกดที่ข้อความ “ลบกลุ่ม” พร้อมกับแก้ไขความเป็นส่วนตัวให้ท่านกลับเป็นเช่นเดิม ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### **การยกเลิกการให้ความยินยอม**

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวปริฉัตร อยู่คง ที่อยู่ หอผู้ป่วยปัญญมาราชินชั้นที่ 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


#### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง)	AF 06-05/6.1  หน้า 11/11
---	--	--	--------------------------------

5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน)</b>	AF 06-07/6.1
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

วันที่ทำคำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในอนาคตได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน)	AF 06-07/6.1
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแลตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....


.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-07/6.1
		โครงการสำหรับอาสาสมัคร (ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล)	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ในฐานะผู้ดูแลของ นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้า  
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าพอใจ

บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย


บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร (ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล)</b>	AF 06-07/6.1
			หน้า 2/2

บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าใจว่า บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัว  
ของบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของบุคคลในความดูแลของข้าพเจ้า  
ได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของบุคคลในความดูแล  
ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและใน  
คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทาง  
การแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

บุคคลในความดูแลของข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย  
ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้  
ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย







COA No. 0169/2023

IRB No. 0769/65

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเต็มชุด  
 (COA No. 0169/2023)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน
- เลขที่โครงการวิจัย** : -
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวบริษัทร อยู่นคง
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงร่างการวิจัย version 4.0 Date 10/02/2566
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 19/01/66
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มทดลอง) Version 4.0 Date 10/02/2566
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน) (กลุ่มควบคุม) Version 4.0 Date 10/02/2566



5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร (บุคคลที่เป็นจิตภทในชุมชน) Version 3.0 Date 15/01/2566
6. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล) (กลุ่มควบคุม) Version 4.0 Date 10/02/2566
7. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล) (กลุ่มทดลอง) Version 4.0 Date 10/02/2566
8. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร (ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล) Version 3.0 Date 15/01/2566
9. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง version 1.0 Date 31/10/2565
10. คู่มือ version 4.0 Date 10/02/2566
11. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Miss Parichat Yookong
  - Assoc.Prof. Dr. Penpaktr Uthis
  - Mayteewat Chiddaycha, M.D.

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ)  
รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนัญญา ทองคั้น)  
กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 16 กุมภาพันธ์ 2566

วันหมดอายุ : 15 กุมภาพันธ์ 2567

ภาคผนวก ฉ

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๐๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีฉัตร อยู่คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำนวน ๔๒ คน และผู้ดูแลหลักของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำนวน ๔๒ คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภท แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภท และแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปรีฉัตร อยู่คง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๖

อาจารย์ นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะร่วม โทร. ๐๙-๕๘๖๓-๔๑๑๐

นางสาวปรีฉัตร อยู่คง โทร. ๐๙-๒๒๗๑-๘๙๐๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๐๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐  
๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปริฉัตร อยู่คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำนวน ๔๒ คน และผู้ดูแลหลักของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน จำนวน ๔๒ คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภท แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลเป็นจิตเภท และแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของครอบครัว ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปริฉัตร อยู่คง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๖

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะร่วม โทร. ๐๙-๕๘๖๓-๔๑๑๐

ชื่อนิสิต

นางสาวปริฉัตร อยู่คง โทร. ๐๙-๒๒๗๑-๘๙๐๓



เลขที่รับ 0739

วันที่ 18 พค. 65 FON-CU-THESIS11

เวลา 09.01 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวปริฉัตร อยู่คง

รหัสนิสิต

6 3 7 2 0 0 8 4 3 6

โทรศัพท์มือถือ 0 9 2 2 7 1 8 9 0 3 ประกาศหัวข้อ ฉบับที่ 1 0 / 2 5 6 4 หน้าที่ 0 4

E-MAIL: mj\_ft@hotmail.com

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์
4. อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย
5. ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ. 2549

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม ..... ผู้ยื่นคำร้อง

ของนางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ ซึ่งมี รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (นางสาวปริฉัตร อยู่คง )

เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา.

....18.... / .....พฤษภาคม..... / ...2565.....

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 18 พฤษภาคม 2565 เวลา 14:57 .....เห็นชอบในการขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....</p> <p>ลงนาม ..... (รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ) ....18.... / .....พฤษภาคม..... / ...2565.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... (.....)</p> <p>...../...../.....</p>
--	---

19 พฤษภาคม 2565 เวลา 08:04

อนุญาต

ลงนาม .....  
(.....)

รองคณบดี

...../...../.....

19 พฤษภาคม 2565 เวลา 11:16

\* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยุพาทัง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

\*\* ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๕๙๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เนื่องด้วย นางสาวปรีฉัตร อยู่คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของ กรมสุขภาพจิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. ๐๘๑-๕๕๕๕๕๗๗๙  
นางสาวปรีฉัตร อยู่คง โทร. ๐๙๒-๒๗๑๘๙๐๓

ที่ สธ ๐๘๕๐/๒๖

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๕๙๕ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕  
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) จำนวน ๑ แผ่นตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตให้  
นางสาวปริฉัตร อยู่คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำแบบประเมิน  
อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไปใช้ในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง  
และครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน นั้นกรมสุขภาพจิต พิจารณาแล้วอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าวข้างต้น รายละเอียดตามสิ่งที่  
ส่งมาด้วย ทั้งนี้ หากดำเนินการแล้วเสร็จขอให้จัดส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ไปยังสำนักวิชาการสุขภาพจิต  
กรมสุขภาพจิต จำนวน ๑ เล่ม และในรูปแบบไฟล์ PDF ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.research@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

  
(นายศิริศักดิ์ ฐิตติลภรัตน์)  
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๘๕๖๘

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๓๙



**แบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของนิน**

วัน/เดือน/ปี	อาการทางจิต/อารมณ์/ ความรู้สึก	วิธีการจัดการ	สิ่งที่ต้องปรับปรุง
26 เมษ 66	รู้สึกดท้วว, เบื่อๆ กิ มาก นอนไม่หลับ ใจ ไม่โล่งสบาย ใจระมัด มากเลย ตื่นเช้าตื่นนอน ตื่นเช้า นอนหลับ ตื่นเช้า นอนหลับ	ได้คุยกับ นิน ปรึกษาพี่ๆ ใน ใจๆ ปรึกษา พี่ๆ ปรึกษา ปรึกษา พี่ๆ ปรึกษา ปรึกษา พี่ๆ ปรึกษา	อยากได้ ปรึกษา ปรึกษา ปรึกษา ปรึกษา
27 เมษ 66	ง่วงนอนมาก ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง	นอนหลับ นอนหลับ นอนหลับ นอนหลับ	ง่วงนอน ง่วงนอน ง่วงนอน ง่วงนอน
28 เมษ 66	หัวใจเต้นเร็ว ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง	คุยกับ นิน คุยกับ นิน คุยกับ นิน คุยกับ นิน	ใจเต้นเร็ว ใจเต้นเร็ว ใจเต้นเร็ว ใจเต้นเร็ว
29 พฤษ 66	ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง	ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน	ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง



**แบบบันทึกอาการทางจิตประจำวันของนิน**

วัน/เดือน/ปี	อาการทางจิต/อารมณ์/ ความรู้สึก	วิธีการจัดการ	สิ่งที่ต้องปรับปรุง
19/เมษายน/66	รู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย	พักผ่อน พักผ่อน พักผ่อน พักผ่อน	
20 เมษายน 2566	- มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง รู้สึกเหนื่อย ใจไม่โล่ง	- อยู่นิ่งๆ พักผ่อน พักผ่อน พักผ่อน	
21 เมษายน 2566	- รู้สึกไม่สบายใจ ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง	- ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน	
22 เมษายน 2566	- รู้สึกไม่สบายใจ ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง ใจไม่โล่ง	- ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน ปรึกษา นิน	



Relapse Relife (รีแลพ รีไลฟ์)

Parichat Yookong · 5 มิ.ย. 2565 ·



แนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ  
ของบุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแล

1. มีสติระหว่างวัน
2. ช่วยกันสังเกตอาการ
3. เขียนบันทึก

การใช้ยาอย่างถูกต้อง

1. ไม่ปรับยาเอง
2. กินยาตามแพทย์สั่ง
3. เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ปรึกษา แพทย์

การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

1. อ่านหนังสือ
2. วาดรูป
3. สวดมนต์ ไหว้พระ

13 สัปดาห์

1

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปริฉัตร อยู่คง
วัน เดือน ปี เกิด	17 กุมภาพันธ์ 2539
สถานที่เกิด	จังหวัดสิงห์บุรี
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันการพยาบาล ศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2561
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 26/1 หมู่ 9 ต.อินทร์บุรี อ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี 16110



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY