

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric

Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท
โดย	นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ)

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร)

มณฑล ปับนวิเศษ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (THE EFFECT SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. รัชนิกร อุปเสน, 137 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการจับคู่ด้วยเพศ จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการ 2) แบบประเมินอาการทางจิต ซึ่งเครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5577310136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPRENIC PATIENTS / PSYCHOTIC SYMPTOM / SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM

MONTA PINWISES: THE EFFECT SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 137 pp.

The purposes of this quasi –experimental using the pretest – posttest design research were: 1) to compare psychotic symptom of schizophrenic patients before and after received symptom management program, and 2) to compare psychotic symptom of schizophrenic patients who received symptom management program and those who received routine nursing care. The subjects were 40 schizophrenic patients receiving in inpatients, Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received symptom management program. The control group received routine nursing care. Research instruments were 1) Symptom management program, 2) Positive and Negative Syndrome Scale. The instruments were tested for content validity by 5 psychiatric experts. The Chronbach’s Alpha coefficients reliability of the instrument was .82. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follow:

1. Psychotic symptom of schizophrenic patients who received symptom management program was significantly lower than before at the .05 level.
2. Psychotic symptom of schizophrenic patients who received symptom management program were significantly lower than those who received routine nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจเป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อุทิศตน พยายามทำการศึกษอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีวะและผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาและเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบ ขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานสอบ วิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ศจีมาจ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจให้ ข้อคิด คำแนะนำที่มีประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุก ท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนได้เครื่องมือการวิจัยที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุก ท่านที่ได้ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หัวหน้ากลุ่มการ พยาบาลที่พี่น้องพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทุกท่านที่ให้ความ ช่วยเหลือในด้านต่างๆที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอระลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือ มอบความรัก ความเข้าใจ และความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพ กาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	14
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	26
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	42
4. โปรแกรมการจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	50
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	59
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	67
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	89
สรุปผลการวิจัย	93
อภิปรายผลการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก	109
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	110
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์	112
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	116
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ตัวอย่าง).....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	137

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Model for symptom management ตามแนวคิดของ Larson et al (1994) และ โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	51
ตารางที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการ	70
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	71
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	82
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 20).....	84
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=20)	85
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20).....	86
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20)	87
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40).....	88

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจ แยกตัวเองออกจากสังคม และหยุดทำกิจกรรมที่เคยสนใจ (Bengston M., 2011; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยองค์การอนามัยโลกจัดให้โรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 ของโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด พบความชุกร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก และยังพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (American Psychiatric Association, 2000; Sadock and Sadock, 2007; WHO, 2011) จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเพิ่มขึ้นทุกปีโดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (Sadock and Sadock, 2005) โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนใหญ่เมื่อเป็นแล้วจะรักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ สามารถพบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชายในระดับเท่าๆกัน โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ปี เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการจะเท่ากับอายุ 21 ปีในเพศชายและอายุ 27 ปีในเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีจำนวนผู้ป่วยนอกระหว่างปี พ.ศ. 2552 -2555 จำนวน 4,260 ราย 4,398 ราย 4,456 ราย และ 4,305 รายตามลำดับ และผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลระหว่างปี 2552-2556 จำนวน 4,313 ราย 4,457 ราย 4,835 ราย 4,648 ราย และ 4,593 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากทั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน (เวชระเบียนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทยจำนวน 22,175 คน เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2549) ผลจากความเจ็บป่วยนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก

อาการของโรคจิตเภทสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นอาการทางบวก โดยลักษณะอาการทางบวก หมายถึงอาการที่เพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการหลงอาการหลงผิด ได้ยินเสียงคนตำหนิ พูดโต้ตอบเสียงนั้นเพียงคนเดียว ความผิดปกติของคำพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อยู่ในท่าแปลกๆ หัวเราะ หรือร้องไห้ สลับกันเป็นพักๆ และ อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเฉยเมย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย

หรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด มองแบบไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่มีอาการยินดียินร้าย และแยกตัวออกจากสังคม (พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ผู้ป่วยบางคนอาจมีความวิตกกังวล รู้สึกสับสน อาจจะดูเห็นห่างแยกตัวจากสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) บางคนอาจนั่งเป็นหิน ไม่พูดไม่จากับใครนานเป็นชั่วโมง หรืออาจเคลื่อนไหวช้า ผู้ป่วยไม่สามารถคิดแบบมีเหตุผลได้อย่างต่อเนื่อง (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) บางครั้งผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่พูด เช่น พูดเรื่องเสียชีวิตของบิดามารดาแต่กลับหัวเราะขบขันหรือขณะที่พูดจะใช้เสียงระดับเดียว ไม่แสดงสีหน้าหรือความรู้สึกใดๆ จึงทำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นไม่ค่อยเข้าใจ (ยุรัชชา ปรีชาและพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

ลักษณะการดำเนินของโรคจิตเภท โดยปกติจะเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถบอกได้ว่าโรคจะเริ่มต้นเมื่อไร ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพเสื่อมโทรมและการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพมาก่อนที่จะเกิดอาการชัดเจน การดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 คือระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง โดยผู้ดูแลหรือครอบครัวจะเริ่มสังเกตเห็นว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาในการดำรงชีวิต ไม่สนใจเรื่องสุขอนามัย มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและไม่สามารถรู้ว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ ระยะที่ 2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว หวาดระแวง หรือมีอาการเฉื่อยชาไร้อารมณ์ พูดน้อยลง ระยะที่ 3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงระยะที่เริ่มมีอาการ เช่น ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก มักพบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นบ่อยๆ และเรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ป่วยบางรายอาจต้องอยู่โรงพยาบาลระยะยาวหรือตลอดไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายป่วยแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือป่วยซ้ำ 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งจะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่ายังมีอาการทางจิตค่อนข้างมาก ผู้ป่วยโรคจิตเภท

จะมีอาการทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ พบผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบ(Active phase) ในระยะแรกส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด โวยวาย คุมตนเองไม่ได้ (Lindenmayer et al.,1994) และเมื่อได้รับยาทางจิตประมาณ 1 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะอยู่ในระยะของอาการหลงเหลือ (Residual phase) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมีอาการทางจิตอยู่แต่ไม่รุนแรง ส่วนมากผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะนี้จะมีอาการทางลบ คือ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อารมณ์ไม่ยินดียินดี ความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดี ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น บางรายพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (มาโนชย์ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิชย์, 2555) ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ถูกต้องและทราบอาการทางจิตที่ชัดเจนของผู้ป่วยโรคจิตเภทว่าอยู่ในระยะใด จึงมีการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Scale (BPRS) ของผู้ป่วยโรคจิตเภททุก 3 วัน (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา,2558)

การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (BPRS) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการดำเนินการประเมินให้กับผู้ป่วยทุก 3 วันตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและภายหลังจากได้รับยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 สัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเข้าสู่ระยะที่สองคือระยะอาการกำเริบคือมีอาการทางบวกและอาการทางลบแต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการทางจิตรุนแรง คะแนน BPRS จะอยู่ระหว่าง 36-45 คะแนน โดยในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการทางจิตแตกต่างกัน ทั้งอาการทางบวก ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน พูดคนเดียว หลงผิด หงุดหงิด ก้าวร้าว คุมตัวเองไม่ได้ ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ อาการเฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึก ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ดูแลตนเอง และอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าเป็นต้น จากสถิติที่พบในผู้ป่วยใน พบว่า อาการทางจิตทางบวกที่พบส่วนใหญ่ยังมีอาการด้านใดด้านหนึ่ง เช่น อาการหลงผิด พูดคนเดียว อาการหูแว่ว ส่วนอาการด้านลบที่พบบ่อยคือ อาการไม่สนใจ เฉยเมย ไม่ดูแลตนเอง และอาการทางจิตทั่วไปที่พบได้มากคือ อาการวิตกกังวล (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา,2552)

อาการทางจิต หมายถึง การแสดงออกถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกโดยพฤติกรรม ท่าทางและคำพูด ตามแนวคิดของ Kay,Fiszbein and Opler (1987) ได้ให้ความหมายว่า อาการทางจิตหมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว ขาดความกระตือรือร้น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ อาการวิตกกังวล ความตึงเครียด ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย การไม่ร่วมมือ อาการสมาธิและความสนใจ

เสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความคิดหมกมุ่นและ การหลีกเลี่ยง การเข้าสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นมี ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำ ก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al,1995; Kaplan and Sadock, 2000) ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดความท้อแท้และไม่มีความใส่ใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Barry,2011) นอกจากนี้การขาดทักษะการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบที่เป็นปัญหาซึ่งกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมและความสามารถในการปรับตัวในสังคม (Erol et al.,2009) การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ขาดความเข้าใจเรื่องการใช้ยา ขาดความรู้เรื่องความเจ็บป่วย ทำให้ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gray, Wykes and Gournay, 2002; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; วาสนา เหล่าคงธรรม, 2550) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; Lysaker, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความขัดแย้งในใจและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมความต้องการเบื้องต้นได้ ขาดความรู้สึกผิดชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2554) 3) ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ก่อให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน เกิดความทุกข์ขึ้นในใจ เกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรู้สึกหมดสิ้น หหมดหวังในชีวิต ไม่มีจุดหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและอาการที่เกิดขึ้น (Marwaha & Johnson,2004) ขาดทักษะในการแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นบกพร่องทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นทำให้ไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาได้ (McDonald &Badger, 2002) จากปัจจัยเหล่านี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถให้การดูแลหรือหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Larson et al,1994)

การจัดการอาการ (symptom management) เป็นการควบคุมอาการตนเอง ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้อาการ (perception of symptom) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของความผิดปกตินั้น เป็นการสังเกตของบุคคลว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่ตนรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการแปลข้อมูลที่รวบรวมได้จากความรู้สึก เพื่อแปลความหมายของข้อมูลในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์หนึ่ง ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะเข้าสู่ 2) ด้านการประเมินอาการ (evaluation symptom) ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรง สาเหตุของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิด ความสามารถที่จะจัดการอาการ รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และ 3) ด้านการตอบสนองต่ออาการ (response to symptom) เกิดขึ้นภายหลังจาก

บุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้ เป็นกระบวนการที่ส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลต่อไป นำไปสู่การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพเพื่อบรรเทาอาการหรือทำให้ผลลบที่เกิดจากอาการทางจิตลดลง (Larson et al,1994)

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ได้ผลดี ไม่สามารถใช้การรักษาด้วยยาเท่านั้นแต่ต้องให้การบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไปด้วย เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ป้องกันการป่วยซ้ำ แม้ว่าการใช้ยาต้านโรคจิตจะเป็นวิธีการหลักในการรักษาจิตเภท แต่การรักษาทางจิตสังคมจะช่วยเพิ่มพูนทำให้อาการทางจิตดีขึ้น การรักษาจึงควรจะทำควบคู่กันไปทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิชัย, 2555) ซึ่งพบว่ามี การบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในหลายรูปแบบ ได้แก่การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการลดปัจจัยกระตุ้นของการรับรู้อาการหว่ว (ฉันทราภรณ์ เบ้าเรือง, 2550) การจัดการอาการเพื่อให้อาการทางจิตลดลงหรือหายไปตามความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล (Larson et al,1994) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือน (สุภาวดี บุญชู, 2551) การจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (พรทิพย์ ไชสะอาด และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2557)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเห็นได้ว่า การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม จากผลการวิจัยของ Larson et al(1994) สามารถสรุปได้ว่า ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการส่งเสริมการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการดังกล่าว จะส่งผลให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิต มีประสบการณ์การจัดการที่ดี และรับรู้ผลที่ดีที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทอันจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการจัดการอาการด้วยตนเองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการจัดการอาการเพื่อช่วยลดอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทมาจัดกระทำกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในการฝึกการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปที่กำเริบหรือรุนแรงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติต่างๆ ทั้งการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีอาการทางจิตอยู่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแสดงอาการออกมาแตกต่างกันทั้งอาการทางบวก เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือ อาการทางลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจดูแลตนเอง บางคนอาจมีอาการทางจิตทั่วไปที่พบบ่อย เช่น อาการวิตกกังวลมาก ตื่นเต้นกระวนกระวาย การคิดไม่สมเหตุผล ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปที่รุนแรงมากขึ้น ประสบการณ์ในการเกิดอาการ การรับรู้อาการและการจัดการอาการทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแต่ละรายที่แตกต่างกัน โดยส่งผลทั้งด้านการทำงาน การประกอบอาชีพ การเข้าร่วมในสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก จากแนวคิดของ Larson et al., (1994) รูปแบบการจัดการอาการ (model for symptom management) ที่อธิบายว่า อาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลพบกับผู้ดูแลสุขภาพและเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องรับผิดชอบในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์

พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดรูปแบบการจัดการอาการของ Larson et al., (1994) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากแนวคิดการจัดการอาการแสดงถึง ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ 3 ด้านคือ 1)ประสบการณ์การมีอาการ(symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการอาการ(symptom management strategies) และ3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ(symptom outcome) ตามแนวคิดการจัดการอาการ ถือเป็นประสบการณ์ของบุคคลในการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มนาน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การจะให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความร่วมมือและมีการแสดงออกในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพควรให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มีโอกาสได้สร้างสัมพันธภาพต่อกัน พุดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสได้พุดคุยทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพจะนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจ (working together) ซึ่งจะขจัดผลในด้านลบของโรคออกไป (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นที่ประสบกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตเหมือนกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับ เข้าใจกับปัญหาตามความเป็นจริง (Miller,2000) การทบทวนกิจกรรมที่พุดคุยกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องการรับรู้อาการ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งปัญหา ความต้องการและการยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Buccheri et al.1996) จะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลเมื่อเกิดอาการทางจิต

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค และอาการทางจิต เนื่องจากอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการที่ไม่ถูกต้อง (Larson et al.,1994) การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต การไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al,1995; Kaplan and Sadock, 2000) การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการทางจิต จะทำให้สามารถประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจสามารถประเมินอาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานเมื่อเกิดอาการผิดปกติทางจิตมารบกวานการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีวิธีการ มีแนวทางในการตอบสนองต่ออาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะสามารถบรรเทาอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง (Chung & Suen,2003)

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบของวิธีการจัดการกับอาการ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการทางจิต การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป โดยไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al., 1995; Kaplan) and Sadock, 2000) การได้อภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือการจัดการอาการ และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการรับรู้อาการทางจิตของตนเอง ลักษณะอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป วิธีการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Bandura, 1977) เช่น มีการจัดการกับอาการหิวแหว่ประสาทหลอน การตอบสนองต่ออาการหิวที่เพิ่มขึ้น โดยการจัดการอาการทางจิตได้ก่อนที่อาการจะกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มสังเกต เกิดการจดจำลักษณะของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตเทียบเคียงกับภาพของตนเอง จากการเห็นสิ่งที่ได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเคยเกิดอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปนั้นและให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์ของตัวแบบ ร่วมอภิปรายสรุปลักษณะของตัวแบบ เพื่อให้เห็นวิธีการในการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะนำไปใช้กับตนเองต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบของวิธีการจัดการกับอาการ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ การให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทฝึกกระบวนการทางจิต มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลแล้วอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตของตนเอง วิธีการจัดการอาการทางจิตของผู้อื่น โดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติในการจัดการอาการตนเองในกลุ่มเพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงจากสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในตนเอง ประเมินตนเองจากประโยชน์ที่ได้รับ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ผลสำเร็จจริง (Rector, Beck & Stolar, 2005) เพื่อนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เกิดประสบการณ์การจัดการทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปที่ตนเองสามารถจัดการได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ว่าคุณจะประสบความสำเร็จได้และเกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากยิ่งขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนในกลุ่มที่ได้นำการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางลบ อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปนำไปปฏิบัติให้เกิดประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเห็นถึงประโยชน์ร่วมกัน การสร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนการนำประสบการณ์การจัดการอาการทางจิตที่ประสบความสำเร็จไปใช้ในการจัดการอาการทางจิตของตนเอง ได้มีวิธีที่จะเป็นแนวทางการจัดการอาการทางจิตที่หลากหลายนำไปปฏิบัติเพิ่มเติม(Taylor, 1994; Schlosser, et al., 2015) เพื่อนำไปจัดการอาการทางจิตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ กระตุ้นกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ชี้แนะให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะกระทำการ จัดการอาการทางจิต กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่สามารถจัดการกับอาการทางจิต สรุปประสบการณ์การเกิดอาการทางจิต วิธีการเกิดอาการทางจิต และแนวทางการจัดการอาการทางจิตร่วมกัน และยุติกลุ่ม

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group designed)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD-10)ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค(ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการ

ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความรุนแรงของความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกโดยพฤติกรรม ท่าทางและคำพูด ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ

กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย

กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว ขาดความกระตือรือร้น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์

กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ อาการวิตกกังวล ความตึงเครียด ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย การไม่ร่วมมือ อาการสมาธิและความสนใจเสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความคิดหมกมุ่นและ การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต(PANSS) ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler(1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2550)

โปรแกรมการจัดการอาการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al., (1994) ประกอบด้วยโมดูลหลัก 3 โมดูล คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ(symptom experience) 2) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ (symptom outcome) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเข้าใจและสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับอาการ และนำไปสู่กิจกรรมการดูแล หรือหาวิธีที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดำเนินการ 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน นานครั้งละ 60-90 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด หมายถึง การจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพพูดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ลดความเครียดและวิตกกังวล พูดคุยเรื่องทั่วไปให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ป่วยอื่นที่ประสบกับความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยทางจิตเหมือนกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับ เข้าใจกับปัญหาตามความเป็นจริง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท การอภิปรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท และอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกิจกรรมการประเมินการรับรู้อาการ ประสบการณ์ของการเกิดอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคน ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้ว่าอาการนี้เป็นปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทจะตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาเกิดการประเมินอาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการทางจิต จากการที่มีสิ่งผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีวิธีการในการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบของวิธีการจัดการ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการทางจิต การอภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของตนเอง ลักษณะอาการทางจิต วิธีการจัดการอาการ เช่น การจัดการอาการหลงผิด หูแว่ว ฉวยเมฆ อารมณ์ราบเรียบ ไร้อารมณ์ ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสังเกต เกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบกับภาพของตนเอง จากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป การให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทฝึกระบุอาการทางจิต มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการอาการทางจิตอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น ให้ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลแล้วอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำวิธีการของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ การให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางจิตเมื่ออยู่ที่บ้าน สรุปแนวทางการจัดการอาการที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกัน และยุติกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 อยู่ในระยะ

เร่งรัดบำบัดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ดีควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม และไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้รับการประเมินอาการทางจิตทุก 3 วันด้วยแบบประเมิน BPRS มีคะแนน อยู่ในช่วง 36 - 45 คะแนน

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยในโรงพยาบาล ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะคือ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยาและการเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆตามเวลา เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางการลดอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษานำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 การจำแนกโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.6 การบำบัดรักษาของโรคจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 2.1 ความหมายของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2.2 ลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2.4 การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิต

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 3.1 ความหมายของการจัดการอาการ
- 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.3 การประเมินการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถจัดการอาการ

4. โปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึงโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิด เป็น

ลักษณะเด่นทำให้มีอาการแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้และอารมณ์ที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2541) มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้พอสรุปได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Diseases:

ICD-10) (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ เป็นแบบไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน

สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (American Psychiatric Association:APA, 2000) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นลักษณะอาการความผิดปกติทางด้านความคิด เช่นอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการทางด้านอารมณ์และความพร้อมของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และการรับรู้ เช่น ความคิดหลงผิด และอาการหวาดระแวง อารมณ์ไม่เหมาะสม มีหูแว่วและเห็นภาพหลอน

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายโรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นภาวะความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างมาก อาการที่พบได้ในภาวะความเจ็บป่วยของโรคนี้ ได้แก่ มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ประสาทหลอน ความคิดหลงผิด เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเดิม แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ประกอบด้วยกลุ่มอาการและอาการแสดงหลายๆอย่าง ซึ่งลักษณะอาการและอาการแสดงเหล่านั้นมีการเหลื่อมล้ำและทับซ้อนกับความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีการดำเนินโรคต่อเนื่องและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทถูกวินิจฉัยได้และรู้จักกันมานานแต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ปัจจัยที่เกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัยดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552)

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมพบว่าตลอดชีวิตของบุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้ร้อยละ 1 หากมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคจิตเภท โอกาสที่บุคคลนั้นจะป่วยเป็นโรคจิตเภทจะสูงกว่าร้อยละ 10-16 (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดา มารดา พี่น้อง และบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ในกรณีที่บิดา มารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าความเสี่ยงที่บุคคลนั้น จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ถึง ร้อยละ 40 แต่ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท บุคคลนั้นมีความเสี่ยงจะป่วยเป็นโรคจิตเภทลดลงคือประมาณร้อยละ 12 (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) พบว่าบุตรบุญธรรมซึ่งมีมารดาแท้ๆเป็นโรคจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 9 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มกลุ่มควบคุมมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 1 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 8 อนึ่งจากข้อมูลเบื้องต้นบ่งชี้ว่ายีนที่ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6 (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552) ได้สรุปปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทซึ่งเป็นสมมติฐานที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันไว้ดังนี้ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก Dopamine hyperactivity โดยเฉพาะบริเวณ Mesolimbic และ ช่วงมี Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของตัวรับกับสารสื่อประสาทเนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับของสารโดปามีนชนิดที่ 2 (dopamine receptor type 2 : D2 antagonist) สารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งคือ Serotonin พบว่าการทำงานของซีโรโตนิน 2 (5-HT_{2A}) ตัวรับในสมองส่วนหน้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonist) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบซีโรโตนิน (serotonin) การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid receptor ของ glutamate) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ออกฤทธิ์ในการรักษาที่

receptor ของ glutamate ถูกต้องจะทำให้ Glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท ทั้งยังพบอาการด้านลบและการรู้คิดผิดปกติ (cognitive dysfunction) ร่วมด้วย

1.2.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางกายวิภาคของสมองเช่น Ventricle โตกว่าปกติ บริเวณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่า มีไกลิโอซิส (gliosis) หรือหลักฐานบ่งชี้ว่าโรคนี้เป็นการพัฒนาของสารสื่อประสาทผิดปกติ (neurodevelopmental disorder) ประสาทวิทยา พบว่า การไหลเวียนของเลือดในสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณ Frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้านความจำ (cognitive) มีความสัมพันธ์กับสมองส่วนหน้าผิดปกติ (prefrontal lobe dysfunction) อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่าการทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภท มิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆจุดที่เกี่ยวโยงกันทั้งในระดับ Cortical และ Subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของการถูกรบกวนของสารสื่อประสาทที่เชื่อมต่อ (disturbed neural connectivity)

1.2.4 ปัจจัยด้านจิตใจ ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบ ชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.5 ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทคือลักษณะของบิดามารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบที่มีผลต่อดำเนินชีวิตของบุคคลอยู่ในสังคม เช่นบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันพยายามดึงเด็กเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) หรือ บิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไปเด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high express-emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) โดยมีความเชื่อว่าประชากรที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีผู้โต้แย้งว่าโรคจิต

เภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ส่งผลให้ไม่มีรายได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวินิชกุล, 2552)

สรุปได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท คือ ด้านปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ภาวะผิดปกติของสมองที่ผิดปกติ ปัจจัยด้านจิตใจ ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคได้ง่าย และปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม คือ สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท

1.3 การจำแนกโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภท จำแนกออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกโดยในประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้ง 2 ระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IV แต่ทางสุขภาพจิตจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกันการจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภทจะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

ลักษณะอาการ (Characteristic Symptom) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

1.3.1 อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นความจริง เช่น หลงผิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.3.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

1.3.3 อาการด้านการพูด พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กับเรื่องราว ไม่ต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรที่แตกต่างไปจากคนปกติ

1.3.4 ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ ไม่พูด การเข้าสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงานและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

1.3.5 ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.6 อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

1.3.7 อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

1.3.8.อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออทิสติก (Autistic Disorder)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท สามารถจำแนกโรคได้เป็น 2 ประเภทตามระบบระบบ DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV

1.4.1 Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ stupor, rigidity, negativism, excitement หรือ posturing disorganized type ลักษณะสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวเดียวกันแสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทางเช่น incoherence, loosening of association มากหรือมีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย การแสดงออก ด้านอารมณ์จะเรียบเฉยหรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัดทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเข้ากันได้กับ Catatonic type ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการระหว่างอายุ 15 - 25 ปี การพยากรณ์โรคมักไม่ดีเนื่องจากมีอาการด้านลบเกิดเร็ว

1.4.2 Paranoid type ลักษณะสำคัญคือมีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือมีหูแว่ว ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ Catatonic type หรือ Disorganized type เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักเริ่มเป็นขณะอายุมากกว่า 2 ชนิดแรกบุคลิกภาพโดยรวมไม่เสื่อมเท่า 2 ชนิดแรก

1.4.3 Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภทแต่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใดใน 3 ชนิดข้างต้น

1.4.4 Residual type ผู้ป่วยเคยป่วยหรือมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้งในขณะ ที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อารมณ์เด่น ลักษณะอาการที่มีหลงเหลืออยู่เป็น ส่วนใหญ่ เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ 1) Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว 2) Paranoid type ลักษณะ สำคัญคือมีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือมีหูแว่ว 3) Undifferentiated type คือ เป็นผู้ป่วย ที่มีอาการแต่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ชัดเจนว่าเป็นชนิดใด 4) Residual type คือ ผู้ป่วยเคยป่วยมี อาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ไม่พบอาการด้านบวก

1.5 การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ดังนี้

1.5.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการ เปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การ เรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัว อยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือ จิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกระแวงนิดๆ แต่ ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลา ช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อน อาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแล้วย่อยๆ

1.5.2 ระยะเวลาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะปรากฏรุนแรงเมื่อผู้ป่วยมี อาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆตามมา ร่วมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา เมื่อครบคร้วรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษาและได้รับสาเหตุส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือชื้อยามารับประทานเอง

1.5.3. ระยะเวลาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่ มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และ ส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 - 3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อยส่วนใหญหลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ลักษณะการเกิดโรคระยะแรกไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาว

สรุปได้ว่า การดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนอาการกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2) ระยะเวลาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ 3) ระยะเวลาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาการเสื่อมลง และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยระยะอาการกำเริบ ซึ่งผู้ป่วยมีทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ

1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

การรักษาการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา มีปัญหาในการวินิจฉัย

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้จากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.6.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยาการรักษาที่นั่นแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง

1.6.2.1 ระยะควบคุมอาการ (active phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นผลมาจากฤทธิ์ของยาทำให้สงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นประสิทธิภาพของยา

1.6.2.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.6.2.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้วจะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่สามารถคุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

1.6.3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ตีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาอาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงหรือผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตจะทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.6.4. การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมด้านนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.6.5 จิตบำบัด (Psychotherapy) โดยใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะผู้บำบัดช่วยผู้ป่วย ค้นหาว่าความเครียด หรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

1.6.6 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยโดยทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

1.6.7 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่นอโดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.6.8 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.6.9 พฤติกรรมบำบัด แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการให้แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การบำบัดรักษาของโรคจิตเภท มีทั้งแบบรับไว้ในโรงพยาบาล โดยควบคุมอาการผู้ป่วยและลดความเครียดให้กับญาติและมีการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม จิตบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด พฤติกรรมบำบัด และการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการเข้าสังคมดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการพูดล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.7.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554)

1.7.1.1 เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

1.7.1.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือการทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

1.7.1.3 การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหายของสุขภาพ (Recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) การป้องกันสุขภาพ(Health protection)

1.7.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านต่างๆมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นหรือระยะ ยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549)

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา

1.7.2.1.1 การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2.1.2 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้ทางการสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสภาวะทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใส่ใจด้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมากร่างกายขับน้ำไม่ทันเกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.7.3.1.3 การประเมินด้านการคิด อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิดตั้งนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้น คือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดหรือไม่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางการสัมผัส ประสาทหลอนทางตา เป็นต้น หรือมีความคิดว่ามีผู้อื่นปองร้ายตนหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น

1.7.2.1.4 พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิต อย่างไรก็ตามใหญ่หมักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่งรบกวนผู้อื่น การหนีผู้คนหลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย อาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยโดยต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

1.7.2.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมที่เกิดจากการหลงผิดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัวปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่นพยาบาลควรประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีและต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.7.3 การวินิจฉัยทางการแพทย์ จะแม่นยำแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์นั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการด้านบวก ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน และอาการด้านลบ ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคมซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคมจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

1.7.4 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในระยะเวลาอันสั้น ปัญหาบางข้อต้องใช้เวลานาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแบบแผนระยะสั้นและแบบแผนระยะยาวเพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

1.7.5 การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคน

อื่นๆในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

1.7.6 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ ตัวอย่าง เช่น ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อนถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอน หรือภาวะความคิดหลงผิดที่อาจจะเป็นอันตราย ปัญหาความพร่องในการดูแลตนเองเป็นปัญหาสำคัญอันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันหลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยและสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากน้อยแค่ไหน ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนผู้ป่วยจะจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาความไม่สมดุลทางชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิดๆที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้ คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการพยาบาลดังนี้ 1) การประเมินสภาพปัญหา 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การรักษาพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิตหลังได้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้วจนผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นการพยาบาลในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ภายหลังการประเมินปัญหา และสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการมารักษาซ้ำอีก และการให้คำปรึกษากับครอบครัวหรือการทำครอบครัวบำบัดแบบประคับประคองซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข(จินตนา ยูนิพันธ์ ,2542)

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคล
- 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตน
- 3) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆดังนี้

ด้านการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

ด้านดำรงตนในฐานะสมาชิกในสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคม

ด้านการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออก และการกระทำ

ด้านการมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีระสภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ ตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท ดังนี้

- 1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในด้านอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

- 2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานจัดกิจกรรมห่อผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลหรือชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนแก้ปัญหา เดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาวิธีใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตน เพื่อ ตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่ครูหรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำการเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล คือ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การรักษาพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิตหลังได้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้วจนผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

Jackson (1985) กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งเป็นอาการทางบวกและอาการทางลบ โดยอาการทางบวกคือ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของจิตใจที่มากเกินไป เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน การพูดหรือมีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือพฤติกรรมแบบ canatonic และอาการด้านลบ คือ การทำหน้าที่ลดลงหรือการไม่ทำหน้าที่ของจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (affective blunting) พูดน้อย (poverty of speech) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เป็นต้น

Crow (1985) กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ type I คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ไม่พบความผิดปกติหรือรอยโรคในสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อการรักษาดี และมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า ส่วนผู้ป่วย type II คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ มักจะพบความ

ผิดปกติในสมอง เช่น ventricle โตกว่าปกติ หรือ ระบบสารนำสื่อประสาท dopamine ทำงานน้อยกว่าปกติ (hypofunction) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรักษาโรคจิตไม่ดีและมีการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าผู้ป่วยกลุ่มแรก แต่ภายหลังพบว่า การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้อาการทางบวกและอาการทางลบเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถจัดให้อยู่ในกลุ่มอาการทางบวกหรือลบเพียงอย่างเดียวได้ นอกจากนี้ อาการทางบวกและอาการทางลบมีความแตกต่างในอีกหลายประเด็น เช่น ความสามารถด้านการทำงานในระยะก่อนป่วย (premorbid functioning) ประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว สภาพการเรียนรู้ (cognitive profile) และอาการทางระบบประสาท ในปัจจุบันอาการทางลบจะมีลักษณะอาการค่อนข้างคงที่กว่าอาการทางบวก รวมทั้งไม่ค่อยจะมีช่วงที่อาการดีขึ้นด้วย

Kay, Fiszbein and Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และ พฤติกรรม ประกอบด้วย กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ดังนี้ กลุ่มอาการด้านบวก หมายถึง อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกว่ามีคนมุ่งร้ายและความรู้สึกไม่เป็นมิตร กลุ่มอาการด้านลบ หมายถึง การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการคิดแบบนามธรรม การคิดอย่างตายตัว การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ตื่นไหลอย่างต่อเนืองกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป หมายถึง อาการวิตกกังวล ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ทำทางเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชื่องช้า การไม่ร่วมมือ อาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล อาการและสมาธิ และความสนใจเสีย การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ความสามารถควบคุมตนเองได้ไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

Carpenter และ Kirkpatrick (1988) ได้พยายามหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาการทางลบโดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากตัวโรคเอง (primary negative symptoms) กลับกลุ่มอาการด้านลบที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น (secondary negative symptoms) โดยพบว่ากลุ่มอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากตัวโรคเองจะแสดงออกถึงการขาดความกระตือรือร้น (avolition) ซึ่งไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรคและไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ใดๆ อาการนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “deficit syndrome” ส่วนกลุ่มอาการทางลบที่เกิดจากสาเหตุอื่นนั้นสามารถหายได้ ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ผลข้างเคียงแบบ extrapyramidal จากยารักษาโรคจิต หรือเกิดจากโรคซึมเศร้า หรือเกิดจากการขาดการกระตุ้นนานๆ

Steel & Wykes (2013) กล่าวว่า อาการทางจิตของโรคจิตเภท ประกอบด้วยอาการหลัก 5 อาการ คือ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) ความคิดยุ่งเหยิงไม่เป็นระบบ 4) พฤติกรรม

แปลกพิกล ไม่สมเหตุสมผลหรือมีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือพฤติกรรมวุ่นวาย 5) กลุ่มอาการด้านลบ

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญดังนี้ 1) อาการด้านบวก 2) อาการด้านลบ 3) การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้ 4) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ 5) การฆ่าตัวตาย

โดยสรุป ได้ว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึงการแสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม สามารถแบ่งออกได้เป็น อาการด้านบวก อาการด้านลบ และ อาการทางจิตทั่วไป

2.2 ลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่สามารถแสดงออกทางจิตออกมาได้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิด Kay, Fiszbein and Opler (1987) อาการทางจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 อาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

2.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม อาการส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนกว่าอาการด้านลบ โดยอาการสามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ระยะช่วงอาการนำไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคจิตระยะเฉียบพลันไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคเฉียบพลันและระยะหลงเหลืออาการ กลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

2.2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริงหรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วยเหมือนอาการหลงผิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการหลงผิดแบ่งออกเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1) อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (Persecutory delusion) คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆผู้ที่ปองร้ายอาจเป็นคนใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ให้การรักษา หรือองค์กรต่างๆ เช่น FBI หรือ ทูตผีปิศาจ เป็นต้น อาการนี้เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่อาจจะพบอาการนี้ได้ในผู้ป่วยโรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) ในโรคจิตเภทมักพบความหลงผิดชนิดไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood incongruent) หรือเป็นความหลงผิดที่มีลักษณะเฉพาะ อาการหลงผิดนี้อาจเป็นไปได้ทั้งคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อยหรืออาจจะเป็นการหลงผิดหลายๆเรื่อง หรือเป็นระบบ ข้อควรระวังคือผู้ป่วยจะทำบางอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีเหตุผลทำให้เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่นฯได้

2) อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (Delusions of reference) คือ ผู้ป่วยหลงผิดว่า คำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหาหลักฐานมายืนยัน อาการที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยคิดว่ารายการโทรทัศน์ กล่าวถึง ผู้ป่วยโดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในเรื่องเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าผู้ป่วยเป็นคนสำคัญ เป็นต้น

3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) คือ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึกหรือร่างกายของตนเองอยู่ ความหลงนี้ส่งผลให้เกิด delusions of passivity ตามมา และมัก เกี่ยวข้องกับประสาทหลอนทางกาย (somatic hallucination) อาการหลงผิดนี้ต้องมากกว่า ความรู้สึกชักงูหรือบังคับ

4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) คือ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนของตนเองไม่ได้เป็นของตนเองโดยแท้จริง แต่ได้รับการสอดแทรกมาจากภายนอก ความคิดเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนหรือถูกควบคุมจนนำไปสู่การทำพฤติกรรมแปลกๆหรือก้าวร้าวรุนแรงได้ อาการนี้จะแตกต่างจากความคิดซ้ำๆในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งมาจากผู้ป่วยเองโดยไม่มีแรงภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ป่วยจะอ้างว่าความคิดหรือการกระทำของตนนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากคนอื่น แล้วสอดใส่มาให้ผู้ป่วย

5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือ กระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and thought broadcasting) โดย Thought withdrawal เป็นอาการที่ตรงข้ามกับ Thought insertion โดยผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเชื่อว่าความคิดของตนเองโดนดึงออกไป ผู้ป่วยอาจเล่าประสบการณ์ว่าตนเองกำลังคิดถึงเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปทันทีทันใด ส่วนอาการ Thought broadcasting นั้นผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดตนเองสามารถถ่ายทอดไปให้คนอื่นได้ หรือ คนอื่นได้ยินความคิดของตน ส่วนใหญ่จะมีความหมายในทำนองของการส่งกระแสความคิด หรือ พลังจิต เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนฝังเครื่องรับวิทยุไว้ในสมองของตนเอง เป็นต้น

6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusions of sin or guilt) คือ ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำความผิดใหญ่หลวงสมควรได้รับการลงโทษ มักพบว่าในอดีตผู้ป่วยมีประวัติทำผิดเล็กๆน้อยๆ นอกจากนี้ยังอาจพบร่วมกับ grandiose idea ได้ โดยผู้ป่วยเชื่อว่าความผิดที่ตนเองกระทำเป็นการทำลายล้างโลก และสมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง

7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถ หรือมีความสำคัญ (Grandiose delusions) คือ ผู้ป่วยเชื่อว่าตัวเองมีพลังวิเศษ ร่ำรวยมาก มีชื่อเสียง หรือมีพรสวรรค์ เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง อาการหลงผิดนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก อาการหลงผิดนี้นอกจากพบในโรคจิตเภทแล้วยังพบในภาวะแมนีเนียที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย โดยการวินิจฉัยแยกโรคจะต้องดูว่า

ผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นของภาวะแมนีหรือไม่ว่า เช่น พุดมากกว่าปกติ อารมณ์ดีกว่าปกติ มีอาการ hyperactivity หรือ flight of idea เป็นต้น

8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Religious delusions) คือ ผู้ป่วยจะมีความหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมหรือธรรมเนียมในสังคม ส่วนใหญ่ความหมกมุ่นนี้จะไม่สอดคล้องกับอารมณ์ อาการหลงผิดนี้ยังพบในโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าตัวเองเกิดมาเพื่อชดใช้กรรมด้วยการถูทรมานทางเพศ เพราะเป็นทางเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับพระเจ้ามากขึ้น

9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusions) คือ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนหรือร่างกายทำงานผิดปกติไป หรือหมกมุ่นอยู่กับอาการป่วยของตนเองโดยที่ได้รับการตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆมาหมดแล้ว แพทย์ก็ไม่พบความผิดปกติใดๆ โดยอาการหลงผิดชนิดนี้จำเป็นต้องแยกออกจากโรค hypochondriasis ด้วยเสมอ โดยผู้ป่วยโรค hypochondriasis มักจะมีอาการหมกมุ่นว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง แต่ลักษณะของอาการกลัวจะไม่มีเนื้อหาแปลกประหลาดเหมือนในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.1.2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติ (abnormal sensory perception) ที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าที่เข้ามาผิดหรือที่เรียกว่า illusion ซึ่งรวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความไวอย่างผิดปกติต่อเสียง แสง กลิ่น การเคลื่อนไหว ได้แก่

1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucinations) คือ เป็นอาการประสาทหลอนที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยโรคจิตเภท เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ตำหนิหรือพูดเกี่ยวกับตัวของผู้ป่วย เสียงนั้นอาจมาข่มขู่ หรือเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม เสียงที่ได้ยินอาจดังมาจากภายในสมองของผู้ป่วยเอง หรือได้ยินมาจากภายนอกก็ได้ เหมือนมีคนมาพูดข้างๆหู เนื้อหาที่ได้ยินมักเป็นเรื่องราว จับใจความได้ ส่วนใหญ่มักได้ยินต่อเนื่องและทุกวัน โดยในช่วงแรกๆ เสียงมักทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว อาจมีตะโกนด่าโต้ตอบกับเสียงนั้น แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตอบสนองต่อเสียงแว่วนั้นน้อยลง อาการหูแว่วพบได้ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ มักจะเกิดแบบมีความสัมพันธ์และเป็นเหตุเป็นผลกัน

2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations) คือ เป็นอาการเห็นภาพคน สิ่งของ หรือสัตว์ต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการนี้พบน้อยในโรคจิตเภท เมื่อเทียบกับภาวะ Delirium ผู้ป่วยมักเห็นเป็นภาพสัตว์ และอาจพบร่วมกับอาการหลอนทางประสาทสัมผัส (Tactile hallucinations) โดยเฉพาะถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้าน Cognition ด้วยแล้ว ยิ่งช่วยยืนยันว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะมีสาเหตุของโรคทางกาย

3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Somatic and tactile hallucinations) คือ เป็นความรู้สึกร่างกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัสหรือรู้สึกว่าร่างกายตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจมีความรู้สึกร้อน เย็น หรือรู้สึกไฟฟ้าช็อตตามตัว ประสาทหลอนชนิดนี้เรียกอีกอย่างว่า Haptic หรือ Kinesthetic hallucinations ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเชื่อว่ามิบุคคลหรือพลังงานจากภายนอกทำให้ตนเองมีความรู้สึกแปลกประหลาด เช่น รู้สึกว่าสมองของตนเองกำลังโดนเผาไหม้ เป็นต้น

4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) คือ ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการแระสารหลอนทางรสชาติ (Gustatory hallucination) โดยประสาทหลอนทั้งสองอย่างนี้มักพบร่วมกับอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง โดยผู้ป่วยอาจคิดว่ากลิ่นหรือรสชาติที่ได้เป็นยาพิษ ประสาทหลอนในการได้กลิ่น อาจพบในผู้ป่วยโรค Temporal lobe epilepsy ซึ่งมักจะมีอาการอื่นร่วมด้วย คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยในช่วงดังกล่าว

2.2.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาด เมื่อเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจพูดคนเดียว หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล ยิ้มคนเดียว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่างๆดังนี้

1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) คือ ผู้ป่วยจะแต่งตัวไม่เหมือนคนทั่วไป มองดูแล้วแปลกประหลาด และที่พบบ่อยกว่าคือ ผู้ป่วยไม่ดูแลตัวเอง ดูร่างกายสกปรก สุขอนามัยไม่ดี

2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and sexual behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยจะผิดไปจากแบบแผนของสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนบุคคลอื่นโดยไม่เหมาะสม หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) คือ อาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวมีได้หลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นแบบ Mannerism ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่แปลกเฉพาะตัวและกระทำโดยมีเป้าหมาย (Goal-directed movement) ทำหน้าตาบิดเบี้ยวแสดงความเจ็บปวด (Grimacing) หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายของการกระทำที่ชัดเจน (Stereotypy) หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic motor behavior) รวมทั้งการท่าแบบที่มีเฉพาะตัว มักเป็นท่าที่แปลกไม่น่าสบาย และต้านแรงที่พยายามทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว (Rigid posture)

4) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) คือ ความผิดปกติในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ในโรคจิตเภทไม่ได้หมายถึงแต่เฉพาะอารมณ์เรียบเฉย (Flat

affect) เท่านั้น แต่รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยการแสดงอารมณ์ของอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดของผู้ป่วยในขณะนั้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยอาจยิ้มขณะพูดเรื่องเศร้า หรืออาจแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงกันเพียงเล็กน้อย

2.2.1.4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) การไม่ให้ความร่วมมือ (Uncooperativeness) การควบคุมแรงผลักดันเองไม่ได้ (Poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (Hostility) และก้าวร้าว (Aggression)

2.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดไปในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึกความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ (พิเชฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

2.2.2.1 อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (Flat, Blunt, or Restrict affect) คือ การไม่มีหรือ การลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ลดลง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ หรือ ดีใจ เสียใจ ร่วมกับไม่สบตา เคลื่อนไหวน้อยลง หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยจะพูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวทั้งหมด ไม่มีการเน้นคำ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกมาทางน้ำเสียงได้ หลีกเลี่ยงการสบตาผู้อื่นโดยตรง หรือ บางรายอาจจ้องตามากเกินควรในขณะพูดด้วย

2.2.2.2 การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ โดยผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง ไม่จะเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือท่าทาง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ไม่สามารถมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ และความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง

2.2.2.3 การคิดซ้ำๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) คือ ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือเป็นความเชื่อที่มากเกินไป ผู้ป่วยมักคุยแต่เรื่องเดิมๆ เปลี่ยนเรื่องยากมากพูดน้อยเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาความยากลำบากในการคิด

2.2.2.4 ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) คือ ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ไม่มีแรงขับเคลื่อนความสนใจต่างๆ อย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่มีชีวิตชีวา ความสามารถในการเรียนหรือการทำงานลดลง

2.2.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยสามารถแบ่งได้เป็น อาการด้านความคิด อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดแต่ละอาการ ดังต่อไปนี้

2.2.3.1 อาการด้านการคิด (Cognition) เดิมความผิดปกติด้านนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก แต่การศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าความผิดปกติด้านนี้เป็นอาการเฉพาะอีกอาการหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งมักแสดงอาการให้เห็นทางคำพูด แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

1) อาการความคิดไม่ปะติดปะต่อ (Loosening of associations) คือ คำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค

2) อาการตอบเฉียง (Tangentiality) คือ ผู้ป่วยจะตอบคำถามไม่ตรงประเด็นแต่การพูดยังคงต่อเนื่อง

3) อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ (Incoherent) คือ ประโยคที่ผู้ป่วยพูดจะไม่ปะติดปะต่อกันเลย อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้ความหมาย

4) อาการคิดไม่สมเหตุสมผล (Illogicality) คือ ผู้ป่วยจะตอบคำถามอย่างไม่สมเหตุสมผล สร้างเรื่องราวต่างๆ ผิดไปจากความเป็นจริง

5) อาการพูดอ้อมค้อม (Circumstantialities) คือ ผู้ป่วยจะพูดให้รายละเอียดมากเกินไปเกินความจำเป็น แต่ในท้ายสุดจะตอบได้ตรงกับเรื่องที่พูดไว้ในตอนต้น

6) อาการพูดพ้องเสียงสัมผัส (Clanging) คือ พูดโดยใช้คำคล้องจอง เล่นเสียงสัมผัส โดยไม่คำนึงความหมายและไม่สมเหตุสมผล

7) การใช้คำแปลกๆ ที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเอง (Neologism) โดยผู้อื่นไม่เข้าใจ

8) การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ (Difficulty in abstract thinking) ผู้ป่วยจะคิดเป็นรูปธรรม ยึดตัวเองเป็นหลัก เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายของคำพังเพยผิดไปจากคนปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจมีการคิดแบบนามธรรมที่มากเกินไป

9) อาการเลียนเสียงพูด (Echolalia) ผู้ป่วยจะพูดตามคำพูดของผู้อื่นซ้ำๆ

10) อาการชะงักของความคิด (Thought blocking) คือ การที่กระแสดความคิดหยุดชะงักลงทันที ทำให้การสนทนาหยุดลงกะทันหัน ผู้ป่วยมักบอกว่าเหมือนความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง

2.2.3.2 อาการซึมเศร้า คือ อาการซึมเศร้านี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติจากคนทั่วไป พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถเกิดได้ทุกช่วงของการดำเนินโรค อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) อารมณ์ซึมเศร้าและการเคลื่อนไหวช้าลง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีการตื่นตระหนก (Panic attacks) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการวิตกกังวล อาจเป็นส่วนหนึ่งของโรคซึมเศร้าหลังหายจากอาการโรคจิต โดยอาการซึมเศร้านี้จะเหมือนกับอาการด้านลบ คือ ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ความรู้สึกยินดีลดลง ความรู้สึกยินดีลดลง รู้สึกไม่มีพลัง ไม่มีแรงจูงใจ และการเคลื่อนไหวเชื่องช้า แต่อาการที่สามารถแยกออกจากอาการด้านลบ คือ ผู้ป่วยจะมี

อารมณ์เศร้าก่อนข้างเด่นชัด มีความผิดปกติของการและความอยากอาหาร มีความรู้สึกผิด ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบจะมีอาการเด่นชัดในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงหรือเฉยเมย

2.2.3.3 อาการวิตกกังวล ซึ่งพบได้บ่อยในช่วงระยะอาการนำ (Prodromal) และช่วงที่มีอาการทางจิตรุนแรง แต่พบน้อยในช่วงที่โรคเป็นเรื้อรังแล้ว โดยในช่วงระยะอาการนำ มักพบอาการวิตกกังวลนำมาก่อนอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังอาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการโรคจิต เช่น ผู้ป่วยอาจมีอาการวิตกกังวลที่เป็นผลตามมาจากอาการประสาทหลอน หรือหวาดระแวง เป็นต้น

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ โดยอาการหลักๆ ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านการคิด รวมทั้งอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและต่อบุคคลรอบข้าง

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิต

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Social/culture factors) ซึ่งปัจจัยด้านบุคคล (Individual or Personal factors) ได้แก่ อุปนิสัย รูปร่างหน้าตา ความภูมิใจในตนเอง ความพร้อมที่จะเจริญพัฒนา ความมีชีวิตชีวา ความสามารถในการค้นหาความหมายของชีวิต ความอดทนอดกลั้นหรือปรับอารมณ์ได้ง่าย และการปรับตัวหรือความสามารถจัดการกับความเครียด ส่วนปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ซึ่งรวมถึง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ความเหมาะสมสมดุระหว่างความเกี่ยวข้องติดต่อกับการแยกห่างจากกันและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Social/culture factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีส่วนร่วมในสังคม การใช้แหล่งทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

(Videbeck, 2006) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของบุคคลดังนี้ (Varcariolis and Halter, 2010)

2.3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al,1995; Kaplan and Sadock, 2000) ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดความท้อแท้และไม่มีความตั้งใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Barry,2011) นอกจากนี้การขาดทักษะการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบที่เป็นปัญหาซึ่งกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมและความสามารถในการปรับตัวในสังคม (Erol et al.,2009) การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ขาดความเข้าใจเรื่องการเข้ายา ขาด

ความรู้เรื่องความเจ็บป่วย ทำให้ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gray, Wykes and Gournay, 2002; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; วาสนา เหล่าคงธรรม, 2550)

2.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; Lysaker, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในใจและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความต้องการเบื้องต้นได้ ขาดความรู้สึกผิดชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

2.3.3 ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ก่อให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน เกิดความทุกข์ขึ้นในใจ เกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดสิ้นหมดหวังในชีวิต ไม่มีจุดหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและอาการที่เกิดขึ้น (Marwaha & Johnson, 2004) ขาดทักษะในการแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น บกพร่องทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นทำให้ไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาได้ (McDonald & Badger, 2002)

โดยสรุป ได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิต ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2.4 การประเมินอาการทางจิต

ลักษณะทั่วไป (General Appearance) ผู้ตรวจต้องสังเกตรูปร่าง หน้าตา กริยา ท่าทางการแสดงออก ว่าผิดปกติหรือไม่

2.4.1 Appearance : สภาพร่างกายและอารมณ์ผู้ป่วยขณะที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น โครงสร้างร่างกาย ความเหมาะสมของร่างกายกับอายุ ท่าทาง การแต่งกาย Behavior and Psychomotor Activity : พฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วยเวลาสัมภาษณ์การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยอาจบรรยายโดยใช้คำเหล่านี้ เช่น hyperactivity, agitation, flexibility, rigidity เป็นต้น รวมถึงการทรงตัวและความคล่องแคล่วขณะเคลื่อนไหว

2.4.2 Attitude Toward Examiner: ท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้สัมภาษณ์อาจใช้คำประเภนี้ เช่น cooperative, hostile เป็นต้น โดยอาจบรรยายถึงระดับของท่าทีด้วย เช่น seductive, some degree of cooperative การพูดและการใช้ภาษา (Speech and language) การพูดเป็นการทำงานระบบกล้ำเนื้อผ่านกระบวนการคิดของผู้ป่วย (Thought process) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิดมักแสดงออกมาทางคำพูดให้สังเกตเห็นได้ เช่นกัน ลักษณะของการพูดที่ควรสังเกต ได้แก่ คุณภาพการพูด เช่น น้ำเสียง การเปลี่ยนแปลงเสียงพูด ความดัง เช่น พูดเสียงดัง หรือพูดเสียงเบาเหมือนกระซิบ (whisper) เป็นต้น การออกเสียง เช่น ชัดเจนหรือไม่ชัด (slurred) พูดพึมพำ (mumbled) ความต่อเนื่อง เช่น ช้า เร็ว หยุต ติดอ่าง (stuttering) หรือพูดตามที่ผู้อื่นพูด (echolalia) เป็นต้น และปริมาณการพูด เช่น อิสระสิ้นไหล (spontaneous) พูดเฉพาะเมื่อถูกถาม

(unspontaneous) การพูดเร็วและพูดมากขึ้น (talkative) จะพบได้ในภาวะอารมณ์ครั้นเคร่งมากกว่าปกติ เช่น mania หรือ hypomania และในภาวะวิตกกังวล ลักษณะที่ผู้ป่วยพูดเร็วและมากทำให้ผู้สัมภาษณ์แทรกหรือหยุดได้ลำบากเรียกว่า pressure of speech ผู้ป่วยบางรายพูดน้อย (poverty of speech) แต่บางรายอาจพูดในปริมาณมากหรือมีเนื้อหาพอสมควรแต่มีเนื้อหาน้อย

2.4.3 ระบบการพูด ให้ความเป็นอย่างไร เช่น สอดคล้องสัมพันธ์กันดี (coherent) ตรงประเด็น

ที่ถูกลถาม (relevant) อ้อมค้อม (circumstantial) พูดไม่รู้เรื่องหรือไม่เป็นระบบ (disorganized) พูดแบบความคิดแล่นเร็ว (flight of ideas) พูดไม่ปะติดปะต่อ (word salad) พูดเป็นสัมผัสคล้ายกาพย์กลอน (rhyming) หรือเล่นคำ (punning) เป็นต้น

2.4.4 ความคิดและการคิด (Thought and thinking) การประเมินความคิดและการคิดทำได้โดยการฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดนอกจากการฟังควรถามถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อสิ่งที่คิดหรือพูดออกมาความคิดมี 2 องค์ประกอบที่ต้องประเมิน ได้แก่ กระบวนการคิด หรือรูปแบบของการคิด (process or form) และเนื้อหาความคิด (content) ผู้สัมภาษณ์ต้องประเมินทั้ง 2 องค์ประกอบไปพร้อมๆ

2.4.4.1 กระบวนการหรือรูปแบบของความคิด (Thought process or thought form) สิ่งสำคัญที่ผู้ประเมินต้องประเมินคือกระแสของความคิด (stream of thought) ซึ่งประเมินจากความต่อเนื่องและความสัมพันธ์กัน (association) ระหว่างเรื่องที่พูด คำพูด และการพูดของผู้ป่วยจะเป็นตัวสะท้อนกระบวนการหรือรูปแบบความคิด แม้จะมีการประเมินเรื่องของการพูดไปแล้วแต่ในส่วนนั้นประเมินลักษณะของการพูดมากกว่า เช่น น้ำเสียงความเร็วความดัง การพูดเยอะหรือน้อย เป็นต้น นอกจากนี้การประเมินเรื่องของการพูดยังเป็นการเป็นการแสดงถึงความผิดปกติทางกระบวนการคิด หรือรูปแบบของการคิดเช่น การพูดที่มีเนื้อหาน้อย (poverty of content of speech) การพูดแบบเฉียดๆ (tangential) การพูดหรือตอบแบบไม่ตรงคำถาม (irrelevant)

2.4.4.2 เนื้อหาความคิด (Thought content) เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องถามเนื้อหาความคิดซ้ำอีกครั้งแม้ว่าข้อมูลส่วนที่อาจได้มาบ้างแล้วระหว่างสัมภาษณ์ เพราะบางครั้งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความคิดอาจมาจากหลายช่วง นอกจากนี้การเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่เป็นเนื้อหาความคิดจะช่วยให้การเก็บข้อมูลมีความเป็นระบบมากขึ้น การตรวจเนื้อหาความคิดนั้นให้สังเกตว่าถูกต้อง มีเหตุมีผล และเหมาะสมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกถึงความผิดปกติได้จากพ่อแม่ ญาติ เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดอื่นๆของผู้ป่วยด้วย คำถามที่ใช้ควรหลีกเลี่ยงลักษณะขอคำถามปลายปิด เช่น “เมื่อคืนนี้คุณนอนไม่หลับใช่ไหมคะ” นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงคำถามชักนำผู้ป่วย เช่น “คุณไม่ชอบเพื่อนของคุณใช่ไหมคะ” คำถามเพื่อประเมินความคิด

จึงควรเป็นคำถามปลายเปิดกว้างๆ ซึ่งผู้ป่วยจะได้อธิบายความคิดของตัวผู้ป่วยระดับของเนื้อหาความคิดสามารถแบ่งได้ดังนี้

Ideation คือ สิ่งที่เกิดอาจเป็นไปได้ทั้งแนวคิด ความคิดความเชื่อมุมมองความเห็นซึ่งบุคคลอาจมีต่าง ๆ กัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา และสถานการณ์สิ่งที่เกิดและความเชื่อนี้เป็นสิ่งที่เป็นเหตุเป็นผลพบได้ตามปกติทั่วไป

Preoccupation คือ การหมกมุ่น หมายถึง มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มักสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เช่น การหมกมุ่นกับความเจ็บป่วย การหมกมุ่นกับปัญหาที่เผชิญ เช่น สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การย่ำคิดย่ำทำ นอกจากนี้อาจเป็นการหมกมุ่นในการวางแผนการ เช่น การวางแผนฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น การฆาตกรรม

Delusion คือ การหลงผิด หมายถึง การมีความเชื่อแบบผิดๆ ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (fixed false belief) และความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย ควรแยกอาการหลงผิดออกจากความเชื่อทั่วไป หรือความเชื่อที่อาจไม่ เป็นเหตุเป็นผล แต่ยังไม่ยึดติดจนกระทั่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งน่าจะเข้าได้กับ overvalued idea มากกว่า ความผิดปกติก่อนเนื้อหาความคิดได้แก่

Obsessions คือ การย่ำคิดเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่จู่ๆก็เกิดขึ้นในหัวสมองผู้ป่วย โดยไม่สามารถห้ามได้ เช่น คิดเรื่องสกปรกลามก เรื่องลบลู่ศาสนา เป็นต้น

Compulsions คือ การย่ำทำเป็นความผิดปกติกองพฤติกรรมที่ไม่ใช่ความคิดแต่เกิดจากการย่ำคิด ที่ทำให้เกิดการกระทำซ้ำๆ ที่ผู้ป่วยฝืนไม่ได้ การย่ำทำนั้นผู้ป่วยทำเพื่อช่วยลดความไม่สบายใจที่เกิดจากการย่ำคิด เช่น การย่ำคิดเรื่องสกปรกทำให้ต้องล้างมือบ่อยๆ Ruminations คือ การครุ่นคิด เป็น การคิดพิจารณาซ้ำๆคิดไป คิดมากี่วนกลับมาที่เก่า โดยมากเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นนามธรรม ตัวอย่างคำถามคล้ายๆการถามอาการย่ำคิด Doubting and indecision คือ ความลังเลตัดสินใจไม่เด็ดขาด เช่นกว่าจะแต่งตัวเสร็จต้องใช้เวลาานานมาก ตัดสินใจเลือกไม่ถูกว่าจะสวมเสื้อตัวไหน หรือจะไปกินข้าวที่ไหน จะทำอะไรก่อนหลัง ตัวอย่างคำถาม เช่น “โดยปกติคุณใช้เวลาานานแค่ไหนในการตัดสินใจที่จะทำอะไรหรือเลือกซื้ออะไรสักหนึ่งอย่าง” Phobic thoughts คือ ความกลัว เป็นการกลัวอย่างไม่มีเหตุผลอันสมควร เช่น กลัวที่มีคนมากๆ กลัวที่สูง กลัวที่แคบ กลัวสัตว์บางชนิด ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณเคยกลัวอะไรหลายๆ บ้างไหม .ความกลัวนั้นเป็นอย่างไร ลองอธิบายให้พยาบาลฟังหน่อย” หรือ “เพราะอะไรคุณถึงกลัว...” Free- floating anxiety คือ ความกังวลโดยไม่มีสาเหตุ เป็นความวิตกกังวลใจที่เกิดขึ้นลอยๆ ไร้เหตุผลอันควรสนับสนุน เช่น ความรู้สึกหวาดกลัวราวกับว่าวาระสุดท้ายจะมาถึง ตัวอย่างคำถาม “คุณเคยรู้สึกไม่สบายใจหรือกระวนกระวายใจโดยอธิบายเหตุผลไม่ได้บ้างหรือไม่” Feelings of unreality คือ ความรู้สึกว้าวุ่นไม่จริงเป็นความรู้สึกที่เหมือน

สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวขณะนั้นเปลี่ยนไป ไม่เป็นเหมือนก่อนหน้านี้ เช่น ดูเหมือน (อะไรบางอย่าง) อยู่ไกลๆ เหมือนหมอก รู้สึกเหมือนอยู่ในฝัน ตัวอย่างคำถาม “คุณรู้สึกว่สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวคุณเป็นอย่างไร”

Feelings of persecution คือ ความรู้สึกที่ถูกปองร้ายเป็นความรู้สึกว่า ถูกกระทำในทางที่ไม่ดี เช่น รู้สึกว่าคนอื่นไม่เป็นมิตร ถูกกลั่นแกล้ง รู้สึกว่าถูกรบกวน มีคนวางแผนที่จะทำไม่ดีกับตนเอง ถูกวางยา หรือมีคนคิดฆ่าตนเอง ตัวอย่างคำถาม “คุณรู้สึกหรือคิดว่ามีใครปองร้ายคุณหรือไม่” “คุณคิดว่าเพื่อนร่วมงานคิดอย่างไรกับคุณ”

Feelings of influence or being controlled คือ ความรู้สึกเหมือนถูกควบคุมครอบงำ เป็น การที่ความรู้สึกว่ามีคนหรืออำนาจที่มากกว่ามาควบคุมหรือครอบงำจากคนอื่น ตัวอย่างคำถาม “คุณรู้สึกว่ถูกใครควบคุมคุณอยู่หรือไม่”

Feelings of reference คือการมีความรู้สึกว่สิ่งต่างๆ เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นการมีความรู้สึกว่โลกภายนอกทั้งหลายเกี่ยวข้องกับตนเองไม่ทางใดทางหนึ่งเช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ออกข่าวเกี่ยวกับเรื่องของเขา วิจัยของเขา เมื่อได้ยินเสียงแตรรถก็คิดว่าเกี่ยวเนื่องกับตนเอง ตัวอย่างคำถาม “เคยมีคนนำเรื่องของคุณไปออกรายการวิทยุหรือโทรทัศน์บ้างไหม” “เมื่อดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรืออ่านหนังสือพิมพ์คุณเคยรู้สึกไหมว่เรื่องราวนั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณ

Somatic preoccupations คือ ความหมกมุ่นเรื่องอาการทางร่างกายของตน เป็น ความหมกมุ่นเรื่องอาการทางร่างกายต่างๆ เช่น คิดว่ร่างกายตนเองกำลังเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนไปจากเดิมแล้ว เช่น เรื่องระบบการกิน การขับถ่าย การย่อย เปลี่ยนแปลงแบบแปลกๆ หรือผิดธรรมชาติ เป็นต้น ตัวอย่างคำถาม “คุณเคยรู้สึกไหมว่ร่างกายของคุณ หรืออวัยวะภายในแปลกๆ ไป หรือมีการเปลี่ยนแปลง”

2.4.5 สภาวะอารมณ์ (Emotion status) ตรวจโดย สังเกตว่ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไร เช่น เครียด โกรธ หงุดหงิด เศร้า ไม่มีอารมณ์ หรืออารมณ์ดีปกติเหมาะสม และบุคลิกปกติ ควรรู้สึกมีอาการผูกพัน (attachment, object relation) กับผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด เช่น แม่ ลักษณะของอารมณ์มีดังนี้

2.4.5.1 อารมณ์พื้นฐาน (Mood) หมายถึง อารมณ์โดยรวมที่มีอยู่ในช่วงที่ผ่านมา เช่นใน 1 สัปดาห์มีอาการ เศร้า เศร้า เศร้า เป็นต้น ดังนั้นการประเมินอารมณ์พื้นฐานจะได้จากการซักถามผู้ป่วยไม่ใช่จากการสังเกต ผู้สัมภาษณ์ความประเมินด้วยว่อารมณ์พื้นฐานของผู้ป่วยเข้ากับอารมณ์ที่แสดงออก (Affect) หรือไม่โดยที่ควรถามระยะเวลาและความรุนแรงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น

2.4.5.2 อารมณ์ที่แสดงออก (Affect) เป็นอารมณ์ที่มักถูกสังเกตได้ทางสีหน้าซึ่งอาจร่วมกับแววตา น้ำเสียงในการพูดคุย ท่าทาง และการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย

2.4.6 การรับรู้ (Perception) คือ ความผิดปกติของการประเมินการรับรู้ที่ผิดปกติไปสามารถประเมินโดยใช้คำถาม เช่น ขณะที่นั่งคุยกับพยาบาลคุณได้ยินเสียงอื่นๆไหม เช่นเสียงคนพูดโดยมองไม่เห็นที่มาของเสียง นอกจากการถามสามารถสังเกตจากพฤติกรรมได้ เช่น การพูดฟังพาดคนเดียว เป็นต้น อาการที่เกี่ยวกับการรับรู้ที่ผิดปกติมี 2 ประเภท ได้แก่

2.4.6.1 Illusions เป็น อาการที่ผู้ป่วยแปลความหมาย ระบบประสาทการรับรู้ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ ผิดไป โดยมักเกี่ยวกับความรู้สึกทางร่างกาย การได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่นการรับรส

2.4.6.2 Hallucinations เป็น อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสิ่งกระตุ้นทั้งที่ไม่มี เช่นการได้ยินเสียงคนพูดโดยที่ไม่เห็นตัวก็คือไม่มีใครพูดแต่รับรู้ว่ามี อาการประสาทหลอนสามารถเกิดขึ้นได้หลายทาง บางครั้งผู้ป่วยก็ให้ข้อมูลโดยตรง บางครั้งก็แสดงออกมาทางพฤติกรรม เช่น เอียงคอฟังเสียงหูแว่ว หรือ พูดโต้ตอบกับเสียงนั้น

2.4.7 การหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วย (Insight) เป็นระดับของการรู้ตัวและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เราควรทราบผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นหรือไม่ว่าทำไมจึงเกิด อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ผู้ป่วยอาจปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง หรืออาจรู้ตัวว่าป่วยแต่โทษว่าเป็นความผิดของคนอื่น เป็นต้น

2.4.8 การตัดสินใจ (Judgment) การตัดสินใจต้องประเมินว่าผู้ป่วยตัดสินใจเหมาะสมหรือไม่ ประกอบด้วยเหตุผลเพียงไร และผู้ป่วยประพฤติตามที่ตัดสินใจนั้นได้เพียงใด การตัดสินใจและการกระทำเป็นที่ยอมรับของสังคมและเหมาะสมกับประเพณีหรือวัฒนธรรมหรือไม่ การตัดสินใจใช้เหตุผลหรือใช้อารมณ์ สามารถทำได้ 2 วิธี

2.4.8.1 การตัดสินใจในการดำเนินชีวิต (social judgment) ได้แก่ การตัดสินใจกระทำในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผิดพลาดควรถามความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วย อาจได้มาจากการซักประวัติก็ได้

2.4.8.2 การตัดสินใจในสถานการณ์สมมติ (test judgment) เช่นพบจดหมายติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของตึกควรทำอะไร, ดูหนังแล้วไฟไหม้จะทำอย่างไร การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการชีวิตอนาคต เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการตัดสินใจ เหตุผล และความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.9 การรับรู้สภาวะตนเองและสิ่งแวดล้อม (Sensorium and cognition) เป็นการประเมินสภาพจิตในส่วนนี้จะแตกต่างกับส่วนอื่นบ้างเพราะมีรูปแบบมากกว่า วิธีการและเนื้อหาที่จะทดสอบนั้นได้ประยุกต์มาจากแบบทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งถ้าหากผลการประเมินสภาพจิตมีความผิดปกติหรือยังไม่สามารถบอกได้เพียงพอควรจะทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาเต็มรูปแบบต่อไป การประเมินนี้ นอก

จากยืนยันบางอาการที่ผู้ป่วยให้ประวัติได้ ยังแยกโรคทางสมอง (Organic brain disease) เช่น โรคลมชักบางชนิด ภาวะเพ้อคลั่ง โรคสมองเสื่อม รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสติปัญญาออกจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้คร่าวๆอีกด้วย เช่น โรคซึมเศร้า ก็อาจพบความผิดปกติของสมาธิและความจำในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีความผิดปกติของความคิดเชิงนามธรรมได้

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินโดยการใช้กรอบแนวคิดมาพัฒนาจากอาการของผู้ป่วยที่พบ เพื่อประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการ จำแนกอาการหลักของโรคจิตเภท ช่วยในการวางแผนการรักษาและนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (พิเชษ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์ ,2555) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1. แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ซึ่งมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ 7 อาการ อาการผิดปกติทางจิตทั่วไป 16 อาการโดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาการใช้ความคิดแบบนามธรรม การสนทนาขาดความต่อเนื่อง ความคิดอย่างตายตัว

กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ ความกังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย ความรู้สึกผิด ความดึงเครียด ทำทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจ และการหยั่งรู้เสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7ระดับโดยคะแนนในแต่ละชั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ การคิดคะแนนโดยรวมคะแนนของข้อต่างๆในแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งคะแนนของแบบประเมินทั้งหมดมีค่าระหว่าง 30-210 คะแนน

2. แบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ (Positive and Negative Symptom Scale: PANSS-T) เป็นมาตรวัดที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาเป็นฉบับ

ภาษาไทยโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต มีความเชื่อถือได้ (reliability) และมีความแม่นยำตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี ต่อมา นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ได้พัฒนาเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อนำมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลและการแปลผลของผู้ประเมิน ซึ่งผู้ใช้โปรแกรมนี้จะต้องได้รับการฝึกอบรม การใช้เครื่องมือดังกล่าว วิธีการประเมินใช้การสัมภาษณ์ทางคลินิกตามแนวทางที่กำหนดไว้แต่ให้ความยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม (Semi structured clinical interview) (โรงพยาบาลจิตเวชเลย ราชชนรินทร์, 2547) ประกอบด้วย คำถามจำนวน 33 ข้อ ใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ ได้แก่ อาการด้านบวก(Positive Scale) อาการด้านลบ(Negative Scale) Composition Index (Positive ลบ Negative) พยาธิสภาพทั่วไป (General Psychopathology Scale) และความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง (Supplement Aggression Risk) เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรคดังนี้ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก สรุปผลเป็น T-SCORE หรือใช้คะแนนมาตรฐานในกราฟ (Profile form) โดยคะแนนมากแสดงว่ามีอาการมาก คะแนนต่ำแสดงว่ามีอาการน้อย ถ้าคะแนนทุกกลุ่ม (ยกเว้นผลต่างคะแนน Composite index) อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยหรือต่ำกว่า ถือได้ว่าผู้ป่วยอาการทุเลา

3. แบบประเมิน Brief Psychiatric Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่สร้างโดย Overall and Gorham (1962) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ ความกังวล เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล การแยกตัวทางอารมณ์ ความคิดสับสน ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การเคลื่อนไหว เชื่องช้า การไม่ร่วมมือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1-7)

สรุป การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ฉบับภาษาไทยมาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจาก เครื่องมือนี้สามารถประเมินอาการทางจิตได้ชัดเจน มีความน่าเชื่อถือ ใช้เวลาน้อย และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในงานวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน BPRS ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรจิตเภทที่มีอาการทางจิต พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญ และมีบทบาทอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการให้มีความเหมาะสม ถูกต้องยิ่งขึ้นพยาบาลจึงต้องทำบทบาทต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการจัดการที่ดี ทั้งในด้านการสอน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การให้คำแนะนำในด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในด้าน การรับรู้ การสื่อความหมาย และด้านสังคม การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องใช้การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เพราะการสื่อสารหรือการพูดคุยๆทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิด

เบือน เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น โดยบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางจิตในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว,2547)

2.5.1 การพยาบาลด้านร่างกายโดยการเริ่มต้นการจัดการการดูแลด้านความสะอาดของร่างกายตนเองเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยที่หวาดระแวง อาจไม่ยอมรับประทานอาหาร จนมีปัญหาสุขภาพตามมา

2.5.2 การพยาบาลด้านความคิดพยาบาลต้องพยายามเข้าใจในเรื่องความคิดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เพราะจะช่วยทำให้เราเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามสื่อออกมา และเราก็สามารถจัดการกับอาการและอาการทางจิตที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2.5.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาที่เราพบได้ในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปคือมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เราเห็นได้ชัดเจน เช่น อารมณ์ราบเรียบ หรือ อารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ โดยพยาบาลต้องเข้าใจและจัดการกับอาการของผู้ป่วยนี้ โดยการจัดการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่างๆ

2.5.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาที่เราพบเจอได้บ่อยๆคือ ผู้ป่วยมักจะแยกตัว หลีกหนีสังคม การไม่เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมต่างๆ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

3.1 ความหมายของการจัดการอาการ

Creer (2000) ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรคโดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง

ชูศรี คูชัยสิทธิ์ (2547) ให้ความหมายว่าการจัดการอาการด้วยตนเอง คือวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่ส่งผลให้ประสบการณ์ของบุคคลแตกต่างกันรวมถึงการรับรู้และการประเมินอาการซึ่งมีผลทำให้บุคคลตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษาการแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

Murphy & Moller (1993) ให้ความหมายว่าวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธี เช่น ผู้ป่วยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ การตอบโต้กลับ การค้นหาความช่วยเหลือ การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น การแยกตัว และการหลีกเลี่ยง เป็นต้น

Larson et al (1994) ได้เสนอกรอบแนวคิดของการจัดการกับอาการ (A conceptual model of symptom management) แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ประกอบด้วย ปฏิสัมพันธ์ของการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) นำไปสู่การสังเกตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติ ในส่วนของการประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) นำไปสู่การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับอาการต่างๆของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรง สาเหตุความสามารถที่จะรักษาและผลของอาการ เป็นต้น ส่วนการตอบสนองของอาการ (Responses of symptoms) จะรวมไปถึงความรู้สึก ความคิด หรือ พฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ

ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิธีการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าอาการของโรคจะได้รับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ แต่อาการ ยังคงหลงเหลืออยู่ นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้พูดเปิดเผยถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยการเพิ่มหรือลดยา ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการควรมองหลายๆ ด้าน (Multidimensional) และมีความชัดเจนเกี่ยวกับ อาการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการรักษาของบุคคลด้วย ที่มากกว่านั้นปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบจึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเดียวหรือหลายๆอาการ

1.1. การรับรู้อาการ (Perception of symptoms)

การรับรู้เป็นภาวะที่รู้สึกตัว การแปลความหมายความคิดของข้อมูลที่ได้รับโดยความรู้สึกในบริบทของสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ โดยมีตัวแปรต่างๆที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลต่ออาการ ได้แก่ ตัวแปรด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ สภาวะการเจ็บป่วย

ตัวแปรด้านบุคคล คือ ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสภาวะทางการเงิน ตัวแปรทางด้านจิตใจ จะรวมถึงบุคลิกลักษณะ ความสามารถทางความคิดและแรงจูงใจ ตัวแปรทางด้านสังคม เช่น หน่วยของครอบครัว วัฒนธรรมและศาสนา ตัวแปรทางด้านสรีรวิทยา ได้แก่ แบบแผนกิจกรรมและการพักผ่อน และความสามารถทางร่างกาย ปัจจัยเหล่านี้อาจจะเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้ลดลงได้ขึ้นกับอาการของบุคคล

ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมเป็นผลรวมของสภาวะหรือสภาพบรรยากาศและภูมิหลัง ซึ่งจะรวมทั้งตัวแปรด้านร่างกาย สังคม เชื้อชาติและวัฒนธรรม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จะรวมถึงที่บ้าน ที่ทำงาน และกิจกรรมต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ ระบบสนับสนุนทางสังคมของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติต่างๆทางวัฒนธรรม

ตัวแปรด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จะรวมถึงสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ พันธุกรรมหรือพฤติกรรมเสี่ยง สภาวะสุขภาพ เช่น ลักษณะทางสรีรวิทยา โครงสร้างทางหน้าที่ของร่างกาย โรคและการบาดเจ็บ เป็นสิ่งที่บอกความแปรปรวนแบบฉับพลัน หรือเรื้อรังซึ่งเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพของโรค รวมถึงอาการของโรคและการบาดเจ็บ

ดังนั้น บุคคล สิ่งแวดล้อมและสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการของบุคคล

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms)

การประเมินอาการสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่แสดงถึงคุณลักษณะของประสบการณ์ ประกอบด้วย ความรุนแรง ตำแหน่ง ความถี่และ ความพร้อม รวมถึงการประเมินตนเองถึงภาวะคุกคามจากอาการ เช่น อันตรายที่เกิดขึ้นหรือผลของความพร้อม

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms)

การตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือกลุ่มอาการรวมถึงส่วนประกอบทางสรีระ จิตใจ และพฤติกรรม

การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงอาการทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การมีประจำเดือน หรือช่วงของการนอนหลับ

การตอบสนองทางจิตใจ เป็นผลสะท้อนของความเปลี่ยนแปลงทางความคิดหรืออารมณ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การลดลงของสมาธิ หรือการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของการมีคุณค่าในตนเอง

การตอบสนองทางพฤติกรรมเป็นการแสดงออกของอาการ ซึ่งรวมทั้งการติดต่อทางสังคม หรือการพูด เช่น การร้องไห้ การกรีดร้องและความคับข้องใจ หรือความเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคลรวมถึงการแยกตัวออกจากสังคม รูปแบบการนอนที่เปลี่ยนไป

ในหนึ่งอาการร่างกายอาจมีการตอบสนองตั้งแต่ 1 หรือมากกว่า เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง จะมีการตอบสนองด้วยอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น หน้าตาแสดงถึงความเจ็บป่วยและวิตกกังวล (Gortner & Jenkins, 1990)

2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้วิธีการจัดการกับอาการ คือ บุคคลมีความต้องการที่จะจัดการกับความยุ่งยาก หรือการรบกวนที่เกิดจากอาการต่างๆ และการจัดการกับอาการควรจะมีอิทธิพลหรือ สามารถควบคุมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ไม่ใช่ที่ผลของอาการ เป้าหมายของการจัดการกับอาการ คือ การขจัดผลของความยุ่งยากหรือการรบกวนที่เกิดจากอาการต่างๆ หรือทำให้อาการเกิดซ้ำออกไป โดยอาศัยการแพทย์ ชีวภาพ บุคลากรวิชาชีพ และวิธีการดูแลตนเอง การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์ของอาการจากการรับรู้ของผู้ป่วย การประเมินนำไปสู่กิจกรรมการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการนั้นๆ

การจัดการกับอาการอาจใช้กิจกรรมตั้งแต่ 1 กิจกรรมหรือมากกว่าในการจัดการกับอาการนั้นๆ การจัดการกับอาการเป็นขบวนการที่เป็นพลวัต และบ่อยครั้งที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลา หรือตามการตอบสนองจากการยอมรับของผู้ป่วย (หรือไม่ยอมรับของผู้ป่วย) ต่อวิธีการที่ใช้ ดังนั้น การที่พยาบาลจะสามารถจัดการกับอาการอย่างประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือ อันดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ระบบการดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ในทีมผู้บำบัด ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยหลายคนสามารถที่จะควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจไม่สนใจต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น ไม่สนใจต่อเสียงแหว่ หรือขับไล่เสียงแหว่นั้นไป แต่ในระยะเฉียบพลันอาการที่มีมากขึ้นจะควบคุมความรู้สึกของผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกเป็นเหยื่อ ผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเจ็บป่วยและพยายามแยกให้ได้ว่าสิ่งที่เป็นจริงเพื่อให้เกิดความชัดเจน เช่น เสียงที่ได้ยิน ภาพที่มองเห็น กลิ่นหรือความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้น ไม่มีตัวตน เมื่อเกิดอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะอยู่ในภาวะจิตใจที่ว่าน่าจะควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการพูดถึงลักษณะอาการที่เกิดขึ้น วิธีการอื่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้มากขึ้น เช่น อาการหูแหว่ประสาทหลอน ผู้ป่วยจะค่อยๆ พัฒนาการรับรู้ความรู้สึกว่าเคยชินกับเสียงนั้นผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าครอบครัวและคนรอบข้างเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการอาการสัมพันธ์กับประสบการณ์ของอาการ โดยแบ่งออกเป็นตัวชี้วัด 10 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย สภาวะอาการความสามารถในการดูแลตนเอง สภาวะทางการเงิน

อัตราการเกิดของอาการ สิ่งที่มีส่วนร่วมในการเกิดอาการ อัตราการตาย คุณภาพชีวิต การสร้างการบริการทางสุขภาพ สภาพทางอารมณ์สภาวะของการทำหน้าที่ โดยมีสภาวะของอาการเป็นจุดศูนย์กลาง และตัวชี้วัดด้านอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

สภาวะของอาการ อาจก่อให้เกิดผลต่อการทำหน้าที่ของทุกๆ คน หรือ สภาพทางอารมณ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสร้างการดูแลทางสุขภาพ สภาวะทางการเงิน หรือคุณภาพชีวิต และมีผลในการเพิ่มอัตราการเกิดอาการหรืออัตราการตาย

สภาวะทางการเงิน ส่งผลกระทบก่อให้เกิดผลของอาการ เช่น การรักษาด้วยยา สามารถที่จะควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับผู้ป่วยบางคน การรักษาด้วยยา ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ถ้าผู้ป่วยไม่มีเงินเพียงพอสำหรับจ่ายค่ายา หรือการประกันทางสุขภาพไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช่วิธีการได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นแทน

อัตราการเกิดอาการและสิ่งที่มีส่วนร่วมในการเกิดของอาการ บ่อยครั้งที่มีการใช้สถานการณ์การทำงานเป็นตัวชี้วัดอัตราการเกิดอาการ เนื่องจากสภาพการทำงานอาจส่งเสริมให้เกิดอาการต่างๆ ได้ เช่น อิริยาบถในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น

คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับอาการ กล่าวคือ ถ้าอาการเป็นปัญหาของของผู้ป่วยหรือมีอาการในระยะเวลาสั้นอาจไม่ก่อให้เกิดผลใดๆ ต่อคุณภาพชีวิต แต่เมื่อใดที่อาการทำให้เกิดปัญหาอย่างมากหรือเกิดเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ คุณภาพชีวิตจะผูกพันต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และการรับรู้ ความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านี้

ระบบการดูแลสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่ขัดขวางการใช้วิธีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ในบางครั้งวิธีการจัดการกับอาการ อาจจะต้องตั้งเป้าหมายหรือกำหนดความต้องการไว้มากเกินไปสำหรับที่ผู้ป่วยจะกระทำได้

สภาพอารมณ์ เช่น วิทยุร้อนที่มีน้ำหนักของร่างกายเกินค่าน้ำหนักมาตรฐานมาก อาจรู้สึกซึมเศร้าจากการอดอาหาร เพื่อให้ได้ผลของอาการคือการคงไว้หรือลดลงของน้ำหนัก แต่วิธีการกับอาการอาจเปลี่ยน จากการสอนเกี่ยวกับการห้ามรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทุกชนิดมาสอนเกี่ยวกับการควบคุมสัดส่วนและเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทาน

การคงไว้ซึ่งสภาพทางการทำงานของผู้ป่วย ควรตั้งไว้ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้โดยอิสระ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียมาก จะต้องคงไว้ซึ่งระดับที่สูงที่สุดของการทำหน้าที่เท่าที่จะเป็นไปได้

การนำแนวคิดการจัดการกับอาการ (A model for symptom management) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในด้านการประเมินประสบการณ์ (Symptom experience) เป็นการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยว่ามีการรับรู้ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการที่

เกิดขึ้นอย่างไร โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS) ในด้านกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะที่ตัวผู้ป่วยและผู้บำบัด คือ พยาบาลเท่านั้น โดยพยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้นำเสนอกยุทธ์การจัดการกับอาการด้วยวิธีการต่างๆให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงบทบาทเป็นผู้เรียนรู้และปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Symptom outcome) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นที่สภาวะอาการ (Symptom status) ความสามารถในการดูแลตนเอง คือ สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างไร เพื่อสามารถใช้ชีวิต

สรุปได้ว่า การจัดการอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยจะกระทำเมื่อต้องการลดหรือจัดการกับอาการหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเพื่อให้อาการนั้นลดลงหรือหายไป

3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Larson et al (1994) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้หรือรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แตกต่างจากปกติที่เคยเป็นอยู่เดิม มีการประเมินอาการ (Evaluation of Symptom) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาถึงความรุนแรง สาเหตุของอาการ ความสามารถที่จะรักษา และผลกระทบของอาการต่อชีวิต และการตอบสนองต่ออาการ (Response of Symptom) ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการจะนำไปสู่การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพโดยการรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล

เช่น เพศ การศึกษา ความรู้ เป็นต้นและเมื่อรับรู้จะมีการประเมินอาการในด้านความรุนแรง สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และมีการตอบสนองต่ออาการโดยอาจแสดงออก เช่น การนอนไม่หลับ วิดกกังวล หงุดหงิดง่าย เป็นต้น รวมถึงผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ

3.3 การประเมินการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภท การประเมินเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่ง ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามองค์รวมของบุคคล (ฟาริดา อิบราฮิม , 2546) การประยุกต์ใช้กรอบ แนวคิดมาใช้ในการประเมินอาการกับการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทสามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการพยาบาลแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน (Gordon) เพราะแบบแผนสุขภาพมองบุคคลเป็นองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคมที่เน้นความสุขสำเร็จกาย จิตวิญญาณ ดังนี้

3.3.1 แบบแผนการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Health perception health management pattern) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ของคนเกี่ยวกับและการจัดการ

สุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพ กิจกรรมและแผนในอนาคตและการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

3.3.2 แบบแผนภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกาย (Nutritional metabolic pattern) รวมถึงแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำที่สัมพันธ์กับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลและลักษณะอาหารที่บริโภคซึ่งครอบคลุมปริมาณอาหารและน้ำที่ได้รับ

3.3.3 แบบแผนการขจัดของเสียออกจากร่างกาย (Elimination pattern) หมายถึง การรองรับของเสียของคนเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การขับเหงื่อ การใช้ยาระบาย การเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย วิธีการขับถ่าย และการปฏิบัติเพื่อควบคุมการขับถ่าย

3.3.4 แบบแผนการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity exercise pattern) เป็นกิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้พลังงานเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

3.3.5 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ (Sleep rest pattern) รวมถึงแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับใน 24 ชั่วโมงการรับรู้เกี่ยวกับปริมาณคุณภาพการนอนหลับการรับรู้เกี่ยวกับปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกมีพลัง การใช้ยาหรืออื่นๆเพื่อช่วยในการนอนหลับ

3.3.6 แบบแผนการรับรู้ความรู้สึกและการใช้สติปัญญา (Cognitive perception pattern) บอกลักษณะสัมผัส การรับรู้ กระบวนการคิดและสติปัญญา รวมถึงการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส

การดมกลิ่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ความเจ็บปวด ภาษา ความจำ การตัดสินใจ การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่

3.3.7 แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self perception pattern) ครอบคลุม อัตมโนทัศน์ การรับรู้ตนเอง เจตคติเกี่ยวกับตนเองข้อดี ข้อด้อย การรับรู้ความสามารถของตนเอง สังคมและสติปัญญา ภาพลักษณ์ เอกลักษณ์ คุณค่า อารมณ์ ท่าทางการเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง ภาษาคำพูด รวมถึงการทำร้ายตนเอง

3.3.8 แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ (Role relationship pattern) บอกลักษณะบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ในบทบาท ความรับผิดชอบในปัจจุบัน ความพอใจ ไม่พอใจ จากปัญหาครอบครัวหน้าที่การงาน และความสัมพันธ์ในสังคม

3.3.9 แบบแผนภาวะทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality reproductive pattern) บอกลักษณะความพอใจไม่พอใจในเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเจริญพันธุ์ ระยะพัฒนาการทางเพศ ปัญหาการเบี่ยงเบนทางเพศ ประวัติครอบครัว สถานภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการใช้ยาทางจิตเวช

3.3.10 แบบแผนการจัดการและการทนต่อความเครียด (Coping stress tolerance pattern) รวมถึงประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การรักษาดุลยภาพความมั่นคงส่วนตน การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีปัญหา อุปนิสัย และอารมณ์

3.3.11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (Value belief pattern) รวมถึงคุณค่า ความหมาย ความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกทิศทางการดำเนินชีวิต การรับรู้สิ่งสูงสุดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างไรก็ตามในแบบแผนสุขภาพควรมีข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพด้วยการตรวจร่างกายผู้ป่วย และผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยเพราะผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความผิดปกติทางกายร่วมด้วย เช่น การติดสารเสพติด ภาวะทุพโภชนา หรือ BMI มีผลต่อภาวะ Metabolic Syndrome ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยาทางจิตเวช หรือจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า จึงไม่สนใจอาบน้ำ และทำให้มีกลิ่นตัว เป็นต้น จึงควรระบุข้อมูลคำพูดของผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแบบแผนสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือใส่ข้อมูลไว้ในส่วนของการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนลงสู่ 11 แบบแผนแต่ต้องครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ การชักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสรุปปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

3.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิต เป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2555)

3.4.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การให้การพยาบาลโดยตรงโดยการประเมินสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจคลินิกในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ การประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

3.4.2 ด้านการบริหารจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีมเสนอแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3.4.3 ด้านการให้ความรู้โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

3.4.4 ด้านการเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วยและแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

3.4.5 ด้านการวิจัยพยาบาลมีติดตามการวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลนำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3.4.6 จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

4. โปรแกรมการจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

Larson et al (1994) ซึ่งได้มีการอธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์ของอาการ (Symptom Experience) 2) วิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ (Symptom Outcome) ตามแนวคิดการจัดการอาการ ซึ่งอาการถือเป็นประสบการณ์ของบุคคลในการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ความรู้สึก และสติปัญญา อาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับอาการ และนำไปสู่กิจกรรมการดูแล หรือหาวิธีที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการโดยรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆตามแนวคิดการจัดการอาการมีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Model for symptom management ตามแนวคิดของ Larson et al (1994) และ โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

แนวคิดของ Larson et al (1994)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการโดยการรับรู้อาการนำไปสู่การสังเกต เกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงของบุคคล</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีการแสดงออกในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้สร้างสัมพันธภาพต่อกัน พูดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสได้พูดคุย ทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพจะนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจ (working together) ซึ่งจะขจัดผลในด้านลบของโรคออกไป (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ป่วยอื่นที่ประสบกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตเหมือนกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับ เข้าใจกับปัญหาตามความเป็นจริง (Miller,2000)</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยได้รวบรวมประสบการณ์ของการมีอาการของผู้ป่วย ทั้งด้านการรับรู้อาการ ผู้ป่วยรับรู้หรือรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แตกต่างจากปกติที่เคยเป็นอยู่เดิมอย่างไร โดยผู้ป่วยมีการประเมินอาการเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไรโดยเน้นให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุของอาการ และผลกระทบของอาการต่ออาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยค้นหาว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการอย่างไร ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม วัฒนธรรม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al,1995; Kaplan and Sadock, 2000)</p>

แนวคิดของ Larson et al (1994)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>2.วิธีการจัดการอาการ(Symptom Management Strategies) การใช้วิธีการจัดการกับอาการ บุคคลมีความต้องการที่จะจัดการอาการที่เกิดขึ้น และการจัดการอาการควรมีอิทธิพลหรือสามารถควบคุมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการโดยไม่เกี่ยวกับผลของอาการ</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การได้อภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือการจัดการอาการ และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเกิดอาการทางจิต โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการรับรู้อาการทางจิตของตนเอง ลักษณะอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป วิธีการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Bandura, 1977) เช่น มีการจัดการอาการทางจิต ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไป เช่น อาการประสาทหลอน หงุดหงิด การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มสังเกต เกิดการจดจำลักษณะของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตเทียบเคียงกับภาพของตนเอง จากการเห็นสิ่งที่ได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการทางจิตนั้นและให้ผู้ป่วยในกลุ่มซักถามถึงประสบการณ์ของตัวเอง ร่วมอภิปรายสรุปลักษณะของตัวเอง เพื่อให้เห็นวิธีการในการจัดการอาการทางจิตของตัวเองยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะนำไปใช้กับตนเองต่อไป</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ การให้ผู้ป่วยฝึกระบุอาการทางจิต มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการอาการทางจิตอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปมากขึ้น ให้ระบุนึกคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการ กระบวนการวิธีการจัดการอาการ ทักษะการจัดการอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของอาการที่เกิดขึ้นและสามารถชะลอและลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่จะเกิดขึ้นจากอาการที่เป็นอยู่</p>

แนวคิดของ Larson et al (1994)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>3.ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ (Symptom Outcome) ในสภาวะอาการทางจิตที่ผู้ป่วยยังคงมีอยู่นั้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการของผู้ป่วยจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการร่วมกับประสบการณ์การมีอาการ โดยประเมินผลลัพธ์ที่มุ่งเน้นถึงสภาวะอาการของผู้ป่วยในด้านอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วย รวมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการที่ดีที่สุดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มที่ได้นำการจัดการอาการทางจิตไปปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ร่วมกัน การสร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนการนำประสบการณ์การจัดการอาการทางจิตที่ประสบความสำเร็จไปใช้ในการจัดการอาการทางจิตของตนเอง ได้มีวิธีที่จะเป็นแนวทางการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปที่หลากหลายนำไปปฏิบัติเพิ่มเติม(Taylor, 1994; Schlosser, et al., 2015)</p>

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ

วยุณี ช่างมิ่ง (2546) ศึกษาการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาอำนาจการรับรู้การนำและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงบรรยายโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้การนำอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูงและการจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนข้างต่ำ การรับรู้การนำกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 24.90

สมชาย ต้นศิริสิทธิกุลและคณะ (2551) ศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทและญาติในการรับรู้การเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 20 คน และญาติจำนวน 20 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ป่วยและญาติมี

ความสามารถในการรับรู้อาการเตือนร้อยละ 75 และร้อยละ 95 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 70 จะพยายามจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ในขณะที่ญาติร้อยละ 60 ไม่ได้จัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น ลักษณะอาการเตือนที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับและมักพบว่ามีอาการเตือนมากกว่า 1 อาการ สรุป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้อาการเตือนได้ โดยอาการเตือนในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันและญาติไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ต้องมีโปรแกรมการฝึกสอนวิธีจัดการกับอาการเตือนแก่ญาติที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2552) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วต่อความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วย 40 คน จัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในแผนกผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่า 1) ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดาพร สถิตยทุทธการ (2552) ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในโรคผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังและเคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน จำนวน 80 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การเกิดการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มควบคุม 69.2% (9 คน) เปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลอง 30.8%(4 คน) โดยสรุปได้ว่าสัดส่วนของการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Baker(1995) ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยจิตเภทคือความทุกข์ทรมานทางอารมณ์นำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีความผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานได้ 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการป่วยซ้ำนับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะและความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มมีอาการรุนแรงขึ้นกระบวนการนี้ประกอบด้วยมีบางสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้และค้นพบอาการนำก่อนป่วยซ้ำ 3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต การป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุมและเฝ้าระวังอาการนำที่จะเกิดขึ้น

Jan-Henry and Jaaskelainen (1998) ศึกษาผลของการฝึกการจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในฟินแลนด์ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกให้รับรู้อาการเตือนที่เกิดก่อนมีอาการทางจิตและการติดต่อผู้ให้การรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1-2 ปีแรก ไม่ต่างกันแต่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

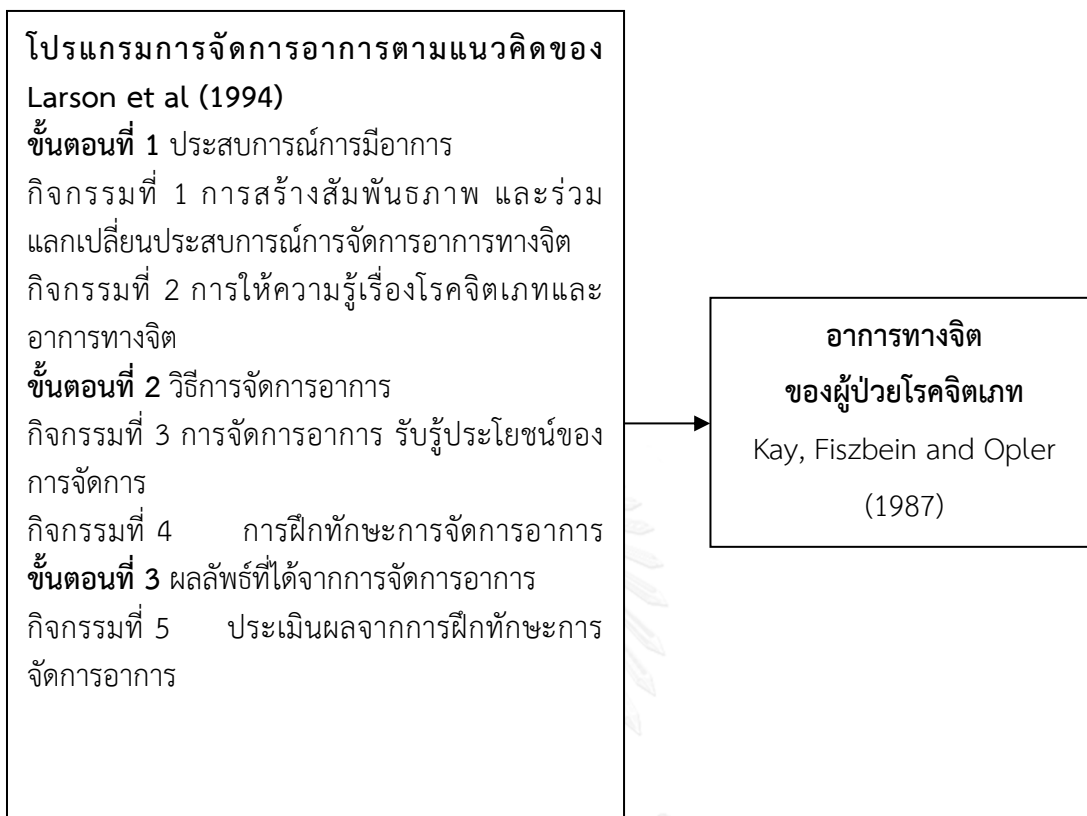
Herz,et al (2000) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วยด้วยการให้ความรู้จิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีระบุอาการนำและสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัวและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า มีการติดตามผลในเดือนที่ 18 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำหรือได้รับการรักษาซ้ำหรือได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Kennedy, Schepp and O'Conner(2000) ศึกษาการจัดการอาการนำกับการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 60 คน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การรับรู้อาการนำ การจัดการอาการด้วยตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่าการรับรู้อาการนำกับการจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการอาการนำกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น

Kyung Hee Shon and Si Sung Park(2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการรักษาขณะรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่สองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมให้ความรู้ที่เน้นการจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนของการกลับเป็นซ้ำของอาการมากกว่ากลุ่มควบคุม

Ventura, J., et al(2004) ศึกษาการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 29 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและบุคคลทั่วไปจำนวน 24 คน เปรียบเทียบการเผชิญกับเหตุการณ์ทางลบในชีวิต พบวิธีการที่คนทั่วไปนำมาใช้ในการเผชิญปัญหามาก เช่น คิดหาวิธีการหลายๆวิธีเพื่อจัดการกับปัญหา วางแผนการปฏิบัติการและทำตามแผน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีประสบการณ์รู้คิดดีจะสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครึ่งทดลอง (Quasi – experimental Reseach) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง(The pretest – posttest control group design) (Polit and Beck,2004) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการ ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
	O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

โดย X = โปรแกรมการจัดการอาการ

O₁ = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

O₂ = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

O₃ = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจิตเวช จำนวน 40 คน ของ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดที่ได้รับการประเมิน BPRS 36-45 คะแนน
3. สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีอาการทางจิตกำเริบ
3. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (Drop out)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) จากการศึกษาของ Lee et al. (2006) เรื่อง Effective of a work-Retake Stress Management Program in Patients with chronic schizophrenia มาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 80.02 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 19.98 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คนแต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เพศ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการของโรครุนแรงน้อยกว่าเพศชาย (Leung, 2000) 2) คะแนน BPRS เนื่องจากความรุนแรงของอาการส่งผลต่ออาการทางจิตที่แตกต่างกัน (Overall and Gorham, 1962) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-20.9) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนน BPRS อยู่ในระดับ 36-45 คะแนนและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่ (Matched pair) ใช้วิธีการจับฉลากโดยการทำฉลากเป็นเลข 1 กับ เลข 2 อย่างละ 20 รวมเป็น 40 หมายเลข โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้หมายเลข 1 คือกลุ่มทดลอง และหมายเลข 2 คือกลุ่มควบคุม ทำเช่นนี้จนครบ 40 คน เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ในด้านเพศและคะแนน BPRS ของผู้ป่วยจิตเภทจนครบทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการ

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ฉบับภาษาไทย

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการอาการ

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์แรก 3 ขั้นตอน สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 2 ขั้นตอน ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัญหาการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวคิดทฤษฎี รูปแบบของการจัดการอาการ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตในการจัดการกับอาการโดยแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al (1994) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) โดยให้ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้น ผลกระทบของอาการต่อชีวิต และการตอบสนองต่ออาการ 2) วิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) ให้ผู้ป่วยทราบถึงกลวิธีการจัดการอาการโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือชะลอผลทางด้านลบหรือผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ (Symptom Outcome) ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติจริงในเหตุการณ์สมมติซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการร่วมกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแต่ละราย

2. สร้างคู่มือโปรแกรมการจัดการอาการ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al (1994) โดยกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท กำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนรวมทั้งหมด 5 กิจกรรม แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม โดยทุกขั้นตอนของการวิจัยได้วางแผนและได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำเอกสารที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การจัดการอาการ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด โดยจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ลดความเครียดและวิตกกังวล พูดคุยเรื่องทั่วไปให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ป่วยอื่นที่ประสบกับความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยทางจิตเหมือนกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับ เข้าใจกับปัญหาตามความเป็นจริง (Miller,2000) การทบทวนกิจกรรมที่พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องการรับรู้อาการ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการของผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยทั้งปัญหาและความต้องการและการยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแล

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้เรื่องโรค และอาการทางจิต (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ความรู้ ข้อมูล เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการทางจิต การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้น การอภิปรายกลุ่ม เพื่อเป็นการประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยแต่ละคนเมื่อผู้ป่วยประเมินอาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานเมื่อมีสิ่งผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีวิธีการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงวิธีการจัดการอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการบรรเทาอาการดังกล่าวและมีผลลัพธ์อย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบของการจัดการกับอาการ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการทางจิต (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ผู้ป่วยรับรู้การจัดการอาการทางจิตผ่านตัวแบบ โดยการอภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางจิตของตนเอง ลักษณะอาการทางจิต วิธีการจัดการอาการ เช่น การจัดการอาการทางจิต หูแว่ว หรืออาการประสาทหลอน ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกต เกิดการจดจำ ลักษณะของตัวแบบ เทียบเคียงกับภาพของตนเอง การเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับ แล้ว แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการอาการ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ผู้ป่วยฝึกกระบวนการทางจิตทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป มีลักษณะอย่างไร มีวิธีการจัดการอาการทางจิตอย่างไรและระบุสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น ให้ระบุมุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และระบุการจัดการอาการที่เคยใช้ได้ผลและไม่ได้ผลแล้วอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการของตนเองกับคนอื่น แล้วนำของตนเองและของผู้อื่นไปวางแผนในการจัดการกับอาการของตนเองที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

สาระสำคัญ การจัดการอาการกับอาการที่เกิดขึ้นได้นั้นจะช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการและประเมินการ และตอบสนองต่ออาการได้อย่างเหมาะสม การให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการทางจิตด้วยตนเองในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการอาการทางจิตเมื่ออยู่ที่บ้าน สรุปกิจกรรมสิ่งที่ได้ร่วมกันชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการจัดการอาการ สอบถามความรู้ที่ได้รับและให้ทำแบบทดสอบ(เหตุการณ์จำลอง) ความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แนะนำให้นำความรู้ไปใช้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และยุติกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาซึ่งประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ

ประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการอาการมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

กิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 3 ปรับระยะเวลาในส่วนของกิจกรรมที่จัดให้กระชับกว่านี้โดยให้อยู่ในสัปดาห์เดียวกันเพื่อป้องกันการลืมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ในใบงานที่ 1 เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรเรียงเรียงคำถาม โดยปรับแก้ภาษาให้ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 4 เนื้อหาที่สอนควรเน้นเฉพาะประเด็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ได้จริง ให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยปรับแก้โดยให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท นำไปใช้ได้ เรียบเรียงเนื้อหาใหม่ให้มีความกระชับและเข้าใจง่ายขึ้น

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิต จนครบ 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากทดลองใช้โปรแกรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรมแล้ว พบว่า การดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมยังไม่ราบรื่น คือ กิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของตนเอง จึงได้มีการปรับให้มีกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้มีการแสดงออกมากขึ้น โดยให้เขียนชื่อลงในกระดาษตัดเป็นรูปดอกไม้ ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เพื่อสร้างความเข้าใจกันและกล้าแสดงออกภายในกลุ่ม และพบว่าผู้ป่วยกล้าพูด มีความกล้าแสดงออก สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่กำหนดไว้ครั้งละ 60 -90 นาที ผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ามารักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler(1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมิน

อาการทางจิตประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการที่เกินจากสภาพจิตปกติ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินที่ขาดไปจากสภาพจิตปกติ และอาการผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคจิตเภทโดยทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การแยกตัวจากสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง มีปัญหาการใช้ความคิดแบบนามธรรม การสนทนาขาดความต่อเนื่อง ความคิดอย่างตายตัว

กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความรู้สึกผิด ความตื่นตระหนก มีท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวแข็งช้า การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจ และการหยั่งรู้เสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจด้วย ความคิดหมกมุ่น และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงและการสังเกตอาการผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้

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

โดยธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) การแปลผลโดยรวมคะแนนของข้อต่างๆในแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดมีค่าระหว่าง 30-210 คะแนน และนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดคือ 30 การศึกษาครั้งนี้ได้แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนนเฉลี่ย	2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.1 - 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ย	3.1 - 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4.1 - 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนนเฉลี่ย	5.1 - 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนนเฉลี่ย	6.1 - 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .82

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการ (The Symptom Management Assessment Tool or SMST) (Kennedy et al.,2000) ซึ่งพัฒนาโดย Murphy and Moller (1993) นำมาปรับปรุงใช้ในผู้ป่วยจิตเภทโดย วยุณี ช้างมิ่ง (2546) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนเป็น 0 - 4 มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ถามถึงความถี่ของการใช้

ส่วนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ถึงผลการใช้ วิธีการจัดการอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ

- 1) การเบี่ยงเบน (Distraction) 14 ข้อ
- 2) การตอบโต้กลับ (Fighting Back) 7 ข้อ
- 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Helping -seeking) 4 ข้อ
- 4) การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempts to feel better) 6 ข้อ
- 5) การแยกตัวเอง (Isolation) 4 ข้อ
- 6) การหลีกเลี่ยง (Escape behavior) 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ได้	0 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ได้	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ได้	2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการอาการทั้งชุดมีค่าระหว่าง 0 - 38 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการอาการเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับต่ำ

คะแนน 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับปานกลาง

คะแนน 27 - 38 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับสูง

เกณฑ์การกำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการอาการ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนทักษะการจัดการอาการในระดับปานกลางขึ้นไป (14 - 38 คะแนน) หากภายหลังการประเมินทักษะการจัดการอาการแล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคือมีคะแนนน้อยกว่า 14 ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันพิจารณาถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆในโปรแกรมการจัดการอาการ ว่าเกิดจากสาเหตุใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาด และร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิต จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทุกคน มีคะแนนที่ได้จากการประเมินทักษะการจัดการอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (27 - 38 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการจัดการอาการด้วยตนเองไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสอดคล้องกับการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คนทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการใช้ภาษา ซึ่งประกอบไปด้วยอาจารย์แพทย์ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตรดังนี้ (Politand Hunger, 1999)

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

จากการคำนวณพบว่าแบบประเมินทักษะการจัดการอาการมีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้จึงมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

ปรับข้อคำถาม ข้อ 14,23 และ 29 ที่มีคำถามซ้ำกัน ปรับเป็นตะโกนโต้ตอบกับเสียงแหว่อาบน้ำ และ กอดหอมหรือสัตว์ที่มีขนฟู ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทักษะการจัดการอาการที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พุศจิกายน 2558 - พุศจิกายน 2559 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการแต่อย่างใด รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรงและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1. ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ความรู้ในเรื่อง การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และ งานวิจัยร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดระยะเวลาการขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริงภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการอาการและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 เมื่อได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาผู้วิจัยจึงประสานกับหัวหน้าหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในเพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิธีการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจิตเวช เพื่อพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงแนะนำตัว ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก หลังจากนั้นให้ลงรายชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Match-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศและความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากจนครบ 40 คนหรือ 20 คู่ (ตามตารางที่ 3)

1.8 ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการ 1 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

1.8.1 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดผู้ป่วยเพื่อตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตก่อนการวิจัย (Pre-test) จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (PANSS) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.8.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการพยาบาลปกติที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับ

1.8.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับการดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัด นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการ มอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง และหลังจากการเสร็จสิ้นการบำบัดในกิจกรรมที่ 5 จะขอความร่วมมือตอบแบบประเมินทักษะการจัดการอาการ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง 20 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการ ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ครั้งละ 60 นาที จนครบ 5 กิจกรรมเป็นเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบแบบประเมินทักษะการจัดการอาการ

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แล้วนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการทางจิต (Post-test)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาคาร

กิจกรรม	ว/ด/ป	เวลา	
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ การจัดการอาคาร	9 ก.พ.59	09.00 - 10.00น.	13.00 - 14.00น.
กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการทางจิต		10.00 - 11.00น.	14.00 - 15.00น.
กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาคาร	10 ก.พ.59	09.00 - 10.00น.	13.00 - 14.00น.
กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาคาร	16 ก.พ.59	09.00 - 10.00น.	13.00 - 14.00น.
กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์การจัดการอาคาร	17 ก.พ.59	09.00 - 10.00น.	13.00 - 14.00น.

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	คะแนนBPRS	เพศ	คะแนนBPRS
1	หญิง	39	หญิง	40
2	หญิง	39	หญิง	39
3	ชาย	45	ชาย	44
4	ชาย	42	ชาย	40
5	หญิง	41	หญิง	39
6	ชาย	45	ชาย	44
7	ชาย	43	ชาย	40
8	หญิง	45	หญิง	43
9	หญิง	40	หญิง	40
10	ชาย	42	ชาย	43
11	ชาย	45	ชาย	44
12	ชาย	42	ชาย	40
13	หญิง	43	หญิง	41
14	ชาย	43	ชาย	42
15	หญิง	43	หญิง	45
16	ชาย	42	ชาย	45
17	ชาย	45	ชาย	44
18	หญิง	43	หญิง	42
19	หญิง	42	หญิง	39
20	หญิง	42	หญิง	39

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ รับฟังความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (วันอังคารและวันพุธ)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ผ่อนคลายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการของตนเองได้

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาในด้านการคิด การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดำเนินชีวิตส่งผลต่อการจัดการอาการ จึงจำเป็นต้องมีพูดคุยพบปะกับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ รู้จักการดูแลตนเอง การจัดการอาการเบื้องต้น ช่วยลดการป่วยซ้ำได้ ผู้นำกลุ่มจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยระยะเริ่มต้นให้ฝึกปฏิบัติในการกล่าวทักทาย สวัสดี การยกมือไหว้ การยิ้มให้ เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและกล้าแสดงออกต่อการจัดการอาการและเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้การจัดการอาการ จากการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการที่เคยประสบความสำเร็จ ทำให้รู้สึกภูมิใจ หรือการจัดการอาการที่ล้มเหลวที่อาจทำให้เกิดความไม่สบายใจต่างๆ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ รับฟังแสดงความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ประสบกับอาการทางจิตแต่เพียงผู้เดียว

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม

2. ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษรูปดอกไม้ขนาดเล็กคนละ 1 แผ่น
3. ให้สมาชิกเขียนแนะนำตนเองลงในกระดาษรูปดอกไม้ขนาดเล็ก เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น
4. ให้สมาชิกแต่ละคนออกมาแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่นๆ รู้จักแล้วนำกระดาษรูปดอกไม้ที่เขียนแนะนำตนเองไปแปะไว้ที่ภาพดอกไม้
5. เมื่อสมาชิกออกมาแนะนำตัวจนครบทุกคนแล้ว ให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมนี้ว่ามีวัตถุประสงค์อะไร
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเรื่องระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม โดยอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีกฎระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรม
7. กล่าวสรุประเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
8. ให้สมาชิกเขียนผลกระทบจากการเกิดอาการทางจิตซ้ำ ผู้นำกลุ่ม สะท้อนให้สมาชิก ช่วยกันบอกความรู้สึกต่อการจัดการอาการ และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และ ทำความเข้าใจเนื้อหาให้ตรงกัน ร่วมกันสรุปโดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม
10. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. กระดาษรูปดอกไม้ดอกเล็กๆ
4. โปสเตอร์ภาพดอกไม้ดอกใหญ่

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกประสบการณ์การมีอาการของตนเองได้

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิต (วันอังคารเช้าและบ่าย)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่ออาการทางจิตที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจัดการอาการร่วมกัน
3. เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่ออาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการร่วมกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกลักษณะอาการทางจิตได้
2. เลือกวิธีการจัดการอาการได้เหมาะสม
3. บอกถึงการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการได้

สาระสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง ในการรับรู้อาการ การประเมินอาการของตนเอง กลุ่มการจัดการอาการเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกันช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จากการแลกเปลี่ยนและจากกระบวนการกลุ่ม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มทักทายสมาชิก ทบทวนวัตถุประสงค์ กติกา
2. เปิดโอกาส ให้สมาชิกกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อภิปราย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ใน ประเด็นด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันประเมินการรับรู้เรื่องโรคจิตเภท และ อาการทางจิต การตอบสนองต่ออาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ละคนเมื่อผู้ป่วยประเมินอาการและรับรู้ถึงความ ทุกข์ทรมานเมื่อมีสิ่งผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีวิธีการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการบรรเทาอาการดังกล่าวรวมถึงเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มี การอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตพฤติกรรม การ ทำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต การประเมินอาการ ความรุนแรงของ อาการ ผลกระทบของอาการ การตอบสนองต่ออาการให้แก่สมาชิกในกลุ่มและให้สมาชิกบอกความ ตั้งใจของตนเองในการจะกลับไปปฏิบัติหลังจากเข้ากลุ่ม
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถาม หลังจากนั้นสรุป กิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มการจัดการอาการ

2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 2.1 เรื่องประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่องโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่องประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการของโรคได้ถูกต้อง ครบทุกข้อ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 1 (วันพุธเข้ากลุ่มที่1และวันพุธบ่ายที่2)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลของอาการต่ออาการทางจิต
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้น และผลของอาการที่มีต่ออาการทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงอาการที่เกิดขึ้นได้และผลของอาการที่มีต่ออาการทางจิต
2. รู้ถึงประโยชน์ของการจัดการอาการ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วย
3. เลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

การจัดการอาการทางจิตเป็นเป้าหมายก็เพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลลบที่เกิดจากอาการ การจัดการอาการจะเริ่มจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการโดยจากการรับรู้อาการของผู้ป่วย การระบุวิธีการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้น มีกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ยาวนานขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ พูดคุยเรื่องต่างๆไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. กลุ่มให้ผู้ป่วยทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในสัปดาห์ก่อน การรับรู้อาการ การ

ประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ จากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

3. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือ การจัดการอาการ และซักถามสมาชิกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยทำ แล้วประสบความสำเร็จในการจัดการอาการเลือกสมาชิกดังกล่าวมาเป็นตัวแบบและให้สมาชิกร่วมกัน แสดงความคิดเห็น

4. ให้สมาชิกแต่ละคนบอกวิธีการจัดการอาการที่ผ่านมาให้กับสมาชิกในกลุ่มทราบ

5. ผู้นำกลุ่มสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกในการมีส่วนร่วมและร่วมแสดงความคิดเห็น

6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นดังกล่าว

7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจเนื้อหา วิธีการจัดการ

อาการให้ตรงกัน และร่วมสรุปโดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

8. สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3 ถ้ามีอาการแบบนี้จะทำอย่างไร

2. คู่มือการจัดการอาการ

การประเมินผล

ผู้ช่วยสามารถบอกเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้และผลของอาการที่มีต่ออาการทางจิตรู้ถึง ประโยชน์ของการจัดการอาการโดยเลือกวิธีการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 2 (วันอังคารเช้าและบ่าย)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ช่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการอาการ และค้นหาวิธีการจัดการอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ช่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการจัดการอาการและสามารถจัดการอาการได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงแนวทาง ความสำคัญและประโยชน์ในการจัดการอาการ ค้นหาวิธีการจัดการอาการได้

2. เลือกแนวทางในการจัดการอาการและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการจัดการอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการอาการให้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ กระตุ้นให้สมาชิกบอกปัญหา อาการที่เป็นอยู่ ฝึกวิธีการจัดการ อาการที่เกิดขึ้น ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบาย และพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนับเลข 1 ถึง 3 นับจากทางด้านซ้ายของผู้นำกลุ่มแล้วเลขเดียวกันอยู่กลุ่ม เดียวกันอยู่ และเลข 1 คนสุดท้ายเป็นคนช่วยจดสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเสนอ
 2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเลือกอาการที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิก ในกลุ่ม โดยเลือก ลักษณะอาการทางด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป มาอย่างละ 1 อาการมา แสดงบทบาทสมมติและแสดงวิธีการจัดการอาการ
 3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ในการจัดการอาการ และวิธีการจัดการอาการปัญหาในการจัดการอาการ และความรู้สึกคับข้องใจในอาการที่เป็นอยู่ของ สมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
 4. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดการอาการ และวิธีการจัดการอาการ
 5. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่มและยุติกลุ่ม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4 สรุปสิ่งที่ได้จากสถานการณ์การจัดการอาการ
2. ใบงานที่ 5 สถานการณ์จำลอง (การบ้าน)

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถามความสนใจและความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 2 (วันพุธเช้าและบ่าย)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะการจัดการอาการต่ออาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การประเมินผลจากการฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการต่างๆในการจัดการอาการในโปรแกรมการจัดการอาการและแสดงความรู้สึกต่อการจัดการอาการ เพื่อประเมินสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนสามารถประเมินวิธีการต่างๆที่จะนำไปใช้แล้วทำให้อาการทางจิตลดลง

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบาย และ พูดคุยเรื่องทั่วไปทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนำสถานการณ์จำลอง(การบ้าน)ที่ได้จากสัปดาห์ที่แล้ว มาพูดคุยกันและให้ถามว่า “ใครต้องการที่จะมานำเสนอ การบ้านให้เพื่อนฟังไหมคะหรือใครอยากเสนออยากให้ผู้อื่นเป็นคนนำเสนอไหมคะ”
3. หลังจากนั้น ให้สมาชิกเลือก 1 ข้อ มานำเสนอข้านักกลุ่ม และ ให้เพื่อนสมาชิก ช่วยแสดงความคิดเห็นและเลือกใช้วิธีการหรือเสนอแนะ วิธีการที่เพิ่มเติมใช้เวลาประมาณ 15 นาที จนครบ 2 ข้อ 30 นาที
4. กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการจัดการอาการ และวิธีการจัดการกับอาการปัญหาในการจัดการอาการ และความรู้สึกคับข้องใจในอาการที่เป็นอยู่ของสมาชิกกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอความคิดเห็นต่อสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้
6. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่มและยุติกลุ่ม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษเปล่า ให้สมาชิกเขียนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่ได้จากสถานการณ์จำลอง (การบ้าน)
2. ใบงานที่ 5 สถานการณ์จำลอง (การบ้าน) ที่ผู้ป่วยตอบมาเรียบร้อยแล้ว

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมและสามารถตอบคำถามในสถานการณ์จำลอง(การบ้าน)ได้ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการทางจิต (pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS)

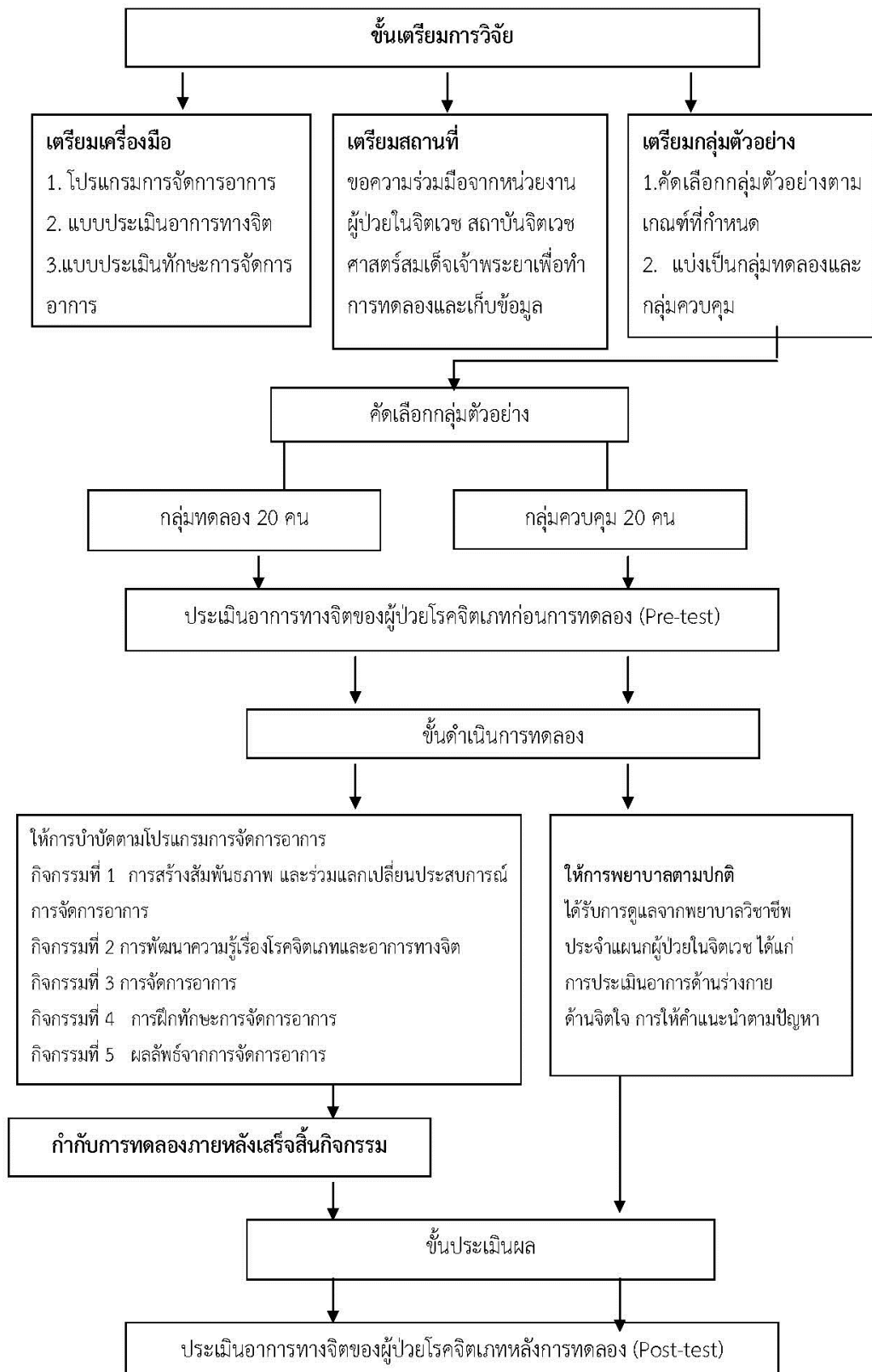
หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินทักษะการจัดการอาการ เมื่อคะแนนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองแล้ว ให้ทำแบบประเมินอาการทางจิต (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2559 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชใน หอผู้ป่วยสามัญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและคะแนนBPRS จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองจัดการอาการกับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
ชาย	10	50.0	10	50.0	20	50.0
อายุ (ปี)						
20-29	9	45.0	7	15.0	16	40.0
30-39	6	30.0	4	20.0	10	25.0
40-49	4	20.0	4	20.0	8	20.0
50-59	1	5.0	5	25.0	6	15.0
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45.0	11	55.0	20	50.0
คู่	7	35.0	4	20.0	11	27.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	4	20.0	5	25.0	9	22.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	11	55.0	15	37.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	65.0	4	20.0	17	42.5
ปวส/อนุปริญญา	1	5.0	2	10.0	3	7.5

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระยะที่เจ็บป่วย					
น้อยกว่า 5 ปี	9	45.0	3	15.0	12	30.0
5 – 10 ปี	6	30.0	4	20.0	10	25.0
10 – 15 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
15 – 20 ปี	1	5.0	4	20.0	5	12.5
20 ปีขึ้นไป	0	0	5	25.0	5	12.5
จำนวนครั้งที่เคยนอนใน โรงพยาบาล						
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.0	0	0	1	2.5
5 – 10 ปี	3	15.0	5	25.0	8	20.0
10 -15 ปี	6	30.0	11	55.0	17	42.5
15 -20 ปี	1	5.0	3	15.0	4	10.0
20 ปีขึ้นไป	7	35.0	1	5.0	8	20.0

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเริ่มเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลคือ 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired t- test)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยรวม	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	3.63	0.30	ปานกลาง	-0.40	19	0.00
หลังการทดลอง	1.62	0.26	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 3.63 และหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 1.62 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัยคืออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบอาการทางจิต รายด้าน	Mean	SD	t	df	p-value
อาการด้านบวก					
ก่อนการทดลอง	25.45	6.94	12.07	19	0.00
หลังการทดลอง	10.45	2.66			
อาการด้านลบ					
ก่อนการทดลอง	28.25	5.67	13.79	19	0.00
หลังการทดลอง	12.55	3.33			
ตารางที่ 6 (ต่อ)					
อาการทางจิตทั่วไป					
ก่อนการทดลอง	53.55	9.02	31.34	19	0.00
หลังการทดลอง	25.05	5.02			

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบและอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางจิตทุกด้านและผลการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านทุกด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

อาการทางจิตของผู้ป่วย						
โรคจิตเภทโดยรวม	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	3.64	0.29	ปานกลาง			
				-0.64	19	0.95
หลังการทดลอง	3.27	0.33	ปานกลาง			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.64 และหลังการทดลองเท่ากับ 3.27 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบอาการทางจิต รายด้าน	Mean	SD	t	df	p-value
อาการด้านบวก					
ก่อนการทดลอง	25.95	7.11	5.33	19	0.00
หลังการทดลอง	22.80	6.11			
อาการด้านลบ					
ก่อนการทดลอง	28.85	5.07	3.20	19	0.05
หลังการทดลอง	26.30	5.63			
อาการทางจิตทั่วไป					
ก่อนการทดลอง	52.20	8.05	4.73	19	0.00
หลังการทดลอง	47.05	7.11			

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่อาการด้านบวก อาการด้านลบและอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตโดยรวม		Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง		3.63	0.30	ปานกลาง	-0.64	38	0.95
กลุ่มควบคุม		3.64	0.29	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง		1.62	0.26	เล็กน้อย	-17.26	38	0.00
กลุ่มควบคุม		3.27	0.33	ปานกลาง			

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย คืออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการ ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD 10 ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในจิตเวช ของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10 ที่รับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและหญิงวัยผู้ใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีคะแนนประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนอยู่ในระดับ 36 - 45 คะแนน จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) จากการศึกษาของ Lee et al.(2006) เรื่อง Effective of a work-Retake Stress Management Program in Patients with chronic schizophrenia มาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 80.02 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 19.98 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คนแต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยศึกษาดาร่า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ(A model for symptom management) ของ Larson et al.(1994) ศึกษาการใช้ประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับอาการเป็นสิ่งสะท้อนการเปลี่ยนในการทำหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก และกระบวนการคิดที่สนใจกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1: (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ เวลา 60 นาที มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กล่าวเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และเล่าปัญหาต่างๆของตนกับกลุ่มได้กำหนดข้อตกลงให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2: (สัปดาห์ที่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิตให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการก่อนมาโรงพยาบาล เวลา 60 นาที การเจ็บป่วยในอดีต อาการทางจิตของตนเอง ประสบการณ์การเกิดอาการ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการที่เกิดขึ้นในอดีต ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการจัดการอาการ เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยเล่าถึงอาการและอาการทางจิตของตนเองและให้สำรวจอาการทางจิตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหูแว่ว กลัวคนมาทำร้าย แยกตัวเอง จากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิต อาการก่อนอาการกำเริบ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจเป็นอย่างดี แสดงความคิดเห็นได้

และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งด้านสาเหตุ อาการ การรักษา อาการก่อนอาการกำเริบ ตลอดจนวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม ดูแลตนเองไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการ เวลา 60 นาที ให้ผู้ป่วยเลือกอาการที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม มาแสดงบทบาทสมมติและแสดงวิธีการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว เวลา 60 นาที ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการรวมทั้งวิธีการจัดการอาการอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบ ความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหากิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้และมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินอาการทางจิต (PANSS)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินอาการทางจิตประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการที่เกินจากสภาพจิตปกติ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินที่ขาดไปจากสภาพจิตปกติ และอาการผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคจิตเภทโดยทั่วไป

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่อง

มือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการ (The Symptom Management Assessment Tool or SMST) (Kennedy et al.,2000) ซึ่งพัฒนาโดย Murphy and Moller (1993) นำมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนเป็น 0-4 มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ถามถึงความถี่ของการใช้ ส่วนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ถึงผลการใช้ วิธีการจัดการอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการจัดการอาการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คนทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการใช้ภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้จึงมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ รายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การจัดการอาการ ค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทางการศึกษา ทำหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือจาก พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ซึ่งรับผิดชอบการดูแลภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธสามารถออกจากกรทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากกรทดลองจะไม่มีผลใดๆ ต่อการ

รักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ หลังจากนั้นวางแผนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถึงวัน เวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการ ตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม 3 ขั้นตอน ตามที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (S.D)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนน คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเป็น 2 ประการ คือ

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนอาการทางจิตมีความรุนแรงน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนอาการทางจิตโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยก่อนการทดลองคะแนนอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงการจัดการอาการทั้งด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองอาการ และการจัดการกับอาการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เพียง 3.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนอาการทางจิตลดลง และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 1.62

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถพัฒนานาการจัดการอาการ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาการจัดการกับอาการทางจิตให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ ของ Lason et al(1994) พบว่าการจัดการอาการที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อมโนทัศน์หลักทั้ง 3 คือ ประสบการณ์ของอาการ วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ อาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลพบกับผู้ดูแลสุขภาพและเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบ ในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถพัฒนาการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้อาการทางจิตลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเท่ากับ 1.62 ซึ่งพบว่าโปรแกรมทำให้การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น อาการทางจิตลดลง มีระบบการจัดการอาการที่เหมาะสม สามารถพูดคุยกันได้มากขึ้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถร่วมกันพูดคุยปรึกษาถึงปัญหาหรืออาการที่ส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตของตนเอง และยังส่งผลต่อการกำเริบของโรคซ้ำ จากผลการทดลองผู้วิจัยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการไม่เหมาะสม การรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองอาการที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการพูดคุยสนทนาปรึกษากัน ไม่มีการเอาใจใส่ต่ออาการที่เกิดขึ้น ทำให้อาการทางจิตไม่ดี ในทิศทางกลับกันหลังจากที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถพัฒนาวิธีการจัดการอาการด้วยประสบการณ์การรับรู้อาการของตนเองและการทดลองปฏิบัติด้วยการประเมินอาการและการตอบสนองอาการของตนเอง

ทำให้การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก อาการทางจิตลดลง แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ทำให้อาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษากันได้อย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อการจัดการอาการ จึงเกิดการจัดการอาการที่เหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ประสบการณ์การจัดการอาการของตนเอง ที่มีต่ออาการทางจิตที่มากขึ้น และประเมินอาการทางจิตรวมทั้งยังได้แล้วนำกลับมาจัดการอาการเพื่อนำไปสู่การจัดการอาการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และท้ายที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุดาพร สถิตยยุทธการ (2552) ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองต่อกรกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังและเคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน จำนวน 80 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการ ทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การเกิดการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มควบคุม 69.2% (9 คน) เปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลอง 30.8%(4 คน) โดยสรุปได้ว่า สัดส่วนของการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท” ซึ่งผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการ(Model of Symptom management) ของ Lason et al(1994)ส่งผลให้สามารถพัฒนาการจัดการอาการที่เหมาะสม สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาการจัดการอาการที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นกิจกรรมการทดลองวิจัย 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1-2 : (สัปดาห์ที่ 1) เวลา 60 นาที กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการอาการ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กล่าวเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และเล่าปัญหาต่างๆของตนกับกลุ่มได้กำหนดข้อตกลงให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท และกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิตให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการก่อนมาโรงพยาบาล การเจ็บป่วยในอดีต อาการทางจิตของตนเอง ประสบการณ์การเกิดอาการ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการที่เกิดขึ้นในอดีต ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการจัดการอาการ เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยเล่าถึงอาการและอาการทางจิตของตนเองและให้สำรวจอาการทางจิตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหูแว่ว กลัวคนมาทำร้าย แยกตัวเอง จากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิต อาการก่อนอาการกำเริบ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจเป็นอย่างดี แสดงความคิดเห็นได้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งด้านสาเหตุ อาการ การรักษา อาการก่อนอาการกำเริบ ตลอดจนวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม ดูแลตนเองไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 2) เวลา 60 นาที กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการ ให้ผู้ป่วยเลือกอาการที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม มาแสดงบทบาทสมมติและแสดงวิธีการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ เวลา 60 นาที ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการรวมทั้งวิธีการจัดการอาการอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Lason et al (1994) พบว่าการจัดการอาการที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ของมโนทัศน์ทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อมโนทัศน์หลักทั้ง 3 คือ ประสบการณ์ของอาการ วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินอาการ การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการร่วมกันจัดการอาการ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการ อาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลพบกับผู้ดูแลสุขภาพและเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบ ในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผลและมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะทำให้การดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโอกาสรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพรับรู้ปัญหาของกันและกัน เข้าใจกันและกัน รวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องประเมินอาการที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีวิธีการจัดการ ให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการผสมผสานทักษะของการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการจัดการอาการกับผู้ป่วยโรคจิตเภทจะส่งผลต่ออาการทางจิตที่ลดลงได้ได้ ดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ไม่เคยหอรอกะพยาบาล ปกติก็ไม่ได้มานั่งคุยเปิดอกกันแบบนี้ เวลาเกิดอาการขึ้นมาก็จะหงุดหงิด ว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับเรา แต่พอได้เข้ากลุ่มกับพยาบาลแล้วมานั่งพูดคุยกัน ก็รู้สึกได้ว่า ยังมีคนอื่นก็เกิดปัญหาเหมือนกัน”

“ก็จริงนะคุณพยาบาล ชั้นรู้สึกว่าการที่เกิดขึ้น ถ้าเราตั้งใจ และพยายามจัดการหรือลดอาการ เราก็สามารถคุมไม่ให้อาการมันรุนแรงได้”

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงการมีสัมพันธภาพ พูดคุย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์การซึ่งกันและกัน สามารถลดความรุนแรงของการเกิดอาการทางจิตที่มากขึ้น สอดคล้องกับการประเมินอาการทางจิตที่พบว่าอยู่ในระดับลดลง คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 1.62 ทั้ง แสดงถึงคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กล่าวได้ว่าการจัดการอาการทางจิต สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถจัดการอาการได้ มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีอาการทางจิตลดลง สอดคล้องกับ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างที่ชัดเจนถึงค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตต่ำกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจนระดับเล็กน้อย คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 1.62 จากก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.63

สมมติฐานข้อที่ 2 อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบอาการทางจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้สามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษากันได้อย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของ

ตนเองที่มีต่อการจัดการอาการ จึงเกิดการจัดการอาการที่เหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความรู้สึกของคนในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การจัดการอาการ ที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้นและรับรู้ต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งยังได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองเพื่อการจัดการอาการที่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่การดูแลเอาใจใส่กันและกัน นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และท้ายที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baker(1995) ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยจิตเภทคือความทุกข์ทรมานทางอารมณ์นำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ปฏิบัติการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีความผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานได้ 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการป่วยซ้ำนับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะและความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มมีอาการรุนแรงขึ้นกระบวนการนี้ประกอบด้วยมีบางสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้และค้นพบอาการนำก่อนป่วยซ้ำ 3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต การป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุมและเผื่อระวัง อาการนำที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการผสม

ผสานทักษะของการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการจัดการอาการกับผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลในแบบปกติ

สำหรับกลุ่มที่ให้การพยาบาลในแบบปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น การแนะนำการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากรักษาโรคทางจิตเวช โดยพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ ไม่ได้รับการส่งเสริมแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการจัดการอาการ การตั้งประสบการณ์การเกิดอาการที่เกิดขึ้น การประเมินอาการจากอาการที่เกิด ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่อง ไม่ได้รับการสร้างแนวคิดใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาก็การจัดการอาการ รวมทั้งไม่ได้รับการปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรค

จิตเภท การจัดการอาการ และการทำอะไรให้มีอาการทางจิตลดลง จึงส่งผลอาการทางจิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับประสบการณ์ของแต่ละคนในการรับรู้วิธีการจัดการในเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยพยายาม หลีกเลี่ยงการแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีอาการทางจิต โดยการไม่จัดการอาการเบื้องต้น

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทั้งด้านด้านการปฏิบัติตาม แผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.64 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.27 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ผล การวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาแก้ไข ทั้งเรื่องประสบการณ์การรับรู้ อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นต่อ อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท คงที่ระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ได้รับการพัฒนาความรู้และ ทักษะการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากเหตุผลดังกล่าวโปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการ อาการ Larson et al., (1994) model for symptom management ที่อธิบายว่าอาการเป็น ประสบการณ์ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลพบกับผู้ดูแลสุขภาพและเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวต้องรับมือชอบ ในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำ แนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al., (1994) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจาก แนวคิดการจัดการ อาการ แสดงถึงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ 3 ด้าน คือ ประสบการณ์ของอาการ(symptom experience)วิธีการจัดการอาการ(symptom management strategies) และผลลัพธ์ที่ได้จากการ จัดการอาการ(symptom outcome) ตามแนวคิดการจัดการอาการ อาการ ถือเป็นประสบการณ์ ของบุคคลในการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถให้ ความหมายเกี่ยวกับอาการและนำไปสู่กิจกรรมการดูแล หรือหาวิธีที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jan-Henry and Jaaskelainen (1998) ศึกษาผลของการฝึกการจัดการ กับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในฟินแลนด์ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกให้รับรู้อาการ เตือนที่เกิดก่อนมีอาการทางจิตและการติดต่อผู้ให้การ รักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิต ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ จำนวนครั้งของการรักษาใน โรงพยาบาลในช่วง 1-2ปีแรก ไม่ต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า กลุ่มควบคุม

จากเหตุผลดังกล่าว พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเปรียบเทียบกับอาการทางจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตโดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และจากแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al(1994) กล่าวคือพบว่ามี 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ(symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ(symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ(symptom outcome) โดยการใช้แนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการ ประสบการณ์การมีอาการมีอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทจะมีการรับรู้ ประเมินอาการและตอบสนองต่ออาการทางจิตที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปซึ่งนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการอาการกับอาการทางจิตที่เหมาะสมกับตนเองนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล โดยมีขั้นตอนประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 60 นาทีรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ตามลำดับดังนี้

กิจกรรมที่ 1-2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการอาการ ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการจัดการอาการ กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการอาการ กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจกันและกันมากขึ้น เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน รับรู้ ปัญหาซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับเรื่อง การดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการ ทำให้มีความรู้ในการจัดการอาการมากขึ้น อีกทั้งการดูแลด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการที่กำลังเกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง ผลการแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีส่วนโดยตรงที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง อีกทั้งปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้น โดยพยายามให้ผู้ป่วยจัดการอาการด้วยตนเอง

พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้มีศักยภาพสามารถดูแลตนเองในเรื่องการดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการ ให้สามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะปัญหาอาการที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ ด้วยการพัฒนาสัมพันธภาพของผู้ป่วยในการจัดการอาการที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยโรคจิต

เกาสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลรักษาโรคจิตเภทที่เหมาะสมการจัดการอาการ การรับรู้ประสบการณ์ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

จากความสำคัญทั้งหมดที่กล่าวมา ถือได้ว่าการจัดการอาการ เป็นบทบาทที่สำคัญและเฉพาะด้าน ของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ที่ทำให้เกิดโปรแกรมการวิจัยทางการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อพัฒนาการจัดการอาการที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีการจัดการอาการที่ดีขึ้น นับว่าเป็นเป้าหมายสำคัญ เป้าหมายหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเริ่มจากตัวผู้ป่วยเอง ในการใช้ประสบการณ์การตนเอง มาประเมินอาการ และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดีมากขึ้น จนส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ตามลำดับ

1.2 สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคทางจิตชนิดอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำเทคนิคการจัดการอาการ จากโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นระยะตามความเหมาะสมเช่น ทุกๆ 1, 3, และ 6 เดือนเพื่อความคงไว้ซึ่งการจัดการที่เหมาะสมต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย

2.3 ทฤษฎีการจัดการอาการสามารถนำไปประยุกต์พัฒนาเพื่อสร้างโปรแกรมการวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในกลุ่มอื่นๆได้

3. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

3.1 โปรแกรมการจัดการอาการ เหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการในชุมชน ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ย่อมมีการพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษา การเล่าประสบการณ์การเกิดอาการของตนเองให้ผู้ป่วยด้วยกันฟัง เกิดการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันและเกิดแนวทางในการจัดการอาการร่วมกัน พยาบาลควรเสริมเรื่องการจัดการอาการซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง

3.2 ในการใช้โปรแกรมการจัดการอาการ บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการที่ต้องมีคือ หลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งรับรู้และเข้าใจปัญหาของแต่ละคน และสิ่งที่สำคัญคือ พยาบาลต้องรักษาสถานะภาพของสัมพันธภาพที่ดีนั้นไว้ตลอด

3.3 โปรแกรมการจัดการอาการ พยาบาลต้องใช้ทักษะให้ผู้ป่วยตระหนัก และคิดให้ได้ว่า เป็นปัญหาของครอบครัวเองและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีส่วนช่วยกันคิดแก้ปัญหาให้หมดไป

ตัวแปรแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่ (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในด้านเพศและคะแนนอาการทางจิต(BPRS)

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2556). สถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี.
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กองแผนงาน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2556). สถิติผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วย
นอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. 365-
368. กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์. 2558.
- กอบโชค จวงษ์และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. วันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิต
เวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 14, 2(2549):75-88.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล. ในสายฝน เอกวางกูร,
บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1.
191. กรุงเทพฯ: ไทม์ พรินติ้ง, 2558.
- จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. ผลของ Self-medication ที่มีต่อความรู้เรื่องการรับประทานยารักษา
โรคจิตของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,5(2548): 249.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี.
ยุทธรินทร์ การพิมพ์. กรมมหาวิทยาลัย
- ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ.(2547). การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพ
ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์.(2555). ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,57,357-370
- ทีมนำทางคลินิก. (2547). แบบวัดระดับอาการทางจิตผู้ป่วยโดยใช้ Brief Psychiatric
Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี: โรงพยาบาล
ศรีธัญญา, 2547.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2552). การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ และวาสิกันานนท์
(บรรณาธิการ). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. หน้า 253 -270.

- นิรมล พัจจนสุนทร. (2554). **จิตเวชศาสตร์ทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง
น่านาวิทยา.
- บุญใจ สรีสถิตย์นรากร. (2545). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). **จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ 1**. เชียงใหม่:
หจก. เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์จำกัด.
- ประเวศ วะสี. (2541). ประชาคมตำบล ยุทธศาสตร์เพื่อเศรษฐกิจพอเพียง ศีลธรรมและ
สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน
- ปรียนันท์ สละสวัสดิ์. (2552). การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วย
ซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารสมเด็จพระเจ้าพระยา**, 3, 20-31.
- เปรมฤดี ดำรักษ์. (2545). **การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัด
ชายแดนภายใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2549). **ตำราไปโพลาร์**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภณา. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการ
ปรึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท
ธรรมสารจำกัด.
- พาริตา อิบราฮิม. (2546). **สาระการบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
สามเสนเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวินิชกุล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โรง
พิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2554). **จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์.(2552). **จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ. (2000). **ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช:แนวคิดและการประยุกต์ใน
การปฏิบัติการพยาบาล**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 13(2). 1-9.

- ยุรัชชา ปรีชาและพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์.
- รัตน์ศิริ ทาโต.(2552). การวิจัยทางการแพทย์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.(2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วยุณี ช่างมิ่ง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริจิต สุทธจิตต์และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภทและการรักษา.ชานเมืองการพิมพ์.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2552). โปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วต่อความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.งานวิจัยส่วนบุคคล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- สมชาย ต้นศิริสิทธิกุลและคณะ. (2551). ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทและญาติในการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 9(2), 17-26.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2551). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบ **องค์รวม**.ขอนแก่น.ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพิมพ์ อุ่นพรมและคณะ.(2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สุภาวดี บุญชู. (2551). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ **อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย.(2554).**การพยาบาลจิตและจิตเวช**.

(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed.** Washington,DC: American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, 2000; Sadock and Sadock,2007

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

Bandura. (1997). **Self – efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman.

Birchwood, M. et al. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The Development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observes, a preliminary investigate. **Psychological Medicine**. 19: 649-656.

Birchwood, M. et al. (2000). Schizophrenia: early warning signs. **Advances in Psychiatric Treatment** 6: 93-101.

Carol, G. C. (2005). Self- Efficacy and Social Adjustment of Patients with Mood Disorder. **J Am Psychiatry Nurses Association**.11(5): 283-289.

Carpenter WT Jr & Kirkpatrick B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. **Schizophr Bull**. 14 :645-652.

Cohen, C. I., and Berk, L . A. (1985). Personal coping styles of Schizophrenia outpatients. **Hospital and Community Psychiatry**. 36(4): 407-410.

Creer, TL. (2000). Self- management of chronic illness. In M. Boekaerts, PR. Pintrich,&M.Zeidner(Eds.),**Handbook of self-regulation**

(pp.601-629). California:Academia.

- Crow TJ.**(1985). The two – syndrome concept :orginss and current status. *Schizophrenia Bull.* 11 :471-486.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys,J. et al.(2001). Advance the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing**, 33(5), 668-676.
- Jachson JH. (1985). Positive and Negative Symptoms and Jackson A conceptual history. *Jama psychiatry.*42 (1). 95-97.
- Kay SR, Fiszbein A & Opler LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 13 : 261-276
- Kongsakon, R., Leelahanaj, T., Price, N., Biriny, S.L, Davey, P. (2005). Cost Analysis of the Treatment of Schizophrenia in Thailand: A Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol. **J Med Assoc Thai.** 88(9): 1267-1277.
- Kennedy, G.M., Schepp,G.K.,and O'Connor,F.W. (2000). Symptom self-management and Relapse in Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing.**(6),266-275.
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas,M., Faucett, J., Froelicher, E. S., et al.(1994). A model for symptom management. **Image Journal of Nursing Scholarship**, 26(4), 272 – 276.
- Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., et al. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing.* 17: 117-125.
- Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., et al. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. **International Journal of Mental Health Nursing.** 13: 107-116.
- Murphy, M. F., Moller M. D. (1993). Relapse management in neurobiological disorder:The Moller-Murphy symptom management assessment tool. **Arch of Psychiatric Nursing.** 7(4): 226-35.

- Overall JE, Gorham DR. (1962). The brief psychiatric rating scale. **Psychol Reports** ;10:799-812.
- Philip Erritty, Taeko N. Wydell. 2013. Are Lay People Good at Recognising the Symptoms of Schizophrenia. **Access Freely Available Online**, 8, e52913.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. 1999. **Nursing Research Principle and Methods**. 6th ed. New York: Lippincott. Sadock and Sadock. (2005).
- Sanja Martic Biocina and Mark Agius. (2011). **Using Identification of Early Warning signs to Prevent relapse of Psychosis**. *Cepip*. 3, 65-68.
- World Health Organization. (1986). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: World Health Organization.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน |
|---------------------------|---|
| 1. นายแพทย์นพดล วานิชฤดี | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. นางสาวสุนี ฉิมพิบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
โรงพยาบาลนภลัย |
| 3. ดร. กนกอร ชาวเวียง | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |
| 4. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
โรงพยาบาลราชบุรี |
| 5. นางเพชรี คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ซึ่งผู้วิจัย นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ที่อยู่ที่ติดต่อ 14 หมู่ ต.วัง

ยาง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140 โทรศัพท์ 093-1240560

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามต่างๆจากผู้วิจัย และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของผู้วิจัย จำนวน 4 ครั้งๆละ 60 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 14 หมู่ ต.วังยาง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 096-9466181 E-mail : aloness1695@outlook.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

3.2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจิตเวช จำนวน 40 คน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการประเมิน BPRS มากกว่า 19 คะแนน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยแบ่ง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการจัดการอาการของ Lason et.al. 1994 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการ 2 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม และสัปดาห์ที่ 2 อีก 2 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการเพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกันไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความ

ร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิต เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่ออาการทางจิตที่เกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจัดการอาการร่วมกัน ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลของอาการต่ออาการทางจิต ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้น ผลของอาการที่มีต่ออาการทางจิต และผู้ป่วยมีจัดการกับอาการ ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้ป่วยสามารถบอกถึงแนวทาง ความสำคัญและประโยชน์ในการจัดการอาการ ค้นหาวิธีในการจัดการอาการได้และเลือกแนวทางในการจัดการอาการและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ เป็นการทบทวนความรู้และทักษะการจัดการอาการโดยให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบการบ้าน (ตัวอย่างการจัดการอาการ) และสิ้นสุดกิจกรรม

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ประเมินอาการทางจิต(pre-test)และมีการนัดอีกครั้งเมื่อทำกิจกรรมครบตามโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยอีกครั้ง

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อแพทย์ผู้รักษาต่อไป หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการยินยอมจากผู้ป่วย

7. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ หมายเลขโทรศัพท์ 096-9466181 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

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





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - พฤศจิกายน ๒๕๕๙

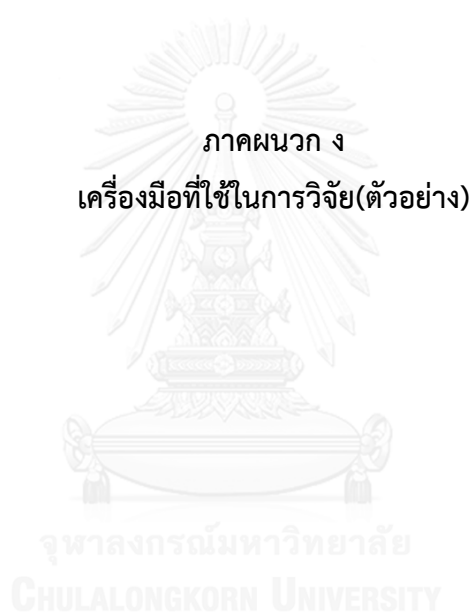
เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมบูรณ์)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



เลขที่สอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวคนมากที่สุด

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

เลขที่สอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
1.	Somatic concern(G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่					
2.	Anxiety(G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม					
3.	Emotional withdrawal(N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์หน้าเฉยเมย					
4.	Conceptual disorganization(P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง(ดูใน 15 นาทีแรก)					
18.	Disorientation(G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล					
	คะแนนรวม					
	ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....					

Rating Key 1= ไม่มีอาการ 2=มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3=มีอาการเล็กน้อย 4= อาการปานกลาง

5=อาการค่อนข้างรุนแรง 6= อาการรุนแรง 7=อาการรุนแรงมาก

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (Positive and Negative Syndrom Scale

ฉบับภาษาไทย(PANSS)

การให้คะแนน

ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ (absent)

ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)

ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (mild)

ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง (moderate)

ค่าคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)

ค่าคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง (severe)

ค่าคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

ลักษณะอาการ	คะแนน
กลุ่มอาการด้านบวก หรือ Positive Scale	
P1 อาการหลงผิด (Delusion)	
P2 ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	
P3 อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)	
P4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	
P5	
P6	
P7	
กลุ่มอาการด้านลบ หรือ Negative Scale(N)	
N1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ	
N2 การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal)	
N3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	
N4 การแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic/Social withdrawal)	
N5	
N6	
N7	

ลักษณะอาการ	คะแนน
อาการทางจิตทั่วไป หรือ General Psychopathology Scale(G)	
G1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	
G2 อาการวิตกกังวล (Anxiety)	
G3 ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	
G4 ความตึงเครียด (Tension)	
G5 ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Mannerism and Posturing)	
G6 อาการซึมเศร้า (Depression)	
G7 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	
G8 การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	
G9 เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought)	
G10 อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	
G11	
G12	
G13	
G14	
G15	
G16	

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการจัดการอาการด้วยตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับอาการทางจิตเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนเป็น 0-4 มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ถ้ามถึงความถี่ของการใช้ ส่วนที่ 2 ถ้ามถึงการรับรู้ถึงผลการใช้ วิธีการจัดการอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเบี่ยงเบน (Distraction) 14 ข้อ 2) การตอบโต้กลับ (Fighting Back) 7 ข้อ 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Helping –seeking) 4 ข้อ 4) การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempts to feel better) 6 ข้อ 5) การแยกตัวเอง (Isolation) 4 ข้อ 6) การหลีกเลี่ยง (Escape behavior) 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ได้	0 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ได้	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ได้	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	ได้	3 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	ได้	4 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการอาการทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการอาการเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 0-13 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 14-26 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 27-38 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการระดับต่ำ

โปรแกรมการจัดการอาการ



โดย

นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ
 อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน
 สาขาการพยาบาลศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ รับฟังความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ตึกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สัปดาห์ที่ 1	ระยะเวลา 60-90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอักษยาศัญญาผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ผ่อนคลายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาในด้านการคิด การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดำเนินชีวิตส่งผลต่อการจัดการอาการ จึงจำเป็นต้องมีพูดคุยพบปะกับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ รู้จักการดูแลตนเอง การจัดการอาการเบื้องต้น ช่วยลดการป่วยซ้ำได้ ผู้นำกลุ่มจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยระยะเริ่มต้นให้ฝึกปฏิบัติในการกล่าวทักทาย สวัสดี การยกมือไหว้ การยิ้มให้ เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและกล้าแสดงออกต่อการจัดการอาการและเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้การจัดการอาการ จากการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การจัดการอาการ ที่เคยประสบความสำเร็จ ทำให้รู้สึกภูมิใจ หรือการจัดการอาการที่ล้มเหลว ที่อาจทำให้เกิดความไม่สบายใจต่างๆ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการ รับฟังแสดงความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ประสบกับอาการทางจิตแต่เพียงผู้เดียว

แนวทางเกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรม

สวัสดีค่ะ....ทุกคนคะ วันนี้รู้สึกยินดีมากที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่มในวันนี้ และขอต้อนรับเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมกลุ่มนี้จะได้ประโยชน์ในการจัดการอาการต่ออาการทางจิต สามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ก่อนอื่นเรามาทำความรู้จักกันก่อนเริ่มจากผู้นำกลุ่ม ชื่อ.....

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษรูปดอกไม้ขนาดเล็กคนละ 1 แผ่น
3. ให้สมาชิกเขียนแนะนำตนเองลงในกระดาษรูปดอกไม้ขนาดเล็ก เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ฯลฯ
4. ให้สมาชิกแต่ละคนออกมาแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่นๆ รู้จักแล้วนำกระดาษรูปดอกไม้ที่เขียนแนะนำตนเองไปแปะไว้ที่ภาพดอกไม้

แนวสรุป แต่ละคนจะมีดอกไม้คนละ 1 ดอก ซึ่งเปิดเผยให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักแล้ว จากนั้นทุกคนได้นำไปติดไว้ที่ดอกไม้ ซึ่งเป็นดอกไม้ที่รวมดวงใจของเราทุกคนไว้ ดอกไม้ี้จะเป็นดอกไม้แห่งความรักและความปรารถนาดีที่พวกเราจะมีให้กันและกัน และพวกเราจะคอยดูแลให้ดอกไม้ของเราบานสวยงามเหมือนดังทุกคนที่จะมีอนาคตที่ดี งดงาม และสัมพันธภาพของเราทุกคนที่จะคงอยู่ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และตลอดไป

5. เมื่อสมาชิกออกมาแนะนำตัวจนครบทุกคนแล้ว ให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมนี้ว่ามีวัตถุประสงค์อะไร
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเรื่องระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม โดยอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรม

แนวทางการอธิบาย

การอยู่ร่วมกัน ควรต้องมีกรอบในการปฏิบัติตนให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ขอให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าเราควรมีกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างไรบ้าง ซึ่งขอเรียกว่า ระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

7. กล่าวสรุประเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1. เปิดเผยตนเองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยพูดเรื่องราวและแนวคิดของตนเองให้กลุ่มทราบ
2. ให้ความสาคอนอื่นได้มีโอกาศพูดบ้าง เพราะสมาชิกอื่นก็ต้องการจะมีส่วนร่วมพูดคุยด้วยเช่นกัน
3. ยินดีต้อนรับคำถามทุกคำถาม ถามคำถามที่ต้องการ โดยไม่มีการตำหนิ สมาชิกมีอิสระที่จะถามคำถาม
4. เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงออก
5. ฟังสมาชิกคนอื่นๆด้วยความตั้งใจ
6. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม
7. ให้แนวคิดหรือเสนอแนะให้เพื่อนสมาชิกด้วยความจริงใจ
8. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตรงเวลาและสม่ำเสมอ

8. ให้สมาชิกเขียนผลกระทบบจากการเกิดอาการทางจิตซ้ำ ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันบอกความรู้สึกต่อการจัดการอาการ และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง

9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้ตรงกัน ร่วมกันสรุปโดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม
10. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มต่อไป

แนวการสรุปกิจกรรม

ถ้าเรามีความคุ้นเคยกันจะทำให้เรากล้าแสดงความคิดเห็นและเกิดความไว้วางใจกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และที่สำคัญสมาชิกจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความจริงใจที่จะช่วยเหลือกันและกัน จุดมุ่งหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้คือ การจัดการอาการที่ถูกต้องให้สมาชิกที่มีประสบการณ์การจัดการอาการและความรู้สึกต่อการจัดการอาการที่คล้ายคลึงกัน มีความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนในเรื่องการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตต่อไป กิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้เป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 1 โรคจิตเภท

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจ ยอมรับปัญหาและความต้องการของตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ประเมินจากความพึงพอใจของผู้ป่วยและจากสีหน้า ท่าทางการสนทนา ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม
2. สรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรม และการร่วมมือตอบคำถามในใบงานที่ 1

กิจกรรมที่ 2 การจัดการอาการ ค้นหาวิธีการจัดการ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลลบที่เกิดจากอาการ

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ตึกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สัปดาห์ที่ 1	ระยะเวลา 60-90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมให้ผู้ป่วยเลือนั่งตามอชยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่ออาการทางจิตที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจัดการอาการร่วมกัน
3. เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่ออาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการร่วมกัน

สาระสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

บกพร่องในการรับรู้อาการ การประเมินอาการของตนเอง กลุ่มการจัดการอาการเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกันช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนและจากกระบวนการกลุ่ม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มทักทายสมาชิก ทบทวนวัตถุประสงค์ กติกา
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกัน ประเมินการรับรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการทางจิต การตอบสนองต่ออาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ละคนเมื่อผู้ป่วยประเมินอาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานเมื่อมีสิ่งผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีวิธีการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการบรรเทาอาการดังกล่าวรวมถึงเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยา การทำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต การประเมินอาการทางจิต ความรุนแรงของอาการ ผลกระทบของอาการ การตอบสนองต่ออาการให้แก่สมาชิกในกลุ่มและให้สมาชิกบอกความตั้งใจของตนเองในการจะกลับไปปฏิบัติหลังจากเข้ากลุ่ม
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถาม หลังจากนั้นสรุปกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มการจัดการอาการ
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 2.1 เรื่อง ทำไมท่านถึงกลับมาอยู่โรงพยาบาลซ้ำ
4. ใบงานที่ 2.2 เรื่อง ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง โรคจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการของโรคได้ถูกต้อง ครบทุกข้อ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 2

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ตึกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สัปดาห์ที่ 3	ระยะเวลา 60-90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอักษยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกอภิปรายการให้ผู้ป่วยรับรู้การจัดการอาการโดยอภิปรายผ่านคู่มือโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางจิตของตนเอง ลักษณะอาการทางจิต วิธีการจัดการอาการ เช่น การจัดการอาการทางจิต หูแว่ว หรือ อาการประสาทหลอน ผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น การจัดการอาการทางจิตได้ก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออก เกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบกับภาพของตนเอง เกิดความพึงพอใจจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้การจัดการอาการผ่านตัวแบบโดยอภิปรายร่วมกันผ่านคู่มือและตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในเรื่องการรับรู้อาการทางจิตของตนเอง ลักษณะอาการทางจิต วิธีการจัดการอาการ
2. เพื่อให้สมาชิกสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออก เกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบกับภาพของตนเอง เกิดความพึงพอใจจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการอาการ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การจัดการอาการทางจิตเป็นเป้าหมายก็เพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลลบที่เกิดจากอาการ การจัดการอาการจะเริ่มจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการโดยจากการรับรู้อาการของผู้ป่วย การระบุวิธีการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้น มีกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ยาวนานขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ พูดคุยเรื่องทั่วไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในสัปดาห์ก่อน การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ จากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม
3. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือ การจัดการอาการ และซักถามสมาชิกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยทำแล้ว ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการเลือกสมาชิกดังกล่าวมาเป็นตัวแบบ และให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น

แนวทางการเกริ่นนำ สวัสดีคะทุกคน ครั้งนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ทุกคนยังจำบรรยากาศครั้งที่แล้วได้ไหมคะ การเข้าร่วมครั้งที่แล้ว สมาชิกได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ.....วันนี้เราจะมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การจัดการอาการ เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหลังจากมีอาการ ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือ การจัดการอาการ และเกริ่นนำ “ใครเคยมีประสบการณ์การจัดการอาการที่ผ่านมาแล้วประสบความสำเร็จ แล้วมีวิธีการจัดการอย่างไร ลองเล่าให้สมาชิกท่านอื่นได้ทราบหน่อยได้ไหมคะ”

4. ให้สมาชิกแต่ละคนบอกวิธีการจัดการอาการที่ผ่านมาให้กับสมาชิกในกลุ่มทราบ
5. ผู้นำกลุ่มสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกในการมีส่วนร่วมและร่วมแสดงความคิดเห็น

แนวทางการสรุป จากการศึกษาที่สมาชิกได้บอกวิธีการจัดการอาการของแต่ละคน และได้ทราบวิธีการจัดการที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการจัดการอาการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดการเกิดอาการที่รุนแรงมากขึ้น

6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นดังกล่าว
7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจเนื้อหา วิธีการจัดการอาการให้ตรงกัน และร่วมสรุปโดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม
8. สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
9. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป
10. สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
11. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ยุติกลุ่มและนัดหมาย วัน เวลา ครั้งต่อไป

แนวทางการสรุปกิจกรรม สมาชิกสามารถบอกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมและถูกต้อง และทราบถึงประโยชน์ของการจัดการอาการ จากกิจกรรมวันนี้จะเห็นได้ว่า การจัดการอาการที่เหมาะสมสามารถลดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้.....

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มการจัดการอาการ
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 3 ถ้ามีอาการแบบนี้จะทำอย่างไร
4. คู่มือการจัดการอาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในใบงานที่ 3 ได้ถูกต้องทุกข้อ

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 3

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอัยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ทักษะการจัดการอาการ และค้นหาวิธีการจัดการอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการจัดการอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการอาการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ กระตุ้นให้สมาชิกบอกปัญหา อาการที่เป็นอยู่ ฝึกวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบาย และพูดคุยเรื่องทั่วไปบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนับเลข 1 ถึง 3 นับจากทางด้านซ้ายของผู้นำกลุ่มแล้วเลขเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกันอยู่ และเลข 1 คนสุดท้ายเป็นคนช่วยจดสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเสนอ

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเลือกอาการที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม โดยเลือกลักษณะอาการทางด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป มาอย่างละ 1 อาการ มาแสดงบทบาทสมมติและแสดงวิธีการจัดการอาการ

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการจัดการอาการและวิธีการจัดการอาการ

- ปัญหาในการจัดการอาการ และความรู้สึกคับข้องใจในอาการที่เป็นอยู่ของสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

5. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดการอาการ และวิธีการจัดการอาการ

6. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่มและยุติกลุ่ม

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะการจัดการอาการ
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 4 สรุปสิ่งที่ได้จากสถานการณ์การจัดการอาการ
4. ใบงานที่ 5 สถานการณ์จำลอง(การบ้าน)

เกณฑ์การประเมิน

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. สามารถเลือกวิธีการที่จะจัดการกับอาการได้ถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 4

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ตึกผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สัปดาห์ที่ 4	ระยะเวลา 60-90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกร่วมเป็นวงกลมให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอริยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ใช้ทักษะการจัดการอาการต่ออาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การประเมินผลจากการฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการต่างๆในการจัดการอาการในโปรแกรมการจัดการอาการและแสดงความรู้สึกต่อการจัดการอาการ เพื่อประเมินสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนสามารถประเมินวิธีการต่างๆที่จะนำไปใช้แล้วทำให้อาการทางจิตลดลง

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ สุขสบาย และพูดคุยเรื่องทั่วไปทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมสถานการณ์จำลอง(การบ้าน)ที่ได้จากสัปดาห์ที่แล้ว มาพูดคุยกันและให้ถามว่า “ใครต้องการที่จะมานำเสนอ การบ้านให้เพื่อนฟังใหม่คะหรือใครอยากเสนออยากให้ผู้อื่นเป็นคนนำเสนอใหม่คะ”
3. หลังจากนั้น ให้สมาชิกเลือก 1 ข้อ มานำเสนอข้างหน้ากลุ่ม และให้เพื่อนสมาชิกช่วยแสดงความคิดเห็นและเลือกใช้วิธีการหรือเสนอแนะ วิธีการที่เพิ่มเติมใช้เวลาประมาณ 15 นาที จนครบ 2 ข้อ 30 นาที

4. กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการจัดการอาการและวิธีการจัดการอาการ
 - ปัญหาในการจัดการอาการ และความรู้สึกคับข้องใจในอาการที่เป็นอยู่ของสมาชิก

กลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

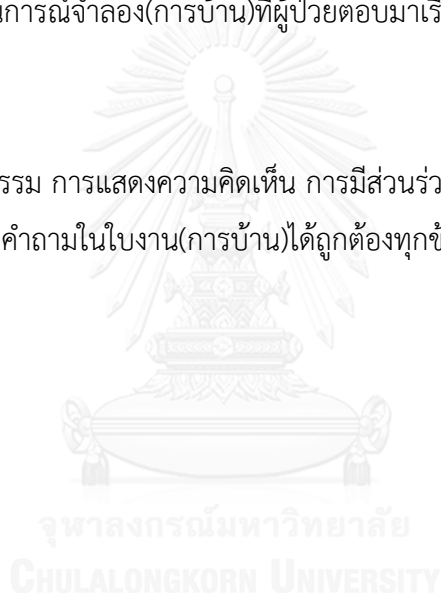
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอความคิดเห็นต่อสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้
6. ผู้นำกลุ่มสรุปผลของการทำกลุ่มและยุติกลุ่ม

อุปกรณ์

1. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
2. กระดาษเปล่า ให้สมาชิกเขียนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่ได้จากสถานการณ์จำลอง(การบ้าน)
3. ใบงานที่ 5 สถานการณ์จำลอง(การบ้าน)ที่ผู้ป่วยตอบมาเรียบร้อยแล้ว

เกณฑ์การประเมิน

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในใบงาน(การบ้าน)ได้ถูกต้องทุกข้อ



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมณฑา ปิ่นวิเศษ เกิดวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัด สุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

