

รายงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด  
ต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด  
ต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ปรึกษาวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่สละเวลาในการให้คำปรึกษาในการดำเนินการวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่เอื้ออำนวยและให้ใช้สถานที่ในการวิจัย ขอขอบคุณพี่ น้องๆ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินการวิจัยนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย มาตลอด และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนถึงญาติมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่งในการสร้างองค์ความรู้นี้ตลอดกระบวนการของการดำเนินการวิจัย

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลักทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจ สังคมและสติปัญญาที่สมบูรณ์ตลอดไป

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสุขภาวะ  
ของผู้ป่วยจิตเภท  
ชื่อผู้วิจัย อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค  
ที่ปรึกษาวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์  
เดือนและปีที่ทำวิจัยแล้วเสร็จ พฤษภาคม 2557

### บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ  
หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และ 2) เพื่อเปรียบเทียบ  
สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด  
และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คนที่ได้รับการคัดเลือกแบบ  
เจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ และจับคู่ด้วยอายุและความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่ม  
ควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการ  
บำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการ  
ทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) แบบวัดสุขภาวะ และ 3) แบบวัดทักษะชีวิต เครื่องมือทุกชุด  
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการหาค่าความเที่ยง เครื่องชุดที่ 2 และ 3 มีค่า .92 และ .87  
ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis Of  
Co-Variance: ANCOVA) และวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size:  $d$ )

ผลการวิจัยที่สำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการ  
บำบัดสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ที่ระดับ 0.05
2. ภายหลังจากทดลองคะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่  
ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ โรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท การทำหน้าที่ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สุขภาวะ

**Project Title:** The effect of promoting function combined with therapeutic relationship on health status of people with schizophrenia

**Name of the Investigator:** Dr. Ratchaneekorn Kertchok

**Research Consultant:** Assoc. Prof. Dr. Jintana Yunibhand

**Year:** 2014

### English Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to compare: 1) the health status of people with schizophrenia before and after received the promoting function combined with therapeutic relationship program, and 2) the health status of people with schizophrenia who received the promoting function combined with therapeutic relationship program and those who received regular caring activities. The sample of 40 people with schizophrenia under responsibility of Somdet Jaophraya Psychiatric Institute who met inclusion criteria was purposively recruited. They were matched-pair according to age and incomes and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the promoting function combined with therapeutic relationship program, whereas the control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) the promoting patient functioning combined with therapeutic relationship program 2) health status measurement, and 3) Social skill life profile. The all instruments were validated for content and reliability by 4 experts. Cronbach's Alpha Coefficient reliability of instruments number 2 and 3 were .92 and .87 respectively. Descriptive statistic, t-test, Analysis of Co-Variance, and Effect size were used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The health status of people with schizophrenia who received promoting function combined with therapeutic relationship program was significantly higher than that before at the .05 level.
2. After the experiment, the health status of people with schizophrenia who received promoting function combined with therapeutic relationship program was significantly higher than those who received regular caring activities at the .05 level.

**KEYWORDS:** schizophrenia, health status, functioning, and therapeutic relationship

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ค
สารบัญ .....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
หลักการและเหตุผล .....	1
คำถามการวิจัย .....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคจิตเภท .....	9
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ .....	21
แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด .....	31
โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
รายการอ้างอิง .....	85

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก    รายนามที่ปรึกษา และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
ภาคผนวก ข    เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ค    ผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารชี้แจงข้อมูลในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	103
ภาคผนวก ง    ประวัติผู้วิจัย.....	108

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามอายุและรายได้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.	46
2	ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา.....	54
3	แสดงการดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.	56
4	ค่าเฉลี่ยและคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล.....	57
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้.....	61
6	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าขนาดอิทธิพล (d) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	64
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะทางกายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	65
8	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	66
9	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	67
10	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	68
11	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	69
12	แสดงผลการประเมินประสิทธิผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยค่าขนาดอิทธิพลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม..	70
13	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะ และค่าขนาดอิทธิพล (d) ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	71



## สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่

- 14 การเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษาก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมด้วยค่า  
ขนาดอิทธิพลความแตกต่างมาตรฐาน ( $d$ ) และการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมมา  
กับการดูแลตามปกติ ..... 73

### หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความร้ายแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนปกติทั่วไป (Mueser & Gingerich, 2006; ยูริชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) ปัจจุบันจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 27.07 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวช อาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นอย่างคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร การถูกรับาบาททางสังคมและการถูกแยกแอกจากสังคม (ธวัชชัย สีสหนาจ, 2552) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตามไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลายครอบครัวก็ได้รับผลกระทบไม่ต่างจากผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน (ธีระ สีสานันทกิจ, 2552) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท และการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การรักษาแบบบูรณาการ เบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยวิธีการการบำบัดรักษาที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับรูปแบบของการดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย โดยทั่วไปแล้วการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งแบบเฉียบพลัน แบบค่อยเป็นค่อยไป เกิดเพียงครั้งเดียวหรือเกิดหลายครั้ง (ธวัชชัย สีสหนาจ, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการดำเนินโรคในระยะยาวที่แตกต่างกัน (ธวัชชัย สีสหนาจ, 2552) ดังนั้นการบำบัดรักษาที่จะมุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่โดยเด่นชัดจึงอาจจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและต้องใช้เวลาานาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ชีวิตในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงประสบกับการมีพฤติกรรมและอาการทางจิตที่หลากหลายทั้งความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock et al, 2007) กลุ่มอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคแย่งลงและต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวโดยผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Montgomery & Kirkpatrick (2002) ซึ่งพบว่า ภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการกลับซ้ำร้อยละ 30-40 ภายใน 1 ปี ร้อยละ 40-50 และภายใน 3-5 ปี ร้อยละ 65-70 และจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย (Montgomery & Kirkpatrick, 2002) โดยอาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการทางบวกเช่น ประสาทหลอน อาการหลงผิดในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาดซึ่งต่างจากบุคคลทั่วไป และในระยะหลังผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางลบ เช่น พุดน้อย เฉื่อยชา ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน จนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งในระยะเวลาสั้นๆ และเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภาพ เรืองตระกูล, 2546) ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้แม้อาการจะทุเลาแต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Psychosocial Functioning) ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม

(Perivoliotis, Granholm, & Patterson, 2004) เช่น มีความบกพร่องในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สามารถออกไปซื้อของใช้สำหรับตนเองได้ ประกอบอาหารเองไม่ได้ ดูแลความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านไม่ได้ รู้สึกทุกข์ทรมานกับผลข้างเคียงของยาจิตเวช (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; Miles, Heinrichs, & Ammri, 2010) ทำงานเพื่อหารายได้ไม่ได้ ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่างๆ (Sadock & Sadock, 2002) บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึมลง แยกตัว (ทูลภา บุญผาสังค์) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสมาชิกในครอบครัว (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือการแสดงบทบาททางสังคมลดลงไปจากเดิม (Miles, Heinrichs, & Ammri, 2010) ความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้สภาวะของตนเองในทางที่ไม่ดี (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552; กุณฑ์ชลิ เพียรทอง, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2545) ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการมีสภาวะให้ดียิ่งขึ้นจะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้น

สภาวะ เป็นพฤติกรรมและกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในทุกๆมิติ อย่างไม่หยุดนิ่งได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สภาวะ เป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีความต่อเนื่อง (Hunsberger, 1989) สอดคล้องกับแนวคิดการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของบุคคลของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่กล่าวไว้ว่า การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนสภาพของตนและตอบสนองความต้องการของตนด้วยการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างอิสระ รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต บุคคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ตระหนักและเห็นความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีสภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณขณะกำลังใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน และครอบครัวได้ (Woolf, Dekker, Byrne, & Miller, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การทำหน้าที่ การช่วยเหลือทางสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคม รายได้ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (กุณฑ์ชลิ เพียรทอง, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2545) ซึ่งในการวิจัยนี้จะมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยด้านการทำหน้าที่เป็นหลัก รวมทั้งความเชื่ออำนาจในตนเองและผู้อื่นด้านสุขภาพซึ่งจะรวมถึงการรับรู้บริการด้านสุขภาพ และการช่วยเหลือทางสังคม

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่หลักในการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนั้นกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนอย่างมีความสุข ปัจจุบันพยาบาลจิตเวชได้มีการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดทำระบบการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นมีความพร้อมมากที่สุดก่อนกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (Chonin-Stubbs, et al., 1988; Foust, 2007; Pichitpornchai, Street & Boontong, 1999; Leyder & Pieper, 1986) การให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำจิตบำบัด ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) การให้คำปรึกษา การสนับสนุนและการให้ความรู้ที่บ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้การพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547; เนตตา วงศ์ทองมานะ, 2551; นริศรา หวนนิช, 2552) ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวส่วนใหญ่มุ่งที่การพัฒนาการรู้คิด (Cognitive domain) ของผู้ป่วยจิตเภทเป็น

ส่วนใหญ่ (Miles, Heinrichs, & Ammri, 2010) รวมทั้งการจัดการกับความเครียด การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547; เนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551; นริศรา หวนนิช, 2552) อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มุ่งเน้นกระบวนการหรือการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมปฏิบัติและการแสดงออกเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1991) แนวคิดทั้ง 2 แนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขหรือการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ซึ่งการมีชีวิตอย่างปกติสุขขึ้นนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนสภาพของตนและตอบสนองความต้องการของตนด้วยการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างอิสระ รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) และการที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตหรือดำรงชีวิตอย่างปกตินั้น ขึ้นอยู่ว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองออกมาได้มากน้อยเพียงใด เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ (Leyder & Pieper, 1986) เพราะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นเป็นผลลัพธ์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Perivoliotis, Granholm, & Patterson, 2004) ที่บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมุ่งควรจะเสริมสร้างให้เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Phanthunane, Vos, & Bertram, 2010; Hofer et al., 2005) เพราะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ดังกล่าวของตนเองได้ดีขึ้นแล้วผู้ป่วยจิตเภทจะมีสุขภาวะที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขต่อไปได้ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการมีสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อเปรียบเทียบการมีสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

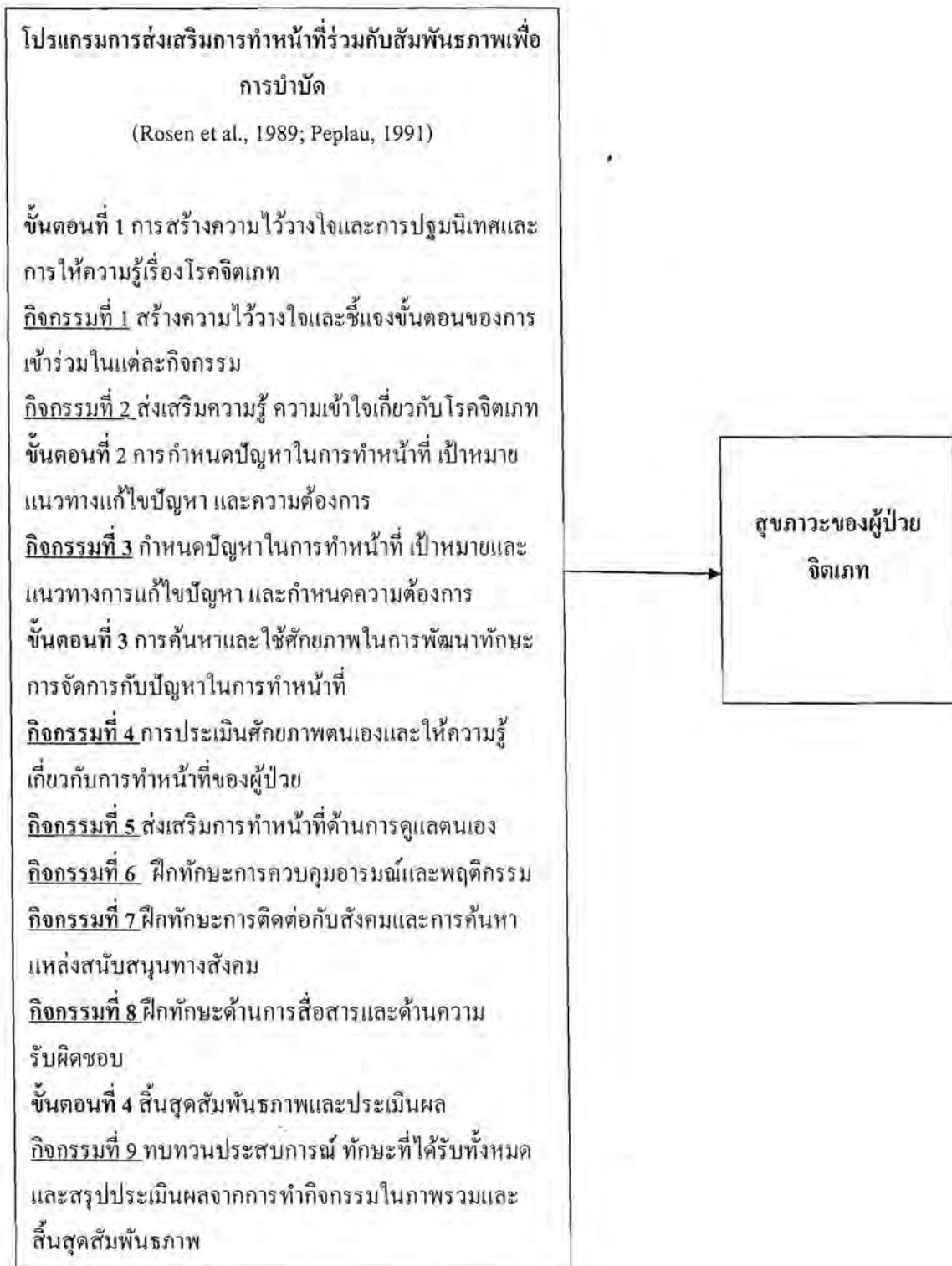
1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีสุขภาวะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีสุขภาวะดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) ตามแนวคิดของ Peplau (1991) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al. (1989) ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการรับรู้เครือข่ายทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณท์ชลี เพียรทอง, 2547; Health Canada, 1999)

ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมการทำหน้าที่จะมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมหรือมีการแสดงออกที่เป็นการจัดการกับตนเองอย่างอิสระ เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายนอกได้ (Rosen et al., 1989) ขณะเดียวกันแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง โดยพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทจะมีการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดปัญหาและ เป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้น สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในตนเองทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลในการแก้ไขปัญหานั้นที่เกิดขึ้นและพัฒนาทักษะที่จำเป็น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเรียนรู้ พัฒนาการและการเจริญเติบโตในทางที่ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Peplau, 1991) โดยสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental research) เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีขอบเขตการศึกษา คือ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนกับครอบครัวซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุอยู่ในระหว่าง 20-59 ปี และที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia F. 20-29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International statistical classification of diseases 10<sup>th</sup> revision: ICD-10) ภายในระยะเวลา 5-10 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบหรืออาการคงที่ โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน และได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS และพบว่ามีความรุนแรงน้อยกว่า 30 และอาศัยอยู่กับครอบครัว

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กระบวนการของช่วยเหลือของการพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ที่มีเป้าหมายของการบำบัดที่ชัดเจน โดยพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าเป้าหมายของการมีสัมพันธภาพนั้นควรเป็นอย่างไร และมุ่งเน้นไปที่การเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ รวมทั้งความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การปฐมนิเทศ การกำหนดปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา และการสรุปประเมินผล

การทำหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่เป็นการจัดการกับตนเองอย่างอิสระได้แก่ การดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ การติดต่อสังคม การติดต่อสื่อสารและการมีความรับผิดชอบต่อตนเอง เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ได้อย่างมีความสุขทั้งด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อกับสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านความรับผิดชอบ รวมทั้งความสามารถเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมต่างๆภายนอกได้ ซึ่งประเมินจากแบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตัดแปลงมาจากแบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ บุชกล ศุภอักษร (2553)

การดูแลตามปกติ หมายถึง การกระทำการช่วยเหลือของพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมาตรวจตามนัด

สุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณของผู้ป่วย จิตเภทขณะที่อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ประเมินจากแบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงจากแบบวัดสุขภาพของ กุณฑลลี เพียรทอง (2547)

โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนของการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่เป็นการจัดการกับตนเองอย่างอิสระ เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสามารถเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมต่างๆภายนอกได้ (Rosen et al., 1989; Peplau, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจและการปฐมนิเทศ การกำหนดปัญหาและเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาและฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และสิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 30-45 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและการปฐมนิเทศและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน และชี้แจงขั้นตอนวัตถุประสงค์ของกิจกรรมบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมละ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกด้าน ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นร่วมกันอย่างครอบคลุม โดยพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ เป้าหมาย และมีการตัดสินใจด้วยตนเองว่าปัญหาใดควรแก้ไขก่อนหลัง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 คือการกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ ลำดับความสำคัญ เป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหา และกำหนดความต้องการ โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่ หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านจิตใจและการจัดการกับความเครียด และการฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมที่ 8 ฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ กิจกรรมละ 30-45 นาที



ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อสรุปและประเมินผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรมและในภาพรวมและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 9 ทบทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำกิจกรรมในภาพรวมและสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยมีระยะเวลา 45 นาทีในการดำเนินกิจกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมการทำหน้าที่และมีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังจากได้รับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบอื่นๆ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้เองและสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชนอย่างปกติสุขตลอดไป

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการมีสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบการมีสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร วารสาร ตำราต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยทำการคัดเลือก เอกสาร วารสาร ตำราต่างๆ ที่ถูกตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2014 และมีบางเล่มที่ตีพิมพ์ก่อนปี 2000 นั้น ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าเป็นแนวคิด ทฤษฎีที่ยังคงสามารถอธิบายประเด็นต่างๆ ที่สำคัญในการวิจัยได้ โดยสรุปการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

##### 1.1 ความหมาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่บุคคลอื่นไม่ได้เห็น

Mueser and McGurk (2004) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นอาการป่วยด้านจิตใจเป็นหลัก มีลักษณะเฉยเมย แยกตัวจากสังคม มีความบกพร่องด้านความคิด ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Womble (2005) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกด้านสีหน้าที่ไม่สมเหตุสมผล และการตอบสนองด้านอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีประสาทหลอน เช่น มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล (2555) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่าเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทคือกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรง ลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลต่อกระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้และบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคนี้อาจมีความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยการใช้ชีวิตอย่างอิสระและการปรับตัวทางสังคม และสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างมากคือผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Ward et al., 2004) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ดังกล่าวของตนเองได้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีสุขภาวะที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

## 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลจากการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด ระบุว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชากรทั่วไป ในญาติสายตรง (พี่น้องหรือลูกของผู้ป่วย) (first-degree biological relatives) พบว่ามีโอกาสป่วยสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า จากการศึกษาบุตรบุญธรรมพบว่า บุตรจริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรม การศึกษาคู่ฝาแฝดมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผลของปัจจัยทางพันธุกรรมต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ในขณะเดียวกันก็บ่งชี้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ใช่สาเหตุเดียวของการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่าในร้อยละหนึ่งป่วย จะพบ 40-50 คู่ ที่อีกคนหนึ่งป่วยตามไปด้วย แสดงว่ายังมีปัจจัยเหตุอื่นอีก สิ่งที่กำลังได้รับความสนใจอย่างมากคือ ความบกพร่องในการพัฒนาของสมองในร่างกายนัยเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ มีการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อในครรภ์และการกระทบของสมองหลังคลอดกับสาเหตุของโรคจิตเภท โดยทั่วไปพอจะสรุปทฤษฎีเกี่ยวกับการติดเชื้อกับโรคจิตเภทได้ว่า การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ในเด็กที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่ก่อนแล้ว ข้อเสนอสนับสนุนนี้มาจากข้อมูลที่ว่าเด็กในทางตะวันตกที่เกิดในระหว่างฤดูหนาวและตอนต้นของฤดูใบไม้ผลิ มีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าฤดูอื่น ซึ่งอาจมีการติดเชื้อไวรัสในระหว่างนั้น การกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอดอาจเกิดการกระทบ หรือการขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด ปัจจัยทางชีวภาพเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้โครงสร้างของสมองผิดปกติตามมา เช่น มี ventricle โต และทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา (มาโนช และ ปราโมทย์, 2542)

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งคือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal context ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และจากการศึกษาระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้น การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

3) กายวิภาคของสมอง (neuroanatomy factor) จากการตรวจโครงสร้างของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่ม Negative schizophrenia พบว่ามีสมองส่วน cerebral ฝ่อหรือเล็กลง ทำให้มีช่องว่างในสมองกว้างมากขึ้น (Ventricular enlargement) แต่อย่างไรก็ตามความเชื่อในส่วนนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด ยังต้องมีการศึกษาและวิจัยต่อไป

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการทางลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่าการทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภท มิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากเป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

1) ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดมาจากแรงผลักดันภายในหลายอย่าง เช่น แรงขับทางเพศ (sexual drive) หรือแรงขับของความก้าวร้าว (aggressive drive) ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้ขัดเกลา (unacceptable drive) และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ในจิตใต้สำนึกของมนุษย์ทุกคน ถ้าพลังความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุมบุคคลทำตามความอยากความต้องการแล้วเกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความโกรธ ขุ่นเคือง หรือถ้าพลังควบคุมความอยากความต้องการมาก บุคคลมีแรงหักห้ามใจตนเองมาก จนไม่สามารถตอบสนองความอยากความต้องการอย่างเพียงพอ ก็ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข

#### 2) กระบวนการระหว่างบุคคล

ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก สภาพการเลี้ยงดูในวัยเด็กมีผลต่อกระบวนการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก โดยเฉพาะในระยะสามขวบปีแรกของชีวิต ถ้าเด็กได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเพียงพอ เด็กจะเรียนรู้ที่จะรักตนเองและรักผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่แวดล้อม แต่ถ้าสร้างบรรยากาศการเลี้ยงดูที่สร้างความสับสน มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การสื่อสารที่มีการขัดแย้งกันเอง ซึ่งบุคคลในชีวิตเด็ก สื่อสารกับเด็กตลอดระยะเวลาของพัฒนาการ มีผลทำให้เด็กป่วยเป็นโรคจิตเภทได้เมื่อโตขึ้น

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่านิยม ทัศนคติ และแบบแผนการสื่อความหมายนั้น เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากบุคคลที่แวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลสำคัญสำหรับเด็ก ได้แก่ พ่อแม่ ซึ่งจะปลูกฝังแบบแผนความคิดและความเชื่อให้กับเด็ก และซึมซับรับความเชื่อ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ทัศนคติความเชื่อและค่านิยมที่ผิดๆ เกี่ยวกับมนุษย์

สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ พบว่าสังคมแวดล้อมและวัฒนธรรมบางวัฒนธรรมส่งเสริมพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น พฤติกรรมเก็บกด พฤติกรรมเสแสร้ง ทำให้เกิดการสื่อสารด้านการพูดและด้านพฤติกรรมไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้บุคคลต้องเก็บกดความอยากความต้องการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างพอเพียง บางคนสร้างความฝันในสิ่งที่มีความอยาก ความต้องการ และนำตนเข้าอยู่ในความฝันนั้น ทำให้เกิดภาวะหลงผิดและประสาทหลอน

### 3) ครอบครั

การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครั ลักษณะการสื่อสารในครอบครัผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ครอบครัที่มีการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมา ไม่กระจ่างแจ้ง และไม่สอดคล้องกันในด้านคำพูดและพฤติกรรม การสื่อสารลักษณะนี้เน้นการสื่อสารที่ยับยั้งและขัดขวางเด็กไม่ให้มีพัฒนาการ การสื่อสารอีกลักษณะหนึ่งคือการสื่อสารที่เรียกว่า double-bind communication ซึ่ง Gregory Bateson อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มาจากครอบครัที่มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกัน ทั้งในด้านพฤติกรรม ทศนคติ และความรู้สึก อาการของโรคจึงเกิดเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสับสนและพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยการถอยหลังไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิต เช่น การมีหูแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเป็นโลกที่ผู้ป่วยสร้างเองและสามารถเข้าใจ (Harold and Benjamin, 1995 อ้างถึงใน เนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551)

ครอบครัที่มีพยาธิสภาพ ครอบครัผู้ป่วยจิตเภทมักมีพยาธิสภาพบางลักษณะ โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร บรรยากาศด้านความสัมพันธ์และด้านอารมณ์ในครอบครั มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการจิตเภท โดยเฉพาะครอบครัที่มีลักษณะไม่อบอุ่น วิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตรและเข้ายุ่งเกี่ยวในเรื่องคนอื่น ซึ่งครอบครัลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้านจิตเภทได้

#### 1.3 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภท แบ่งตามการดำเนินของโรคออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการทุเลา และระยะอาการคงที่ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจในเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนหันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้อง ทั้งๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียน ผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจเรียน เพื่อนๆ มีความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางทีตื่นขึ้นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องรูปร่างหรือการแต่งกายก็ลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้มักมีข้ออ้างต่างๆ นานา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนๆ ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากหรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนพอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนอาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆเดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด อาการของโรคจิตจะปรากฏชัด เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงว่าคนมาทำร้าย หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ ผู้ป่วยโรค จิตเภทมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อยๆ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็คงยังไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- วาตระแวง (persecutory delusions) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้ายซึ่งอาจเป็นคนๆ เดียว หรือเป็นขบวนการ

- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusions of reference) ผู้ป่วยมักดึงเรื่องต่างๆ รอบตัวมาเชื่อมโยงกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องของตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่ามีเรื่องของตัวเองไปเขียน ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่ามีเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง

- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา (religious delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นพระพุทธรูปเจ้า ตนเองตรัสรู้ คนไทยเราบางครั้งก็เชื่อเรื่องการมีองค์อยู่ในตัว มักเกิดหลังจากผู้นั้นป่วยหนัก หมอทรงบอกว่ามีองค์ในตัวต้องทำพิธีครอบขันธุ์ เมื่อผู้ป่วยทำแล้วหายจึงเกิดความเชื่อขึ้นมา ความเชื่อในลักษณะนี้เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมมากกว่าที่จะเป็นอาการหลงผิด

- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายของตนเองผิดไปจากปกติ ไม่ว่าจะหมอยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้

- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (bizarre delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจจะบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

- อาการหนึ่งที่พบบ่อยในคนไทย คือ ผู้ป่วยมักบอกว่าสามารถติดต่อทางกระแสจิตได้ (Telepathy) ไม่ได้ยินเป็นเสียง แต่รู้ว่ามีคนมาสื่อสารเรื่องอะไร และมีการโต้ตอบกันในความคิด อาการนี้ต่างจากอาการ thought broadcasting โดยที่ใน thought broadcasting นั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ความคิดของตนกระจายออกไป คนรอบข้างรับรู้ได้ แต่ใน telepathy นั้นเป็นการสื่อสารเฉพาะบุคคล ความคิดไม่ได้กระจายไปทั่ว

2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) ประสาทหลอนคือการมีการรับรู้ ทั้งๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวที่อยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (voices arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียงๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็ถูกวิจารณ์ไปหมด (voices commenting) จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าจำไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอๆ กัน เสียงแว่วนี้จะเบาหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่และจะดังชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน ประสาทหลอนที่พบบรองลงไปคือภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีส้ม ทรายละเอียด

ชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรสชาติแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) เช่น มักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ถามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโส จะได้เป็นสิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุที่ยืนนานกว่าคน เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมาก ๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา ในบางครั้งแม้มีอาการอื่นๆ เช่น อาการหูแว่วดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยก็ยังอาจมีอาการนี้อยู่

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากยิ่งขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน ผมน้ำแข็ง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปเดินมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งจู่ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริมทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบตัวปล่อยให้ห้องสกปรกมีเศษขยะเกลื่อนห้อง บางคนจะควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจหรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้งๆ ที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

มีอาการรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ (negative symptoms) คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

- Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก
- Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ เฉื่อยชาลงมาก ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนมักปฏิเสธ อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาแต่ในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

แนวโน้มในปัจจุบันเชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นมิติ (dimensions) ที่สำคัญได้ 3 มิติ คือ อาการโรคจิต (psychoticism) มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการที่บ่งถึงแนวความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (disorganization) เช่น พูดจาจวกวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ และอาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น เฉื่อยชา เฉยเมย ใน 2 มิติแรกบางคนอาจเรียกว่าเป็นอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา

1.3.3 ระยะเวลาอาการทุเลา (stabilization phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆ ในช่วงที่กำลังกำเริบทุเลาลง อาการหลงผิด หรือ ประสาทหลอน น้อยลง พฤติกรรมจะอยู่กับร่องกับรอยมากขึ้น พูดจาฟังรู้เรื่องขึ้น ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

1.3.4 ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะอาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย บางคนมีอาการที่ไม่ได้ถูกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางคนอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง บางครั้งรู้สึกกระแวงแต่ไม่ถึงกับปักใจเชื่อ อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

#### 1.4 การวินิจฉัยโรค

1.4.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition) เป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์ทางอเมริกัน เกณฑ์การวินิจฉัยมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A. ถึง F. เกณฑ์ข้อ A. ยังแบ่งวินิจฉัยย่อยออกไปอีก การที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จิตเภทจะต้องมีลักษณะครบเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ

A. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

- อาการหลงผิด (delusion)
- อาการประสาทหลอน (hallucination)
- ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (disorganize speech)
- มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็นได้อย่างชัดเจน (disorganized behavior)

- อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

- หมายเหตุ: เพียงอาการเดียวในข้อ A. ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาตอบโต้กัน

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมสำคัญๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร



C. ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจนับรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (residual symptoms) ด้วย

D. ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder ต้องแยกโรค Schizoaffective และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต

E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

F. ความเกี่ยวเนื่องกับ pervasive developmental disorder หากมีประวัติ Autistic Disorder หรือ pervasive developmental disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) การแบ่งกลุ่มย่อย

การจัดกลุ่มย่อยนั้นพิจารณาจากอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดในช่วงเวลาหลังสุดที่ได้ประเมินอาการ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่เป็น ดังนั้นกลุ่มย่อยของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจึงอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) กลุ่ม Paranoid เป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด โดยมีลักษณะสำคัญคือหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น อาการพูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวาย หรือ catatonic อารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม โรคจิตเภทกลุ่มย่อย Paranoid นี้ผู้ป่วยที่เป็นมักเป็นครั้งแรกในขณะที่มีอายุค่อนข้างมากกว่ากลุ่มย่อยอื่นๆ มาก โดยเฉพาะในแง่ของการทำงานและการเข้าสังคม

2) กลุ่ม Disorganized (Hebephrenic) มีลักษณะอาการสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น พูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ระยะอาการของโรคครั้งแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่ำกว่ากลุ่ม Paranoid โดยจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 25 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้มักมีอาการอยู่ตลอด ไม่มีช่วงหายจากอาการอย่างชัดเจน มีความบกพร่องทางด้านสังคมมาก ความสามารถในด้านต่างๆ ในระยะยาวแล้วจะเสื่อมลงอย่างมาก

3) กลุ่ม Catatonic ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้เดิมเคยพบบ่อย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้พบกลุ่มนี้ได้ไม่มากนักเนื่องจากการรักษาด้วยยาช่วงหลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการเด่นของกลุ่มนี้คือ การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (catatonia stupor) มีการขัดขืนต่อคำสั่งทุกคำสั่งอย่างไม่มีเหตุผล หรือขัดขืนต่อความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการนั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (negativism) ไม่พูด (mutism) ท่าทางแข็งเกร็ง วุ่นวาย มีการเคลื่อนไหวมาก (excitement) การตอบสนองโดยรวมลดลง โดยมีอาการตกอยู่ในภวังค์ หรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (catalepsy) และผู้ป่วยจะอยู่ในท่าทางแปลกๆอย่างจงใจ (posturing) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียด เนื่องจากอาการนี้อาจพบได้ในโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นๆ และโรคทางกายอีกหลายๆ โรค

4) กลุ่ม Undifferentiated ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าตามเกณฑ์ในข้อ A. ของ DSM-IV แต่จะมีลักษณะอาการต่างๆ ไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม paranoid, disorganized หรือ catatonic บางครั้งแพทย์อาจติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะอยู่เข้ากันได้กับกลุ่มย่อยอื่นๆ

5) กลุ่ม Residual ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีอาการโรคจิตครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV และในปัจจุบันไม่มีอาการโรคจิตให้เห็นชัดเจนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการในกลุ่มอาการด้านลบ หรือมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ใน DSM-IV อยู่สองอาการ หรือมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการเช่นนี้ไปเรื่อยๆ หลายๆ ปีหรืออาจเป็นแค่ระยะเวลาหนึ่ง โดยที่อาการอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างอาการกำเริบที่รุนแรงกับช่วงที่อาการสงบ

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นๆ หายๆ ที่มีการแสดงออกทางความคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งแบ่งเป็นอาการทางบวก และอาการทางลบ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติจากสมอง หรือผลจากสารเสพติดหรือยา เป็นต้น โดยลักษณะอาการจะแสดงได้ออย่างน้อย 6 เดือน และหากมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะทำให้ผู้ที่ป่วย มีความพร้อมในการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น และยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้สภาวะของตนเองในทางที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการมีสภาวะให้ดียิ่งขึ้นจะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้น

### 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลและช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยที่คำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม ซึ่งเรียกว่า การพยาบาลองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือการการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2. คำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายแล้ว จะต้องให้ความใส่ใจตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและช่วยเหลือความต้องการด้านของครอบครัวร่วมด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

3. การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือการช่วยให้การเจ็บป่วยหาย (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือคงรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการนำองค์ความรู้ในทฤษฎีพัฒนาการทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลและบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้หลุดจากภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องตามสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุด อีกทั้ง เป็นการพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต และประชาชนทั่วไปในชุมชนนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถให้การดูแลโดยตรง (Provide Direct Nursing Care) แก่เป้าหมายผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่มได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Nursing Outcomes) และปฏิบัติบทบาทอื่นๆ ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

สรุปการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม และที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบการจัดกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

1.5.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพะ (Pender, 2002) แนวทางการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีดังนี้

- 1) เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ปัญหา เพื่อทำการแก้ไขได้ทันที่ในกรณีที่พบปัญหาเร่งด่วน
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกของชุมชน
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายอีกด้วย
- 4) เยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะ
- 6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

1.5.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว สามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไข ปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ในส่วนของสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกียรติยกย่องนับถือทั้งในฐานะความเป็นบุคคลและตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

4) การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจ สถานภาพและปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญห เป็น การช่วยให้ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ

5) การป้องกันภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้โดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องทางอารมณ์ของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น โดยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แผนการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

1.5.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ

สรุปการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้การดูแลอย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การแก้ปัญหา เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน (WHO, 2001) ในฐานะพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีให้บริการที่เป็นลักษณะองค์รวม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และครอบครัวมีส่วนร่วมในการในการดูแลและได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

#### เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

โดยทั่วไปเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ (Herz & Marder, 2002) ได้กล่าวถึงเป้าหมายไว้ดังนี้

1. เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด
2. เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อให้เกิดเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
4. มีการจัดเตรียมการดูแลที่กว้างขวาง มีความหลากหลายของทางเลือกที่อยู่ในระบบโรงพยาบาลหรือชุมชน
5. มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
6. มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องการให้ยาและการรับประทานอาหาร
7. การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
8. ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและควบคุมตนเอง

สรุปได้ว่า การส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภท ต้องคอยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การดูแลในชุมชนหน้าที่ได้ดีต้องมีการเตรียมพร้อมของครอบครัวแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ (Health)

สุขภาวะเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการซึ่งหมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสุข มีความสำเร็จในชีวิต และปราศจากการเจ็บป่วย ซึ่งสุขภาวะเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการดำเนินชีวิต

### 2.1 ความหมายของสุขภาวะ

WHO (1947 cited in Edlin & Kelli, 1994) ได้ให้นิยามของสุขภาวะว่า เป็นสภาวะสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น และภายหลังได้มีการปรับคำนิยามของสุขภาพให้ครอบคลุมในด้านจิตวิญญาณ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของมิติทางจิตวิญญาณมากขึ้น และมองสุขภาพว่ามีลักษณะที่เป็นพลวัตและไม่หยุดนิ่ง (WHO, 1998 อ้างใน วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

Pender (2001) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึงความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี ซึ่งประเมินได้จากการคงไว้ซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์ของโครงสร้าง และความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม และได้สรุปความหมายของสุขภาพออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นกระบวนการหรือสภาวะทางร่างกาย เช่น การปราศจากโรค 2) เป็นสภาวะด้านจิตใจที่ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ อารมณ์ 3) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ การปรับบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ 4) เป็นกระบวนการที่เป็นผลรวมของคนทั้งคน เช่น ความพึงพอใจในศักยภาพของบุคคล

Mury & Zentner (1989) ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ และสังคม ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก เพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบาย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรม

Hunsberger (1989) กล่าวว่า สุขภาวะเป็นพฤติกรรมและกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในทุกๆ มิติ อย่างไม่หยุดนิ่งได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สุขภาวะ เป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีความต่อเนื่อง

Roy & Andrew (1991) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึงสภาวะและกระบวนการของการดำรงชีวิตของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาอย่างเป็นองค์รวม เป็นการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึงภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดี หมายถึงคนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ

ทัศนาศา บุญทอง (2542) กล่าวว่าสุขภาพหรือสุขภาวะ หมายถึงภาวะที่เป็นสุขทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขหรือการมีสุขภาวะของบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนสภาพของตนและตอบสนองความต้องการของตนด้วยการปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างอิสระ รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต

ประเวศ วัชสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึงความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุล เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

จากแนวคิดสุขภาวะ จะเห็นว่า การมีสุขภาวะนั้นเป็นวิธีการที่จะนำมาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน (Smith, 1983) ดังนั้น การนิยามสุขภาพ จึงเป็นสภาวะที่ได้รับการประเมินจากการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่ให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วย เช่นการวัดความดันโลหิต ซึ่งต้องใช้เวลาในการประเมินการเปลี่ยนแปลง การนิยามสุขภาพจึงเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่ดี ปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง หรือ พฤติกรรมเสี่ยงลดลง ส่วนนิยามสุขภาพดี มีความสุข ในลักษณะองค์รวม มองสุขภาพเชิงบวก ซึ่งในประเทศไทยใช้คำว่า สุขภาวะ ในความหมายเช่นเดียวกับสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วย หรือความผิดปกติของร่างกายใดๆ จึงเป็นผู้มีสุขภาพดี มีความสุข ซึ่งมีความแตกต่างจากแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ให้ให้ความสำคัญของความเสมอภาคและเท่าเทียมกันกับทุกคนในการบรรลุถึงสุขภาวะ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย พิการ หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิต สอดคล้องกับพระราชบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กล่าวว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับการส่งเสริม คุ้มครองสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ที่มีศักยภาพที่จะศักยภาพที่จะถึงจุดมุ่งหมายสูงสุดของตนได้ เช่น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ แต่มีความสามารถทำหน้าที่ของตนได้เต็มความสามารถที่มีอยู่ เขานั้นมีความเป็นอยู่ดี หรือปราศจากความเจ็บป่วย แต่ทำหน้าที่ได้ในระดับต่ำกว่าศักยภาพ (Hunsberger, 1989) ดังนั้น สุขภาวะ จึงมีความหมายถึงสุขภาพที่มีการจัดการและปรับเปลี่ยนของพฤติกรรมให้ดีขึ้น

## 2.2 องค์ประกอบของสุขภาวะ

สุขภาวะเป็นแนวคิดสุขภาพที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อสุขภาวะของตนในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต สามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลเพื่อบรรลุสุขภาวะตามศักยภาพของแต่ละคนที่พึงมี จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะดังนี้

Donattelle & Davis (1998) ได้เสนอ องค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติของสุขภาวะไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย (Physical health) ประกอบด้วยลักษณะ ขนาดและรูปร่างของทางกาย ประสาทสัมผัสทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย
2. สุขภาวะทางสังคม (social health) ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ในสังคมและพฤติกรรมประจำวัน
3. สุขภาวะทางจิต (mental health) กล่าวถึงความสามารถในการใช้สติปัญญา ความสามารถในการตัดสินใจ

4. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotion health) กล่าวถึงความรู้สึกชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual health) หมายถึงความเชื่อที่เกี่ยวกับศาสนาความรู้สึกมีความหมายหรือมีคุณค่าในชีวิต ความเข้าใจและการแสดงถึงการมีเป้าหมายในชีวิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้เสนอแนวคิดการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีความปกติสุขของ โดยกล่าวว่ามนุษย์มีลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่ไม่แยกส่วน ประกอบด้วย โครงสร้างทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยในการดำรงชีวิตนั้นมนุษย์มีความต้องการอยู่ 4 ประเภทคือ

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม ประกอบด้วย บทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) เป็นบทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิด บทบาททุติยภูมิ (secondary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาตามระยะพัฒนาการ และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาหรือเป็นบทบาทที่ได้มาชั่วคราวเท่านั้น

3. ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น โดยไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น

4. ความต้องการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มตามธรรมชาติ

แนวคิดสุขภาวะของ ประเวศ วะสี (2543) เป็นแนวคิดสุขภาพที่ลักษณะ เน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว ไม่เป็นโรค ไม่มี ความพิการ

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข มีสติ สมาธิ ปัญญา

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่น การอยู่ร่วมกันด้วยดี ชุมชนเข้มแข็ง มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีระบบบริการที่ดี

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี เช่น เสียสละ มีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น



วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาวะในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย ประเมินได้จากลักษณะและขนาดร่างกาย สมรรถนะการรับรู้สัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย เช่น พลังของกล้ามเนื้อ ความจุปอด เป็นต้น สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย สมรรถนะในการดำเนินกิจการงาน

2. สุขภาวะทางจิต คือ การปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับความคิด และเผชิญกับความ เครียด หรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

3. สุขภาวะทางสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวด้านบทบาททางสังคม หรือการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับชีวิต มีสัมพันธ์ภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ คือการบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่พอเพียง รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดและองค์ประกอบสุขภาวะดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542)

### 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การที่จะส่งเสริมสุขภาวะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้นั้น ควรต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ซึ่งพบว่ามีหลายปัจจัยและมักมีความแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะพบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ดังนี้

Health Canada (1999) มีกรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะหรือตัวกำหนดสุขภาวะ (determinants of health) สำหรับใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาวะ ดังนี้

1. รายได้และสถานะทางสังคม สถานะทางสุขภาพจะดีได้ขึ้นอยู่กับระดับรายได้ที่มีความเป็นธรรม ประชาชนก็จะมีสุขภาวะดีขึ้น

2. เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว เพื่อนและการช่วยเหลือกันในสังคม จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความผาสุก ซึ่งเป็นตัวป้องกันปัญหาสุขภาพ

3. การศึกษา การศึกษามีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาทำให้มีความมั่นคงในการทำงาน มีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า

4. การมีงานทำ บุคคลที่มีงานทำจะมีความเครียดน้อยกว่าคนตกงานที่จะต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตใจสูง ดังนั้นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆจึงส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยได้

5. สิ่งแวดล้อมทางสังคม การยอมรับความแตกต่างกันในสังคม ความปลอดภัยของสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี

6. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ อาหาร น้ำและที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพ เมื่อเกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อสุขภาพ

7. พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกที่ดีเป็นการช่วยเพิ่มพูนสถานะสุขภาพ การใช้สารเสพติด ตั๊กม้อแอลกอฮอล์ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

8. การพัฒนาในวัยเด็ก ชีวิตช่วยก่อนคลอดจนถึงการดูแลในวัยเด็ก มีอิทธิพลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิตและยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจและสัมพันธ์ทางสังคมเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

9. ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม เช่น การเจริญเติบโต เพศชาย เพศหญิง ตลอดจน พันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจะทำให้การเกิดโรคของแต่ละคนต่างกัน

10. บริการสุขภาพ บริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนในทางที่ดี

11. เพศ เพศเป็นพื้นฐานการทำหน้าที่หรือบทบาททางสังคม

12. วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ ภายใต้อัตลักษณ์ วัฒนธรรมจะมีความเชื่อที่แตกต่างกันไป ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันไป

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชไว้หลายท่าน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

1. ความเพียงพอของรายได้

กฤษณ์ชลีย์ เพียรทอง (2547) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .31$ ) และการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่ศึกษาถึงสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

2. เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

กฤษณ์ชลีย์ เพียรทอง (2547) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .23$ )

3. การรับรู้บริการสุขภาพ

กฤษณ์ชลีย์ เพียรทอง (2547) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .20$ )

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กฤษณ์ชลีย์ เพียรทอง (2547) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .21, .26$  ตามลำดับ) ดังเช่นการศึกษาของพิศสมร เดชดวง (2545) ที่ศึกษาถึงสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

5. อายุ ดังการศึกษาของพิศสมร เดชดวง (2545) ที่ได้ทำการศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และ การศึกษาของ เปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดน ภาคใต้ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

6. สถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสุขภาวะสูงกว่าของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด ดังการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรงค์ (2545) ที่ได้ศึกษาถึงสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะ การรับรู้เครือข่ายทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณฑ์ชลิ เพียรทอง, 2547; Health Canada, 1999)

#### 2.4 การประเมินสุขภาวะ

จากการทบทวนแนวคิดด้านสุขภาวะ ได้มีการศึกษาวิจัยและสร้างเครื่องมือในการศึกษาสุขภาวะพอสรุปการประเมินสุขภาวะสามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ

2.4.1 การประเมินโดยตรง เป็นการประเมินที่วัดจากผู้ป่วยโดยตรง เช่น การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความจุปอด เป็นต้น

2.4.2 การประเมินโดยอ้อม เป็นการประเมินที่ผ่านการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาวะตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีดังนี้

1) The Laffrey Health Conception Scale (LHCH) พัฒนาขึ้นโดย Laffrey (1986) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดการรับรู้ความหมายของสุขภาพ โดยใช้แนวคิดด้านสุขภาพของ Smith (1980) ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพใน 4 แนวคิด คือ แนวคิดด้านคลินิก (clinic model) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptation model) และแนวคิดด้านยูโดโมนิสติก (Eudaemonistic model หรือ Spiritual well being หรือ Happiness)

2) ประนอม รอดคำดี (2538) ได้นำเครื่องมือวัดความสุขสมบูรณ์ (Test Well) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Test well ของ National Wellness Institute มาใช้ศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ในกลุ่มนักศึกษาตามแนวคิดความสุขสมบูรณ์ของ เฮทเลอร์ (Hettler, 1961) ที่ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา อาชีพ และจิตวิญญาณ ต่อ ชูติมา บุรณนิต (2539) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ต่อในกลุ่มอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

3) พิศสมร เดชดวง (2545) สร้างเครื่องมือวัดสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยขึ้นจากแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาสุขภาวะตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเลือกใช้เครื่องมือวัดสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทที่สร้าง โดย พิศสมร เดชดวง (2545)

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

#### 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่

มีผู้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ (functioning) ไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Ann (1997) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ เป็นสถานะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป และเป็นความสามารถแสดงบทบาทของการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากกว่าการดำเนินของโรค

Saraswat et al., (2006) ได้ให้ความหมายของ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2. ความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Sanchez-Moreno และคณะ (2009) ให้ความหมายการทำหน้าที่ว่าเป็นความสามารถในการทำงาน และแสดงบทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคมได้

Banerjee (2010) ให้ความหมายการทำหน้าที่ว่าเป็นการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถประกอบอาชีพได้

Birchwood et al. (1990) ให้ความหมาย การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ 2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ดังนี้

1. ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยความสามารถในการพึ่งพาตนเองและการทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลจำเป็นต้องมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล นั้นย่อมหมายความว่า การทำหน้าที่ด้านสังคมมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในด้านต่างๆ ได้แก่ (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

1.1.1 การดูแลสุขอนามัย ของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกเสื้อผ้า แต่งตัวเหมาะสมและถูกกาลเทศะ ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

1.1.2 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหารได้ และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

1.1.3 การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่ที่เหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่นปลอดภัยและต้องคอยดูแลเครื่องนอนให้สะอาดเสมอ

1.1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ได้แก่ การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตนได้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลูกต้นไม้ จัดสวน การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

1.1.5 การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้านจะต้องรู้จุดมุ่งหมายในการเดินทาง รู้ว่าจะออกไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพัง และสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

1.1.6 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่นรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีอาการเป็นปกติแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด งดสิ่งเสพติด ของมีเมา การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา

1.2 การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ หมายถึงการมีกิจกรรมที่สนใจเช่นการอ่านหนังสือ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การเล่นหรือฟังดนตรี การสวดมนต์ไหว้พระ ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิก ในครอบครัว เช่น งานวันเกิด

2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม/การถนัดตัวทางสังคม การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคม และการทำงานหรืออาชีพ

2.1 การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่คนเดียว การพูดคุยสนทนากับสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกที่ต้องพบคนแปลกหน้า

2.2 การติดต่อสื่อสาร หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถใช้คำพูดและกริยาที่เหมาะสมในการสนทนากับผู้อื่น ไม่เข้าไปก้าวกายหรือทำให้เกิดความวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา มีท่าทางปกติ แสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อม ไม่พูดแปลกๆ หรือมีความคิดแปลกๆ

2.3 การมีกิจกรรมทางสังคม หมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วัด กลุ่มกิจกรรมที่น่าสนใจ การรับผิดชอบและมีส่วนร่วมต่อชุมชน

2.4 การทำงานหรืออาชีพ หมายถึงมีความสามารถในการทำงานเช่น งานบ้านหรืองานทั่วไป สามารถจัดรับผิดชอบและจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของการทำหน้าที่ว่า หมายถึงพฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นการจัดการกับตนเองอย่างอิสระ เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสามารถเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายนอกได้ ได้ (Rosen et al., 1989; Peplau, 1991)

### 3.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่

ตามแนวคิดของ Rosen และคณะ (2007) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและมีส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยองค์ประกอบของการทำหน้าที่ประกอบด้วย

3.2.1 การดูแลรับผิดชอบตนเอง (Autonomy) เป็นการตัดสินใจและแสดงความสามารถในการดูแลตนเอง

3.2.2 การทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (Occupational functioning) เป็นการคงสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือเป็นความสามารถในการทำงานเพื่อสร้างรายได้

3.2.3 การทำหน้าที่ในการรู้คิด (Cognitive functioning) เป็นความสามารถในการใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคำนวณ การเรียนรู้จดจำข้อมูลใหม่ๆ และความสามารถในการแก้ปัญหา

3.2.4 การจัดการด้านการเงิน (Financial issues) เป็นความสามารถในการบริหารรายรับกับรายจ่ายให้อยู่ในภาวะสมดุล คือใช้จ่ายอย่างเพียงพอ

3.2.5 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) คือการมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนและครอบครัว และร่วมทำกิจกรรมทางสังคม

3.2.6 การใช้เวลาว่าง (Leisure time) เป็นการแสดงกิจกรรมตามความสนใจในเวลาทีนอกเหนือจากการการทำงาน

### 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.1 ความรู้ ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองขณะที่มีการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ว่าตนเองจะทำอะไร หรือจะดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ และจะนำไปสู่การรับรู้สุขภาวะที่ไม่ดีตามมาได้ ซึ่งสมส่วน สาราณพันธ์ (2547) ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า คือความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### 3.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สมส่วน สาราณพันธ์ (2547) ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.2.3 ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 70% ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยาพ่อแม่ ผู้ปกครองและ การทำงานโดยมีผู้ป่วย เพียงร้อยละ 12 มีโอกาสทำงานหรือเรียนได้เต็มเวลา ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เต็มวัน นอกจากนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เล็กน้อยที่มีครอบครัว และมักจบลงด้วยการหย่าร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตและเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม

3.2.4 ปัจจัยด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic and environment factors) จากการศึกษาพบว่า มีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง (จิราพร รักรการ, 2549) จากการศึกษาของ Angell and Test (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมพบว่า สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่างๆ เช่นการถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน และ เพื่อนบ้านในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน และ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัยอยู่อย่างอิสระกับครอบครัว จะมีการทำหน้าที่ และการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าการที่ต้องถูกจำกัดขอบเขตมากเกินไป (Browne and Courtney, 2004) มีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท และ การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการลดบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Rusch et al., 2009) เครื่องช่วยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการไม่ได้การยอมรับและถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือญาติ มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวจากสังคม รู้สึกเป็นปมด้อย ครอบครัวยังไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจมีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น และนำไปสู่การขาดทักษะทางสังคมมากขึ้น (Angell and Test , 2002) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา

3.2.5 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การรักษา และการทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภท นั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Ran et al., 2010) และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อแท้เบื่อหน่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม (Barry, 2011) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยา (Honkonen et al., 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเช่น มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา บางครั้งหยุดยาเองและ เมื่ออาการดีขึ้นมักจะหยุดยาโดยไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และมีการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schennach-Wolff et al., 2009)

#### 3.4 การประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆ มีหลายชนิด ตัวอย่างเช่น

3.3.1 The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ซึ่งได้แบ่งการทำหน้าที่ออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อสังคม 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติมาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77

3.3.2 The Social Functioning Questionnaire (SFQ) สร้างโดย Tyrer (2005) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Social Functioning Scale (SFS) เพื่อให้มีความรวดเร็วในการวัดผลลัพธ์การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินโดยผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 4 นาที ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) การทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว 2) การจัดการเรื่องการเงิน 3) ทักษะด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 4) กิจกรรมทางเพศ 5) การติดต่อทางสังคม 6) การใช้เวลาว่าง มีค่าคะแนน 0-28 คะแนน การแปลค่าคะแนนสูงกว่า 10 คะแนน มีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.3 The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswat เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุม และง่ายในการดำเนินการในคลินิกเป็นแบบวัดที่มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิตมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 6 ข้อ) ความเหมาะสมทางสังคม (คำถาม 4 ข้อ) และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ 1 = ไม่บกพร่อง 2 = บกพร่องเล็กน้อย 3 = บกพร่องปานกลาง 4 = บกพร่องมาก 5 = บกพร่องมากที่สุดมีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และความตรงสูง ( $r=0.70$ )

3.3.4 Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย (Birchwood, et al., 1990) SFS เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการประเมินผลการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบทดสอบ SFS จะวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน พิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน คือ 1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ 3. การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ 4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 15 ข้อ 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 7. การจ้างงาน/อาชีพ คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผล

สรุปว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นเป็นผลลัพธ์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Perivoliotis, Granholm, and Patterson, 2004) ที่บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมุ่งควรส่งเสริมสร้างให้เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Phanthunane, Vos, & Bertram, 2010; Hofer et al., 2005) เพราะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ดังกล่าวของตนเองได้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีสุขภาพที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Patient Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญสำหรับการพยาบาลในทุกๆ สาขา ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนั้นถือว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ดังนั้นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจึงอาจเรียกว่าเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลก็ย่อมได้ โดยลักษณะธรรมชาติของสัมพันธภาพนั้นจะถูกสร้างตลอดกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล (Rainsgruber, 2003) แนวคิดของสัมพันธภาพนี้ถูกค้นพบโดย เพพพลาว ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีว่าเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่งศึกษาในเรื่องของทฤษฎีสัมพันธภาพ จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในทุกสาขาการพยาบาล โดยเฉพาะสาขาการพยาบาลจิตเวชที่ใช้หลักการของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือที่เรียกว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการในที่นี้หมายรวมถึงบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบครัว และบุคคลสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Fontaine, 2003; Peplau, 1991)



สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นเครื่องมือในการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่สำคัญของการพยาบาลจิตเวช ลักษณะธรรมชาติของแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการคือ มีที่มเป้าหมายของการบำบัดที่ชัดเจน โดยพยาบาลและผู้รับบริการจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าเป้าหมายของการมีสัมพันธภาพนั้นควรเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการนั้นจะมุ่งเน้นไปที่การเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ รวมทั้งความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่มีปัญหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น พยาบาลและผู้รับบริการต้องใช้เวลาจำนวนหนึ่งร่วมกัน และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่จัดเตรียมและให้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญโดยปราศจากอคติและแนวคิดส่วนตัวต่อผู้รับบริการ มากกว่านั้นพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศเพื่อให้เต็มไปด้วยการเคารพ และความเข้าซึ่งกันและกัน (Townsend, 1999; Forchuk, 1993; Eby & Brown, 2005) นอกจากนี้เพปพลาว Peplau (1991) ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลต้องคำนึงถึงการผสมผสานรูปแบบของการสื่อสารที่หลากหลายในการมีปฏิสัมพันธ์นั้นๆ

แนวคิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการถูกนำมาใช้เป็นจำนวนมากในการพยาบาลจิตเวช มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่น่าแนวคิดนี้ไปใช้แล้วพบว่า แนวคิดหรือหลักการนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากในการช่วยเหลือผู้รับบริการทางด้านจิตเวช (Martin & Street, 2003; Eby & Brown, 2005) ยกตัวอย่างงานวิจัยหนึ่งที่น่าแนวคิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการไปปรับใช้ในการดูแลผู้รับบริการที่สถาบันนิติจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนมากรับรู้และให้ความคิดเห็นว่า หลักการของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพที่มีพลังและมีประสิทธิภาพมากในการช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า การสื่อสารด้วยการพูดคุยจะได้ผลดีกว่าการสื่อสารด้วยการเขียน (Martin & Street, 2003) และมีงานวิจัยหนึ่งพบว่า พยาบาลส่วนมากแสดงความคิดเห็นว่า หลักการของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นหลักการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญกับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม พยาบาลยังเรียนรู้จากแนวคิดนี้ว่าจะต้องให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างไรบ้างจึงจะเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จากงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการพยาบาลจิตเวช (Eby and Brown, 2005)

#### 4.1 ความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เมอเร และ เฮลลอสเตอร์ (Murray, and Huelskoetter, 1991) ให้ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดว่าเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ให้ หรือช่วยให้บุคคลหนึ่งพัฒนาหรือเติบโต มีวุฒิภาวะ ปรับตัวได้ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในโลกปัจจุบันอย่างมีความหมายโดยใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพ

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2549) ให้ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลสองคนมีการติดต่อเกี่ยวข้อกันในช่วงระยะเวลาหนึ่งเป็นเวลานาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยแก้ปัญหาและช่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วยด้วยความรู้ความสามารถของพยาบาล

สมบัติ รียาพันธ์ (2552) สรุปความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดว่าเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล คือพยาบาลและผู้ให้บริการทางจิตในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถปรับตัว

อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยพยาบาลต้องนำความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพมาใช้ เป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพ

โดยสรุปในการวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึงกระบวนการของช่วยเหลือของการพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ที่มีเป้าหมายของการบำบัดที่ชัดเจน โดยพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าเป้าหมายของการมีสัมพันธภาพนั้นควรเป็นอย่างไร และมุ่งเน้นไปที่การเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ รวมทั้งความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การปฐมนิเทศ การกำหนดปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา และการสรุปประเมินผล

#### สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกครอบครัว หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (Jeon, 2004) มีการศึกษาจำนวนหนึ่งในการพยาบาลสาขาอื่นๆ ในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลและสมาชิกครอบครัว (Gladstone & Wexler, 2000; Donovan & Dupuis, 2000; Friendemann, Montgomery, Maiberger and Smith, 1997) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สมาชิกครอบครัวส่วนมากมีความพึงพอใจในการดูแลและความใส่ใจของบุคลากรทางด้านสุขภาพ สมาชิกครอบครัวยังให้ความคิดเห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพเหล่านั้นให้การต้อนรับที่อบอุ่น มีความอดทน ให้การตอบรับด้วยคำพูดที่ดี และมีกริยาท่าทางที่ดีด้วยเช่นกัน มีความสุภาพกับญาติของผู้ป่วย และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ยิ่งกว่านั้นได้ให้ความใส่ใจที่จะทักทายญาติที่มาเยี่ยม เช่น มีการทักทายสวัสดี รู้จักชื่อของสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ตลอดจนยินดีที่จะให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว ในขณะที่เดียวกันสมาชิกครอบครัวยังได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้มีโอกาสในการซักถามเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย หรือเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันที่พยาบาลกระทำให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังได้รับคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน ซึ่งสมาชิกครอบครัวทุกคนที่มาต่างก็พยายามทำความเข้าใจ และยอมรับในการช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีบางรายที่เกิดความรู้สึกเข้าใจ เห็นใจทีมสุขภาพ และพวกเขายังมองว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีนั้นเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และที่สำคัญที่สุดสมาชิกครอบครัวมองว่าพวกเขาสามารถเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากได้อย่างเหมาะสม (Gladstone & Wexler, 2000; Donovan & Dupuis, 2000; Friendemann, Montgomery, Maiberger and Smith, 1997)

สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาทางด้านการศึกษาจิตเวชในต่างประเทศ พบว่า สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยทางจิต เช่น สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น มีลักษณะที่ห่างเหิน ตึงเครียด และเต็มไปด้วยความยุ่งยาก (Ryan & Scullion, 2000; Conn, 2003; Jeon, 2004) ยกตัวอย่างงานวิจัยของ Conn (2003) ที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและสมาชิกครอบครัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ในระยะแรกของการมีสัมพันธภาพ พยาบาลและสมาชิกครอบครัวยังไม่คุ้นเคยกับ มีลักษณะของความห่างเหิน ทั้งสองยังขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในเรื่องของการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วย และทั้ง

พยาบาลและสมาชิกยังไม่กล้าที่จะแสดงออกเกี่ยวกับความคิดเห็นและพฤติกรรมของตนเอง พยาบาลจะพยายามที่จะให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวก็หลีกเลี่ยงที่จะขอความช่วยเหลือจากพยาบาล งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการที่จะเข้าไปรับรู้หรือเกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับที่พยาบาลเองก็ไม่ต้องการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามายุ่งเกี่ยวในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน (Ryan & Scullion, 2000) ในระยะที่สองของสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมกันเพียงบางส่วน กล่าวคือ พยาบาลและสมาชิกครอบครัวเริ่มที่จะมีการแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน แต่ก็มีข้อจำกัดในหลายๆ ประเด็น เนื่องจากทั้งคู่มีความแตกต่างกันในด้านความคิด ประสบการณ์ และมุมมองอื่นๆ จึงทำให้ทั้งคู่มีส่วนร่วมกันได้เพียงบางส่วนเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามในระยะที่สามของสัมพันธภาพ พบว่า พยาบาลและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและ ยอมรับในความคิด มุมมองซึ่งกันและกัน ร่วมกันวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน

มีการศึกษาในการพยาบาลสาขาอื่นของต่างประเทศที่ค้นพบสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกครอบครัวที่มีลักษณะเช่นเดียวกันว่า สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพและสมาชิกครอบครัวมีลักษณะของสัมพันธภาพที่ตึงเครียด ไม้ไว้วางใจ ไม้แน่นอน และห่างเหิน (Hertzberg & Ekman, 2000; Gladstone & Wexler, 2002) ผลการศึกษาเหล่านั้น สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพขาดจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ยกตัวอย่าง เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพขาดการเอาใจใส่ ดูแลผู้ป่วย ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ปล่อยผู้ป่วยไว้คนเดียว มองข้ามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และบางครั้งพบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพบางคนขาดความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้มีพยาบาลบางรายที่ไม่ต้องการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลที่ตามมาคือทำให้ครอบครัวหลายๆครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับ ไม่เชื่อถือหรือไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกสับสนไม่รู้จะทำอย่างไร (Hertzberg, Ekman & Axelsson, 2001; Ryan & Scullion, 2002; Friendemann, Montgomery, Maiberger & Smith, 1997; Hertzberg, Ekm)

#### 4.2 ลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ (Murray & Huelskoetter, 1991 อ้างถึงใน สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

4.2.1 มีสายใยสัมพันธ์หรือความเข้ากันได้ (Rapport) จุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ที่ความสามารถสร้างสายใยสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

4.2.2 มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่สำคัญของตนเองจนกว่าจะเกิดความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาความลับของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจะต้องสร้างความเชื่อมั่น ให้เกิดขึ้นโดยการรักษาคำพูด และมีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย

4.2.3 การเข้าใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Empathy) พยาบาลที่เข้าใจและตระหนักรู้ในตนเองจะมีความเมตตา และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีคุณค่านอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล วัฒนธรรม ประเพณี มีท่าทีที่อบอุ่น และยืดหยุ่น

4.2.4 มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนา ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

4.2.5 มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) การถ่ายโอนความรู้สึกนั้น อาจเป็นความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ความใกล้ชิดกับพยาบาลและรู้สึกว่าพยาบาลเป็นเสมือนบุคคลสำคัญของตนเองในแง่ต่างๆ เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ กิริยาท่าทาง ทำให้รู้สึกอยากเข้าใกล้ ต้องการความรัก ต้องการพึ่งพา บางครั้งทำให้มีการเรียกร้องเกินกว่าเหตุต่อด้านหรือปฏิเสธ พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้พยาบาลรู้สึกยุ่งยากใจ ดังนั้นการยอมรับและเข้าใจความรู้สึกทั้งของตัวพยาบาล และผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักรู้

4.2.6 เอาใจใส่และยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (unconditioning positive regard and acceptance) ทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนการยอมรับในคุณค่าและลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุถึงความรู้สึกนี้ พยาบาลจะต้องเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ตั้งใจรับฟังความคิดเห็นหรือสิ่งที่ผู้ป่วย บอกเล่าโดยไม่ได้แย้ง ไม่ตัดสิน เคารพในสิทธิส่วนบุคคล เป็นต้น

4.2.7 มีการกำหนดหรือตั้งเป้าหมาย (goal formulation) เป็นการกำหนดความมุ่งหวังที่พยาบาลต้องการให้มีขึ้น และผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้วย เช่น เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งเสริมการรับรู้ต่อตนเองในทางบวก หรือลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต เป็นต้น

4.2.8 การมีอารมณ์ขัน (humor) เพื่อลดความวิตกกังวล ความโกรธ ความเห็นท่างหรือเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดในบางสถานการณ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเผชิญอยู่

### 4.3 จุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครอบคลุมถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (Stuart, 1998 อ้างถึงใน สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

4.3.1 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกไม่สบายใจ ความทุกข์ใจ หรือความคับข้องใจ

4.3.2 เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองได้อย่างถูกต้อง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพนับถือตนเองให้มากขึ้น

4.3.3 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ รู้จักพึ่งตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นได้ สามารถที่จะเป็นผู้ให้และยอมรับความรักจากผู้อื่นได้

4.3.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

4.3.5 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

### 4.4 หลักปฏิบัติพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หลักการพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย มีดังนี้ (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

4.4.1 การยอมรับผู้ป่วย (accepting) หมายถึง การยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นการกระทำ คำพูด หรือความคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น เนื่องจากความเจ็บป่วย การยอมรับไม่ได้หมายความว่าเราจะต้องยอมรับว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น ถูกต้อง เช่น พยาบาลอึดอัดทักทายผู้ป่วย หรือ

การที่พยาบาลนั่งรับฟังผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกในสิ่งที่เป็นความผิดปกติทางการรับรู้ หรือความคิดของเขา โดยไม่ได้แย้งหรือแสดงความไม่เห็นด้วย

4.4.2 มีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย (consistency) ความสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะใช้ในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยทั่วไปเมื่อบุคคลไปอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยจะเกิดความรู้สึกกังวลใจ เมื่อได้รับความสนใจสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย เช่น การทำกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย ต้องทำตามเวลาที่กำหนดไว้ การพูดทักทายผู้ป่วยควรจะคงเส้นคงวา การมาตามนัดหมายที่ได้ตกลงกันไว้

4.4.3 ให้กำลังใจผู้ป่วย (reassurance) คนทุกคนต้องการกำลังใจ โดยเฉพาะเวลาที่เจ็บป่วย จะรู้สึกหวาดหวั่นหรือขาดความมั่นใจ ดังนั้นพยาบาลควรให้กำลังใจผู้ป่วยในลักษณะที่เหมาะสม

#### 4.5 การเตรียมตัวก่อนสนทนากับผู้ป่วย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนสนทนากับผู้ป่วยดังนี้ (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

4.5.1 พยาบาลควรสำรวจอารมณ์ของตนเองก่อนสนทนากับผู้ป่วยว่าอยู่ในสภาพอารมณ์ที่พร้อมหรือไม่ ได้แก่ อารมณ์ไม่ชุ่มฉ่ำ ไม่โกรธหรือไม่เศร้า ไม่มีปัญหาส่วนตัวมารบกวน เป็นต้น

4.5.2 ควรทำความเข้าใจกับความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรู้สึกพื้นฐานของมนุษย์ทุกๆ ไป ได้แก่

1) ความรู้สึกว่ามีคนรัก (The feeling of being love) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความสุข ความอบอุ่นและพอใจ พยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา อดทน และนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก

2) ความรู้สึกไว้วางใจ (The feeling of trust) มนุษย์จะมีความไว้วางใจผู้อื่นไม่เท่ากัน แล้วแต่ภูมิหลังว่าเป็นอย่างไร ความไว้วางใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแสวงหาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจกระทำการโดยการทดสอบพยาบาล ช่มชู้ เรียกร้อง จนถึงขั้นให้ความร่วมมืออย่างดี เช่น อาจทดสอบโดยร้องเรียกพยาบาล แล้วดูว่าจะมีใครมาบ้าง หรือบอกว่าตนเองเจ็บตรงนั้น ปวดตรงนี้ จะมีใครสนใจให้ความช่วยเหลือหรือเปล่า

3) ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและนับถือตนเอง (The feeling of self-esteem and self-respect) เมื่อเกิดความเจ็บป่วย หรือกดดัน ความเชื่อมั่น ความมั่นใจในตนเองจะลดลง พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ได้รับการยกย่องนับถือ มีเกียรติ และผู้ป่วยจะนับถือผู้เห็นคุณค่าในตัวเอง

4) ความรู้สึกถูกยอมรับว่าเป็นผู้อาศัยพึ่งพิง (The feeling of accept dependency) ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลมักจะต้องพึ่งพิงผู้อื่นช่วงระยะหนึ่ง เช่น ต้องพึ่งพิงพยาบาล พึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว บางคนอาจรู้สึกดีใจที่จะพึ่งพิงคนที่รับผิดชอบชั่วคราว แต่บางคนอาจรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง การที่พยาบาลเข้าใจและยอมรับนับถือในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีคนที่เข้าใจเขา

5) ความรู้สึกระหว่างการต้องการพึ่งพิงและต้องการเป็นอิสระ (The feeling of interdependency) โดยทุกๆ ไป มนุษย์จะมีความต้องการเป็นอิสระหรือต้องการพึ่งพาในบางโอกาสเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสับสนในบทบาทเหล่านี้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องใช้การสังเกตความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะนี้ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่พยายามจะช่วยเหลือตนเองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุถึงเป้าหมาย

6) ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (The feeling of security) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกขาดความมั่นคง ขาดความปลอดภัย พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย อาจโดยการลอบโยนให้กำลังใจ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และจริงใจกับผู้ป่วย

7) ความรู้สึกอยากที่จะให้ผู้อื่นเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (The feeling for understanding) ผู้ป่วยจิตเวชมักมีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน บางครั้งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งที่ยากแก่การเข้าใจของผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยแต่ผู้ป่วยก็ต้องการความเข้าใจ พยาบาลจึงควรพยายามทำความเข้าใจ รับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

4.5.3 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น การศึกษาแฟ้มประวัติ การฟังรายงานอาการของผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการและนำมาวางแผนการสนทนากับผู้ป่วยต่อไป

4.5.4 เตรียมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เพื่อจะได้สามารถวิเคราะห์อาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

4.5.5 วางแผนการสนทนากับผู้ป่วยว่าจะสนทนาเรื่องใดบ้าง สนทนาเรื่องใดก่อน เรื่องใดที่หลัง รวมทั้งจะใช้คำถามอย่างไร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การสนทนาที่วางไว้

#### 4.6 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ Orientation, identification, exploitation, และ resolution phase ในแต่ละระยะมีความคาบเกี่ยวซึ่งกันและกัน ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจและสามารถที่จะผลักดันให้แต่ละระยะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ในการที่จะดำเนินการได้เช่นนั้น พยาบาลจะต้องคำนึงถึงหลักการของการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดหรือที่เรียกว่า the therapeutic use of self หลักการนี้จะมีประสิทธิภาพได้พยาบาลจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการคือ มีการตระหนักรู้ในตนเอง และมีความเข้าใจในตนเองเสมอ นั้นหมายความว่าพยาบาลจะต้องรู้ตัวเองว่ากำลังทำอะไร เพราะอะไร รวมทั้งเข้าใจในความสามารถของตนเองด้วยว่าตนเองสามารถทำอะไรได้บ้างและเป็นอย่างไร คุณลักษณะเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถที่จะเข้าใจผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง (Peplau, 1952; 1991)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่จำแนกขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดออกเป็น 3 ขั้นตอนบนพื้นฐานแนวคิดของ Peplau (1991) สำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลแต่ละระยะดังนี้ (สมบัติ รียาพันธ์, 2552)

4.6.1 ระยะเริ่มแรก (initial phase) เป็นระยะที่พยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักคุ้นเคยกัน เพื่อสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาล ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาล ดังนี้

1) แนะนำตนเองโดยการบอกชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง หน้าที่ ให้ผู้ป่วยได้รู้จักสร้างความเชื่อถือไว้วางใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ ช่วยเหลือ เขาได้

2) กำหนดขอบเขตของสัมพันธภาพ โดยการบอกวัตถุประสงค์ของการพบผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยในพฤติกรรมของพยาบาล เช่น บอกผู้ป่วยว่าพยาบาลมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

การที่พยาบาลมานั่งคุยกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งก็เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องความไม่สบายใจ ความทุกข์ใจ หรือ สิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นปัญหาให้พยาบาลฟัง เพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหานั้น

3) แยกแยะปัญหา พยาบาลจะต้องแยกแยะปัญหาว่าปัญหาใดคือปัญหาที่แท้จริง อะไรคือ ปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหา พยาบาลจะต้องหาทางให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเขา และแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นเสีย อาจทำได้โดยใช้เทคนิคการสนทนาที่สะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ใน ปัญหาของเขา เช่น “จากที่คุณเล่ามาแสดงว่า คุณควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ คุณคิดว่าอย่างไรคะ” “คุณต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไหมคะ” และ “คุณคิดว่าจะทำอย่างไรคะ”

4) ประเมินระดับความวิตกกังวลทั้งของพยาบาล และผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก พยาบาลมัก กังวลว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ไม่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่สามารถจับประเด็นในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า ส่วนผู้ป่วยก็กังวลว่า ตนเองคงอาการแย่ ป่วยหนัก หรือกลัวว่าพยาบาลจะมาล้างความลับ พยาบาลต้อง ประเมินความวิตกกังวลเหล่านี้ และหาทางลดความวิตกกังวลให้ได้ในระยะนี้ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ ถามในสิ่งที่วิตกกังวล หรือการใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่ เป็นต้น

5) ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยคาดหวังอะไรจากการมีสัมพันธภาพกับ พยาบาล และทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังและพยาบาลให้กับเขาไม่ได้ เช่น พยาบาลอาจถามผู้ป่วยว่า ในการสนทนากับพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยคาดหวังอะไรจากพยาบาลบ้าง

6) ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสิ่งที่เป็นจุดแข็งให้เด่นมากขึ้น และ พัฒนาจุดอ่อนให้แข็งแรงขึ้น อันจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจของผู้ป่วย อาจทำได้โดยใช้คำถามง่ายๆ เช่น “สิ่งที่คุณรู้สึกภาคภูมิใจที่สุดในตนเองคืออะไร” หรือ “สิ่งที่คุณรู้สึกแย่ที่สุดในตนเองคืออะไร”

7) บอกนัดวัน เวลา ที่ผู้ป่วยและพยาบาลจะพบกัน โดยที่ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกัน โดย ควรเลือกเวลาที่ทั้งสองฝ่ายว่างจากการทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อไม่ให้ถูกรบกวน และถูกขัดจังหวะ เช่น พยาบาล ตกลงกับผู้ผู้ป่วยว่าจะคุยกับผู้ผู้ป่วยสัปดาห์ละสองครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. ครั้งละ ประมาณ 45-60 นาที

8) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัด เช่น กำหนดสถานที่ที่จะพบผู้ป่วย พยาบาลควร เลือกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เพราะจะทำให้ไม่มีสมาธิในการสนทนาทั้งสองฝ่าย

4.6.2 ระยะเวลาแก้ไขปัญหา (working phase) เป็นระยะสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะเปิดเผยตัวเอง มาก ขึ้น บอกความรู้สึกที่แท้จริง นำปัญหามาปรึกษาพยาบาล รักษาเวลาที่นัดหมาย ถ้าผู้ป่วยมาไม่ตรงเวลานัด หมายก็จะขอโทษ ส่วนพยาบาลก็จะรู้จักผู้ป่วย เข้าใจปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น โดยแนวทาง ปฏิบัติสำหรับพยาบาลมีดังนี้

1) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก และปัญหาของผู้ป่วย โดย พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ ติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่เขาเล่า ประเมินจุดอ่อนและ จุดแข็งของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสิ่งที่เป็นจุดแข็งให้เด่นมากขึ้น และพัฒนาจุดอ่อนให้แข็งแรงขึ้น อันจะนำมาซึ่ง ความภาคภูมิใจของผู้ป่วย อาจทำได้โดยใช้คำถามง่ายๆ เช่น “สิ่งที่คุณรู้สึกภาคภูมิใจที่สุดในตนเองคืออะไร” หรือ “สิ่งที่คุณรู้สึกแย่ที่สุดในตนเองคืออะไร”

2) ประเมินปัญหาของผู้ป่วย พิจารณาว่าปัญหาของผู้ป่วยอยู่ตรงไหน ปัญหาใดเป็นปัญหา สำคัญเป็นปัญหาเร่งด่วน ปัญหาใดรองลงไป และปัญหาใดได้แก้ไขไปแล้ว

3) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาของเขาด้วยตัวเอง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ใช้เทคนิคการสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา พร้อมกับเสนอแนวทางให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกตัดสินใจที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง

4) เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง รู้จักเลือกใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ออกมาในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดี เพราะในบางครั้งผู้ป่วยต้องการเพียงคนที่รับฟังเขาด้วยความเข้าใจ เห็นใจ เท่านั้น

5) เตรียมผู้ป่วยสำหรับการยุติสัมพันธภาพในกรณีที่พยาบาลจะต้องย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น โดยการบอกถึงว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง มีปัญหาใดที่ค้างค้ำอยู่บ้าง

6) ประเมินผลหลังจากที่พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไปแล้ว

4.6.3 ระยะเวลายุติสัมพันธภาพ (terminating phase) เป็นระยะสุดท้ายของการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลไม่จำเป็นจะต้องพบผู้ป่วยเป็นพิเศษ แต่อาจพบผู้ป่วยในกิจกรรมปกติทั่วๆ ไป สัมพันธภาพระยะนี้จะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้แล้ว ช่วยเหลือตนเองได้แล้ว หรือผู้ป่วยกลับบ้าน ย้ายตึก หรือย้ายโรงพยาบาล ส่วนด้านพยาบาล อาจเนื่องจากพยาบาลย้ายโรงพยาบาล ย้ายตึก หรือเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลมีดังนี้

1) วางแผนการยุติสัมพันธภาพโดยพยาบาลบอกเวลาการยุติสัมพันธภาพเมื่อแรกเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และบอกเตือนผู้ป่วยเป็นระยะๆ

2) ทบทวนถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหที่พยาบาลและผู้ป่วยได้ร่วมมือกันมา ปัญหาที่ได้แก้ไขไปแล้ว และปัญหาที่ยังคงค้างค้ำอยู่อีก

3) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลช่วยวางแผนการเตรียมตัวกลับบ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด การปรับตัวและการใช้ชีวิตในสังคม แหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล ฝ้ายกาย การสังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนการเตรียมครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตอยู่

4) พยาบาลควรทำความเข้าใจกับปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้น จากการยุติสัมพันธภาพ เพราะผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง สูญเสีย เศร้าใจ เสียใจ ผู้ป่วยจะแสดงปฏิกิริยา เช่น ไม่ยอมรับการยุติสัมพันธภาพ โกรธ ไม่เป็นมิตร มีพฤติกรรมถดถอย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลควรได้มีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในวันแรก โดยบอกถึงระยะเวลาที่จะมาพูดคุยกับผู้ป่วยว่าเป็นเวลานานเท่าใด เช่น “ดิฉันจะมาพบคุณเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทุกวันพุธ พุธหีบตี และวันศุกร์” และบอกให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ ว่าเราจะต้องยุติสัมพันธภาพวันไหน เหลือเวลาอีกเท่าไร เพื่อสังเกตปฏิกิริยาโต้ตอบของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยมีปฏิกิริยาที่เกิดจากการยุติสัมพันธภาพดังกล่าวข้างต้น พยาบาลควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า เขาจะต้องได้รับความช่วยเหลือหากมีความจำเป็น และควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัดการช่วยเหลือตนเอง พร้อมกับสอนให้เขาเข้าใจว่าการพลัดพรากจากกันเป็นเรื่องธรรมดา

5) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่พยาบาลยุติการสร้างสัมพันธภาพกับเขา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกเหมือนขาดที่พึ่ง เพราะที่ผ่านมาผู้ป่วยมีพยาบาลดูแลตลอด พยาบาลควรชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขาสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมี



ศักยภาพที่จะดูแลตนเองได้แล้ว และเมื่อกลับไปอยู่บ้านเขาก็ยังมีครอบครัวชุมชนที่พร้อมจะให้ความดูแลช่วยเหลือเขาด้วยความเต็มใจ การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ถือเป็นสิ่งสำคัญในการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจะต้องเตรียมความรู้และเตรียมจิตใจของตนเองให้พร้อมก่อนที่จะสนทนากับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะจุดมุ่งหมาย หลักปฏิบัติพื้นฐาน ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด และแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในแต่ละระยะ เพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะ และแต่ละบุคคล

#### 4.7 บทบาทของพยาบาลในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

บทบาทของพยาบาลภายในสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการนั้น จะสะท้อนให้เห็นบทบาทที่หลากหลาย เช่น บทบาทของการเป็นครู ผู้ให้คำปรึกษา ผู้นำ และผู้ช่วยเหลือหรือเป็นตัวแทน เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะแสดงออกมาได้ขึ้นอยู่กับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทดังกล่าวเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงอยู่ในสังคมของพวกเขาได้อย่างมีความสุข

#### 4.8 จริยธรรมเชิงสัมพันธ์ภาพ

มีการศึกษาหนึ่งที่ค้นพบว่าในช่วงของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการนั้น จะมีจริยธรรมประเภทหนึ่งเกิดขึ้น และจริยธรรมนั้นถูกเรียกว่า จริยธรรมเชิงสัมพันธ์ภาพ (Relational ethics) ซึ่งเป็นจริยธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Austin, Bergum & Dossetor, 2003) จริยธรรมเชิงสัมพันธ์ภาพนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญคือ ความเคารพซึ่งกันและกัน (Mutual respect) ความเข้าถึงกัน (Engagement) การคำนึงถึงอารมณ์ และความรู้สึก (Embodiment) และการพึ่งพาสสิ่งแวดล้อม (Environment) องค์ประกอบดังกล่าวไม่ใช่สิ้นสุดหรือมีเพียงเท่านั้น ในการศึกษาต่อๆ ไปอาจพบองค์ประกอบดังกล่าวหรืออาจพบองค์ประกอบใหม่ได้ จริยธรรมเชิงสัมพันธ์ภาพ เป็นความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล นับได้ว่าเป็นแนวคิดหรือหลักการหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนของผู้บริการได้อย่างเหมาะสม จุดมุ่งหมายหลักของแนวคิดนี้ คือ ต้องการให้พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพมีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยพื้นฐานของจริยธรรม (Bergum & Dossetor, 2003)

### 5. โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่สำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) ตามแนวคิดของ Peplau (1991) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al. (1989) ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมการทำหน้าที่จะมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมหรือมีการแสดงออกที่เป็นการจัดการกับตนเองอย่างอิสระ เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายนอกได้ (Rosen et al., 1989) ขณะเดียวกันแนวคิดสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง โดยพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทจะมีการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดปัญหาและ เป้าหมายในการ

แก้ไขปัญหาก็สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในตนเองทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและพัฒนาทักษะที่จำเป็น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเรียนรู้ พัฒนาการและการเจริญเติบโตในทางที่ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Peplau, 1991) โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

สัมพันธ์ภาพบำบัด เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไข ปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้ง การใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการทำสัมพันธ์ภาพบำบัด สัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานก่อให้เกิด การสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา

#### ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ

ระยะระบุปัญหาเป็น ระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหา หรือให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน การดำเนินการในระยะนี้ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย จะต้องทำความเข้าใจกันทั้งการรับรู้ และความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีตทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย อาจมีผลต่อการคาดหวังซึ่งกันและกันในกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการดูแลสุขภาพ ระยะนี้การรับรู้และความคาดหวังจะซับซ้อนกว่าระยะเริ่มต้น ต้องให้ความช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงมากขึ้น สัมพันธ์ภาพจะแนบแน่นและมั่นคงมากขึ้นการพยาบาลตลอดระยะระบุปัญหานี้ ผู้ป่วยจะต้องเริ่มยอมรับกับปัญหา และรู้สึกว่าเขาเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้ ความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดหวังลดลง และรู้สึกว่าเขาเองเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือตนเองได้

#### ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่

เมื่อผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาและค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้แล้วจากในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งเป็นการแก้ไขค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย และวางแนวทางการแก้ไขปัญหา ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพตนเองและการมองหาบุคคลที่จะคอยให้การช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท องค์ประกอบของการทำหน้าที่ในด้านแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านกรมีความรับผิดชอบ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างเหมาะสม รวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาหรือสิ่งท้าทายอื่นๆ ด้วยความมั่นใจและสามารถเลือกวิธีการที่ทำให้ชีวิตมีความสุขได้

#### ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธ์ภาพและประเมินผล

ระยะสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพเป็นระยะสุดท้ายของการทำกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีการซักถามและอภิปรายผลร่วมกันในสิ่งที่ได้รับทุกอย่างจากการทำกิจกรรม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และความสำเร็จหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1-8 นำไปปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวัน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มในจำนวนที่เท่ากันคือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดและเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดและเพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน กิจกรรมในการทดลอง ประกอบด้วย การผ่อนคลาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางร่างกาย การบริหารเงินและเวลา การสื่อสาร และการเผชิญการรับรู้ตราบาป ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กฤษณ์ชลี เพียรทอง (2547) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้บริการ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน ผลการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้บริการ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พิศมร เดชดวง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อด้านสุขภาพกับสุขภาวะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 130 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ส่วนในเรื่องการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Control Group Design) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	Pretest		Posttest
กลุ่มทดลอง	O1	x	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- โดย x = โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- O1 = คะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Pretest)
- O2 = คะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Posttest)
- O3, O4 = คะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

1. ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล
2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ในการวิจัยนี้มีวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี กรุงเทพมหานคร โดยจะทำการทดลองที่ห้องประชุมชั้น 5 แผนกผู้ป่วยนอกที่มีความเป็นส่วนตัว ปลอดภัย และสะดวกในการทำกลุ่มและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จะคัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10 ภายในระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ โดยพิจารณาจากการที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
4. สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมกิจกรรม หรือเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพ
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีความผิดปกติของสมอง
3. ผู้ป่วยจิตเภทถอนตัวออกจากการวิจัย

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha = 0.05$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 18 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด จำนวน 40 คน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ (Matched-pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากพบว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สภาวะในระดับที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอจะมีสภาวะที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (พิศมร เดชดวง, 2545)
2. อายุ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า จะยังมีการรับรู้สภาวะที่แตกต่างกันจากผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่าได้ (พิศมร เดชดวง, 2545)

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่โครงร่างการวิจัย ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เมื่อพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างนั้นในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และผู้วิจัยได้ให้คำอธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้วิจัย กระบวนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เพื่อให้การทดลองดำเนินไปด้วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุและรายได้ของผู้ป่วย (พิศมร เดชดวง, 2545) เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สองตัวแปรนี้ในการจับคู่ (Matched- pair) จากคุณลักษณะดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวนทั้งหมด 20 คู่

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับสลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามอายุและรายได้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยจิตเวช คู่ที่	อายุ (ปี)		ความเพียงพอของรายได้	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	41-50	41-50	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
2	31-40	31-40	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
3	41-50	41-50	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
4	51-59	51-59	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
5	51-59	51-59	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
6	21-30	21-30	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
7	41-50	41-50	เพียงพอ เหลือเก็บ	เพียงพอ เหลือเก็บ
8	31-40	31-40	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
9	31-40	31-40	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
10	41-50	41-50	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
11	41-50	41-50	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
12	31-40	31-40	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
13	51-59	51-59	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
14	31-40	31-40	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
15	31-40	31-40	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
16	31-40	31-40	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
17	51-59	51-59	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
18	41-50	41-50	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ
19	41-50	41-50	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย	ไม่เพียงพอ ใช้จ่าย
20	31-40	31-40	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	ไม่เพียงพอ เหลือเก็บ

5. จากนั้นผู้วิจัย นัดผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนเท่าๆ กัน และดำเนินการทดลองจนครบกระบวนการของการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al., (1989) และแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปเปลาว (1991)
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Rosen et al., 1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547)

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อบำบัดของ Peplau (1991) และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยของ Rosen et al. (1989) โดยขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1991) และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยของ Rosen et al. (1989) และศึกษาแนวคิดและศาสตร์ทางการแพทย์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยนำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ของ Peplau (1991) และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยของ Rosen et al. (1989) ร่วมกับการพิจารณาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลักๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจและการปฐมนิเทศ การกำหนดปัญหาและเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาและฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และสิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 30-45 นาที โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มี เป้าหมายเพื่อจัดกระทำกับสาเหตุหลักๆของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง 9 กิจกรรม ครั้งละ 2-3 กิจกรรม และใช้เวลา กิจกรรมละ 30-45 นาที หรือ 2 สัปดาห์/1 ครั้งติดต่อกันนาน 4-5 สัปดาห์

1.3 จัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรกดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท  
 กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม  
 ระยะเวลา 30 นาที

#### สาระสำคัญ

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไข ปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก่ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัว ดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้ง การใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการทำสัมพันธภาพบำบัด สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานก่อให้เกิด การสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ระยะเวลา 30 นาที

#### สาระสำคัญ

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งแตกต่างจากคนปกติทั่วไป บุคคลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักประสบกับปัญหาต่างๆมากมาย และทุกข์ทรมานจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น สาเหตุสำคัญของโรคจิตเภททั้งที่ไม่ทราบแน่ชัดและสาเหตุกระตุ้นต่างๆ ส่วนอาการของโรคจิตเภทนั้น ประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ การบำบัดรักษาโรคจิตเภท มีหลากหลายวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยนิเวศบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ

กิจกรรมที่ 3 กำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหา และกำหนดความต้องการ  
 ระยะเวลา 40 นาที

#### สาระสำคัญ

ระยะระบุปัญหาเป็น ระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหา หรือให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน การดำเนินการในระยะนี้ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย จะต้องทำความเข้าใจกันทั้งการรับรู้ และความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีตทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย อาจมีผลต่อการคาดหวังซึ่งกันและกันในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และการดูแลสุขภาพ ระยะนี้การรับรู้และความคาดหวังจะซับซ้อนกว่าระยะเริ่มต้น ต้องให้ความช่วยเหลือ เฉพาะเจาะจงมากขึ้น สัมพันธภาพจะแนบแน่นและมั่นคงมากขึ้นการพยาบาลตลอดระยะระบุปัญหานี้ ผู้ป่วย จะต้องเริ่มยอมรับกับปัญหา และรู้สึกว่าเขาเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้ ความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดหวังลดลง และรู้สึกว่าเขาเองเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่

กิจกรรมที่ 4 การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

เมื่อสามารถระบุปัญหาและค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้แล้วจากในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งเป็นการแก้ไขค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย และวางแนวทางการแก้ไขปัญหา ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพตนเองและการมองหาบุคคลที่จะคอยให้การช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท องค์ประกอบของการทำหน้าที่ในด้านแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีความรับผิดชอบ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างเหมาะสม รวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาหรือสิ่งท้าทายอื่นๆด้วยความมั่นใจและสามารถเลือกวิธีการที่ทำให้ชีวิตมีความสุขได้

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงเกิดจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาด ในปริมาณที่เหมาะสม ครบถ้วน เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย อากาศที่บริสุทธิ์ การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกายที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว”

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการควบคุมตนเองทั้งเรื่องการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อประสบกับเหตุการณ์เครียดได้ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สังคมไม่ยอมรับได้ เช่น ไม่นอน เดินไปมาเรื่อยเปื่อย เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ และขโมยของคนอื่น เป็นต้น อันจะนำไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นได้

### กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 45 นาที

#### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการวางแผนการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตใน สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### กิจกรรมที่ 8 ฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ

ระยะเวลา 45 นาที

#### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกรู้ถูก แยกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วยการพูดหรือสื่อสารในทางบวก และหลีกเลี่ยงการพูดหรือสื่อสารทาง การฝึกทักษะเรื่องการบริหารเวลา ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่สะท้อนให้เห็นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักขาดความตระหนักและไม่สามารถวางแผนหรือจัดการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินชีวิตประจำวันควรมีกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว กิจกรรมด้านการทำงาน อาชีพ การกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และ จัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล

กิจกรรมที่ 9 ทบทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำกิจกรรมในภาพรวม และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 60 นาที

#### สาระสำคัญ

ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะสุดท้ายของการทำกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีการซักถามและอภิปรายผลร่วมกันในสิ่งที่ได้รับทุกอย่างจากการทำกิจกรรม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และความสำเร็จ หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1-9 ไปปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวัน

### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมในการวิจัยนี้ เป็นการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยจะนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย แผนกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และ คู่มือโรคจิตเภทและการส่งเสริมสุขภาพะผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม โดยให้ปรับลดระยะเวลาให้สั้นลงแต่ยังคงให้เนื้อหาที่มีความเข้มข้น และให้ปรับคำที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมให้ฟังเข้าใจง่าย และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยให้มากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 กลุ่ม เป็นผู้ป่วย 3 คน ที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้จริง ซึ่งการทดลองใช้โปรแกรมนั้นไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทดลองไปได้ด้วยดีทุกกิจกรรม

#### 1. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Rosen et al., 1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรรวรรณ วรรณชาติ (2550) และหลังจากนั้น บุชกล ศุภอักษร (2553) ได้นำมาปรับใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 39 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท แต่ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะประยุกต์แบบวัดทักษะชีวิตทั้ง 39 นี้ในการประเมินทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสะท้อนให้เห็นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านการติดต่อกับสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าความน่าเชื่อถือ .93

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ	ได้ 1 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย	ได้ 2 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
มีความสามารถในการปฏิบัติมาก	ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบบทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Rosen et al., 1989) ในการวิจัยนี้การคิดคะแนนจะใช้คะแนนรวม โดยการนำคะแนนมารวมกันในทุกข้อ และคะแนนรวมของแบบวัดจะอยู่ในช่วง 39-156 คะแนน การแปลผล จะนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาเทียบเคียงกับค่ามาตรฐาน ทั้งนี้จุดตัดหรือค่ามาตรฐาน เท่ากับ 120 ซึ่งหมายถึง หากคะแนนรวมของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า นั้นหมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีการทำหน้าที่ได้ในระดับที่สูง และหากคะแนนรวมของผู้ป่วยจิตเภตน้อยกว่า หมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีการทำหน้าที่ได้ในระดับต่ำ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในแบบประเมินนี้เป็นการให้คะแนนความคิดเห็น โดยแบ่งเป็นระดับ (Rating scale) 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ได้จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในการวิจัยนี้ เท่ากับ 1

ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้แบบวัดนั้นมีความสมบูรณ์ และให้ความเข้าใจง่ายขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ซึ่งค่าที่ได้ คือ .92

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

#### 3.2 แบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบวัดสุขภาพของ กุณฑ์ชลิ เพียรทอง (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาพของพิศมร เดชดวง (2545) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาพของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิด การดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2544) ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 แบบวัดสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 65 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพทางกาย จำนวน 26 ข้อ 2) สุขภาพทางจิต จำนวน 13 ข้อ 3) สุขภาพทางสังคม จำนวน 13 ข้อ และ 4) สุขภาพทางจิตวิญญาณ จำนวน 13 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 60 ข้อ และข้อคำถามทางลบ อีก 5 ข้อ คือ ข้อ 11 12 13 15 และ 20

ลักษณะแบบวัดเป็นการเลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
เป็นประจำ	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นตลอด หรือเกือบตลอดเวลา	5	1
บ่อยครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นบ่อย	4	2
บางครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นนานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคย	ท่านไม่เคยท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนน จะคิดคะแนนเป็นรายด้านและโดยรวม

การแปลผลคะแนน แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยนี้จะใช้ค่าคะแนนรวมในการแบ่งระดับสุขภาวะ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	273 - 325	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดีมาก
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	221 - 272	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดี
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	169 - 220	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับปานกลาง
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	117 - 168	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับพอใช้
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	65 - 116	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับไม่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์เพื่อให้มีความเข้าใจง่ายและชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ซึ่งค่าที่ได้ คือ .87

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือหลังจากนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ก่อนและหลังการทดลอง) เพื่อดูค่าความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้ง โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบรากแอลฟา

เครื่องมือ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
สุขภาวะทางกาย	0.929	0.850
สุขภาวะทางจิต	0.910	0.930
สุขภาวะทางสังคม	0.901	0.935
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	0.885	0.930
การทำหน้าที่ (แบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท)	-	0.946

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบรากแอลฟาของแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความเที่ยงของเครื่องมือก่อนทดลองมีค่าอยู่ระหว่าง 0.885 – 0.929 และความเที่ยงของเครื่องมือหลังการทดลองมีค่าอยู่ระหว่าง 0.850 – 0.935 ในขณะที่เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของคนไข้หรือแบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.946 ซึ่งหมายความว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับดีมาก และบ่งชี้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานั้นเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมในการศึกษา

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมการที่ดีโดยมีรายละเอียดของการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความรู้ในเชิงทฤษฎีและทักษะต่างๆเป็นสิ่งสำคัญของผู้วิจัยทุกคน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และฝึกทักษะการทำหน้าที่แก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านทบทวนหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

#### 1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเตรียมการในการไปประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี พร้อมสรุปโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงอีกครั้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

และเก็บรวบรวมข้อมูล มีการแจ้ง วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่างๆอย่างชัดเจนตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนจบการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเห็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะนัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมาเข้ากลุ่มกิจกรรม ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แผนกผู้ป่วยนอก และนัดหมายกับกลุ่มควบคุมตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเองในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.4.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาและการฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้านเป็นรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 5 ครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม ทำไปจนครบ 9 กิจกรรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ดังนี้



ตารางที่ 3 แสดงการดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัด

กิจกรรม	วัน/เวลาการดำเนินการทดลอง	
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2
กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม	21 ก.พ. 57	27 ก.พ. 57
กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท	21 ก.พ. 57	27 ก.พ. 57
กิจกรรมที่ 3 กำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหา และกำหนดความต้องการ	7 มี.ค. 57	13 มี.ค. 57
กิจกรรมที่ 4 การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย	7 มี.ค. 57	13 มี.ค. 57
กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง	21 มี.ค. 57	27 มี.ค. 57
กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	21 มี.ค. 57	27 มี.ค. 57
กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	4 เม.ย. 57	10 เม.ย. 57
กิจกรรมที่ 8 ฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ	4 เม.ย. 57	10 เม.ย. 57
กิจกรรมที่ 9 บทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำกิจกรรมในภาพรวม และสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ	18 เม.ย. 57	24 เม.ย. 57

### 3. ระยะกักกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกักกับการทดลองในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 1 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบวัดทักษะชีวิต ซึ่งการที่ผู้วิจัยทำการกักกับการทดลอง ภายหลังจาก สิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในการดำเนินชีวิต มากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การรับรู้สุขภาวะของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยแสดงรายละเอียดของคะแนนที่ได้รับจากการ กักกับการทดลอง ในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และคะแนนการการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล

ผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนการทำหน้าที่	ระดับ
1	89	ต่ำ
2	100	ต่ำ
3	145	สูง
4	113	ต่ำ
5	126	สูง
6	139	สูง
7	115	ต่ำ
8	135	สูง
9	141	สูง
10	132	สูง
11	117	ต่ำ
12	142	สูง
13	90	ต่ำ
14	133	สูง
15	155	สูง
16	138	สูง
17	139	สูง
18	139	สูง
19	140	สูง
20	137	สูง
ค่าเฉลี่ย	128.25	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดเท่ากับ 128.25 คะแนน และเมื่อพิจารณาถึง คะแนนการทำหน้าที่ของคนไข้ในรายบุคคลพบว่า มีคนไข้ที่ทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี (การทำหน้าที่สูง) ถึงร้อยละ

70 (จำนวน 14 คน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด นั้นช่วยสนับสนุนให้คนไข้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีทักษะที่จำเป็นในการเข้าดำเนินชีวิตในสังคม ปกติได้

#### 4. ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากดำเนินกิจกรรมที่ 9 เสร็จสิ้น แล้ว 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมุ่งให้กลุ่มตัวอย่างได้รับสิทธิในเรื่องต่างๆที่ควรจะได้ขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงสร้างการวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พร้อมทั้งเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยากรณ์ ดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้กระบวนการของการวิจัย รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนมีความเข้าใจในทุกประเด็นหรือทุกกระบวนการของการวิจัย และจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับอื่นๆเพิ่มเติมในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีข้อคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และผู้วิจัยจะ เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเสมอว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด รวมทั้งชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ และผลงานวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้คำตอบคำถามตามแบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงการขอบคุณที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 เมื่อครบกำหนด คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงการขอบคุณที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในกรณีที่ค่าเฉลี่ยสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis Of Co-Variance: ANCOVA) และวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size:  $\delta$ ) เพื่อพิจารณาประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความเปลี่ยนแปลงโดยใช้สูตรของ Cohen (1988) โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$\delta = \frac{M_1 - M_2}{SD_{pooled}}$$

$$SD_{pooled} = \sqrt{\frac{(SD_1^2 + SD_2^2)}{2}}$$

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดสุขภาวะกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสามารถสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 40 คน ที่มีคุณลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ โดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (N=40) จำนวน (ร้อยละ)	$\chi^2$	p
เพศ				0.11 (1)	0.736
ชาย	13 (65)	14 (70)	27 (67.5)		
หญิง	7 (35)	6 (30)	13 (32.5)		
อายุ				0.13 (2)	0.939
ต่ำกว่า 40 ปี	9 (45)	8 (40)	17 (42.5)		
41 - 50 ปี	7 (35)	8 (40)	15 (37.5)		
51 ปีขึ้นไป	4 (20)	4 (20)	8 (20)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				1.64 (3)	0.651
5 - 6 ปี	9 (45)	6 (30)	15 (37.5)		
7 - 8 ปี	3 (15)	2 (10)	5 (12.5)		
8 - 9 ปี	3 (15)	4 (20)	7 (17.5)		
10 ปีขึ้นไป	5 (25)	8 (40)	13 (32.5)		
สถานภาพสมรส				2.34 (3)	0.506
คู่	7 (35)	10 (50)	17 (42.5)		
โสด	11 (55)	8 (40)	19 (47.5)		
หม้าย หย่าร้าง	1 (5)	2 (10)	3 (7.5)		
แยกกันอยู่	1 (5)	0 (0)	1 (2.5)		
ระดับการศึกษา				6.24 (3)	0.101
ประถมศึกษา	3 (15)	10 (50)	13 (32.5)		
มัธยมศึกษา	11 (55)	6 (30)	17 (42.5)		
อนุปริญญา	3 (15)	1 (5)	4 (10)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3 (15)	3 (15)	6 (15)		

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม	$\chi^2$	p
	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)	(N=40) จำนวน (ร้อยละ)		
ความพอเพียงของรายได้				0.39	0.824
เพียงพอเหลือเก็บ	2 (10)	1 (5)	3 (7.5)	(2)	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	9 (45)	10 (50)	19 (47.5)		
ไม่เพียงพอ	9 (45)	9 (45)	18 (45)		

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.5) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีสัดส่วนของเพศที่ใกล้เคียงกันคือ มีผู้ป่วยจิตเภทเพศชายถึงร้อยละ 65 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70 ทั้งนี้เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่าเพศในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(1)} = 0.11$ ,  $p = 0.736$ )

และเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สัดส่วนของคนไข้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และกลุ่มอายุ 41-50 ปีใกล้เคียงกันคือร้อยละ 42.5 และ 37.5 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความแตกต่างของกลุ่มอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าสัดส่วนใกล้เคียงกัน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่ากลุ่มอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(2)} = 0.13$ ,  $p = 0.939$ )

สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้สองกลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 5 - 6 ปี ซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ 37.5 ส่วนอีกกลุ่มคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไปซึ่งมีถึงร้อยละ 32.5 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนของระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีความใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(3)} = 1.64$ ,  $p = 0.651$ )

เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพสมรสพบว่าผู้ป่วยนั้นเป็นโสดสูงที่สุด (ร้อยละ 47.5) และมีสถานภาพสมรสใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 42.5) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนของสถานภาพสมรสของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างเพียงเล็กน้อย และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(3)} = 2.34$ ,  $p = 0.506$ )

สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยนั้นจบในระดับมัธยมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาซึ่งคิดเป็นร้อยละ 32.5 ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าสูงถึงร้อยละ 75 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนของระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีความใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(3)} = 6.24, p = 0.101$ )

และเมื่อพิจารณาถึงความพอใจของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนั้นแบ่งเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ มีรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.5) และรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนของความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีความใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2_{(2)} = 0.39, p = 0.824$ )

โดยสรุป ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอายุแบ่งเป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 40 ปี และ กลุ่มอายุ 41-50 ปี โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแบ่งเป็นสองกลุ่มเช่นกัน คือ กลุ่มที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี และ 5-6 ปี รวมทั้งมีความใกล้เคียงกันระหว่างสถานภาพโสดและสมรส ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าถึงร้อยละ 75 และเมื่อพิจารณาถึงความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอใกล้เคียงกับมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบด้วยสถิติ  $\chi^2$  พบว่าไม่มีความแตกต่างของคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มดังกล่าว

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สาระสำคัญของตอนที่ 2 นี้ ผู้วิจัยพิจารณาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ขั้นตอนของการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ประกอบด้วย การพิจารณาถึงความเท่าเทียมของระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเด็นถัดมาคือผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยจำแนกตามองค์ประกอบย่อยของสุขภาวะ นอกจากนั้นในการพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแล้วผู้วิจัยนำเสนอสถิติอีกประเภทคือ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งช่วยพิจารณาถึงระดับของประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งเป็นแนวคิดในการวัดความมีนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical significant) ของโปรแกรมโดยผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ประเด็นที่หนึ่งการพิจารณาถึงความเท่าเทียมของระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งในการเปรียบเทียบดังกล่าวนั้นผลการเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น ควรจะมีระดับคะแนนค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติทดสอบที และค่าขนาดอิทธิพล ทั้ง 5 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวม โดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6 ดังนี้



ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าขนาดอิทธิพล ( $\delta$ ) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t (df)	p	$\delta$
	Mean	SD	Mean	SD			
1. สุขภาวะทางกาย	78.25	5.40	98.00	13.53	-6.06** (24.9)	<0.000	1.92
2. สุขภาวะทางจิต	39.95	2.82	45.50	12.54	-1.93 (20.91)	0.067	0.61
3. สุขภาวะทางสังคม	36.55	4.11	42.60	12.53	-2.05 (23.04)	0.052	0.65
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	41.70	3.99	43.60	11.72	-0.69 (23.34)	0.499	0.22
5. สุขภาพโดยรวม	196.45	12.17	229.70	46.86	-3.07** (21.55)	0.006	0.97

จากตารางที่ 6 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 78.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.40) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาวะทางกายเฉลี่ย 98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.53) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า สุขภาวะทางกายในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.92 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะทางกายเป็นอย่างมาก (Large effect size)

การเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิต พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 39.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาวะทางจิตเฉลี่ย 45.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.54) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า สุขภาวะทางจิตในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.067$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.61 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง (Medium effect size)

และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาวะทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 36.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.11) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาวะทางสังคมเฉลี่ย 42.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.53) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า สุขภาวะทางสังคมในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.052$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.65 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะทางสังคมในระดับปานกลาง (Medium effect size)

และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 41.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเล็กน้อยที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณเฉลี่ย 43.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.72) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมพบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.499$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.22 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ (small effect size)

และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 196 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.17) หมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองนั้นมีสุขภาวะระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาวะทางกายเฉลี่ย 229.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 46.86) หมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีสุขภาวะระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.006$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.97 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะเป็นอย่างมาก (Large effect size)

โดยสรุปแล้วพบว่าระดับของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้นมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นของสุขภาวะทางกายและในภาพรวมที่มีความแตกต่างเป็นอย่างมาก (Large effect size) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าสุขภาวะทางจิตและทางสังคมจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้นมีเพียง 40 และมีอำนาจในการทดสอบต่ำจึงไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Medium effect size) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าคนไข้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงควบคุมความแปรปรวนดังกล่าวด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้ระดับของสุขภาวะก่อนได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7 ต่อไปนี้

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ สุขภาวะทางกายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม	สุขภาวะทางกาย				SD	
	n	M	Adj. M			
กลุ่มทดลอง	20	109.95	115.28		10.35	
กลุ่มควบคุม	20	107.60	102.27		13.75	
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
สุขภาวะทางกายก่อน	1173.031	1	1173.03	9.74**	0.003	0.21
ชนิดของโปรแกรม	859.235	1	859.23	7.14*	0.011	0.16
ความคลาดเคลื่อน	4454.719	37	120.40			

หมายเหตุ  $R^2 = .216$  ,  $Adj. R^2 = .174$  , \*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 109.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.35) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 107.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.75) และเมื่อทำการปรับแก้คะแนนสุขภาวะทางกายด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายที่ปรับแก้เท่ากับ 115.28 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายที่ปรับแก้ เท่ากับ 102.27 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะทางกายก่อนการทดลอง พบว่า สุขภาวะทางกายก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางกายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.003$ ) รวมทั้งชนิดของโปรแกรมนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.011$ ) หรือสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ ) เท่ากับ 0.16 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด มีประสิทธิผลในระดับปานกลาง (Medium effect size)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ สุขภาวะทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม	สุขภาวะทางจิต					
	n	M	Adj. M	SD		
กลุ่มทดลอง	20	56.40	58.30	6.64		
กลุ่มควบคุม	20	52.00	50.10	10.13		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
สุขภาวะทางจิตก่อน	1465.86	1.00	1465.86	41.06	0.000	0.53
ชนิดของโปรแกรม	611.15	1.00	611.15	17.12	0.000	0.32
ความคลาดเคลื่อน	1320.94	37.00	35.70			

หมายเหตุ  $R^2 = .557$ ,  $Adj. R^2 = .533$ , \*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 56.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.64) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.13) และเมื่อทำการปรับแก้คะแนนสุขภาวะทางจิตด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตที่ปรับแก้เท่ากับ 58.30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตที่ปรับแก้เท่ากับ 50.10 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตหลังการทดลองที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะทางจิตก่อนการทดลอง พบว่า สุขภาวะทางจิตก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งชนิดของโปรแกรมที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) หรือสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วย

จิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ ) เท่ากับ 0.32 ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิผลในระดับสูง (Large effect size)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ สุขภาวะทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม	สุขภาพวะทางสังคม					
	n	M	Adj. M	SD		
กลุ่มทดลอง	20	53.90	56.14	7.81		
กลุ่มควบคุม	20	48.45	46.21	12.05		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
สุขภาวะทางสังคมก่อน	1804.97	1.00	1804.97	31.59	0.000	0.46
ชนิดของโปรแกรม	886.05	1.00	886.05	15.51	0.000	0.30
ความคลาดเคลื่อน	2113.78	37.00	57.13			

หมายเหตุ  $R^2 = .499$ ,  $Adj. R^2 = .471$ , \*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 53.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.81) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.05) และเมื่อทำการปรับแก้คะแนนสุขภาวะทางสังคมด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมที่ปรับแก้เท่ากับ 56.14 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมที่ปรับแก้ เท่ากับ 50.10 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมหลังการทดลองที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะทางสังคมก่อนการทดลอง พบว่า สุขภาวะทางสังคมก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางสังคมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับชนิดของโปรแกรมที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) หรือสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ ) เท่ากับ 0.30 ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิผลในระดับสูง (Large effect size)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ  
 สุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ					
	n	M	Adj. M	SD		
กลุ่มทดลอง	20	57.00	57.62	6.97		
กลุ่มควบคุม	20	50.10	49.48	10.90		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
สุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อน	1232.04	1.00	1232.04	23.40	0.000	0.39
ชนิดของโปรแกรม	653.85	1.00	653.85	12.42	0.001	0.25
ความคลาดเคลื่อน	1947.76	37.00	52.64			

หมายเหตุ  $R^2 = .467$  ,  $Adj. R^2 = .438$  , \*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 57.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.97) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.90) และเมื่อทำการปรับแก้คะแนนสุขภาวะทางจิตวิญญาณด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ปรับแก้ เท่ากับ 57.62 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ปรับแก้ เท่ากับ 49.48 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังการทดลองที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองพบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับชนิดของโปรแกรมที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.001$ ) หรือสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังการทดลองที่ปรับแก้สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ ) เท่ากับ 0.25 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิผลในระดับค่อนข้างสูง (Large effect size)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ  
 สุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม	สุขภาวะโดยรวม					
	n	M	Adj. M	SD		
กลุ่มทดลอง	20	277.25	287.56	24.10		
กลุ่มควบคุม	20	258.15	247.84	40.53		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
สุขภาวะโดยรวมก่อน	17,141.16	1.00	17,141.16	25.27	0.000	0.41
ชนิดของโปรแกรม	12,644.00	1.00	12,644.00	18.64	0.000	0.34
ความคลาดเคลื่อน	25,099.14	37.00	678.36			

หมายเหตุ  $R^2 = .453$  , Adj.  $R^2 = .423$  , \*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 277.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.10) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 258.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 40.53) และเมื่อทำการปรับแก้คะแนนสุขภาวะโดยรวมด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมที่ปรับแก้เท่ากับ 287.56 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะในระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมที่ปรับแก้เท่ากับ 247.84 ซึ่งอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังการทดลองที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะโดยรวมก่อนการทดลองพบว่า สุขภาวะโดยรวมก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะโดยรวมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับชนิดของโปรแกรมที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) หรือสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะในภาพรวมหลังการทดลองที่ปรับแก้สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ ) เท่ากับ 0.34 ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิผลในระดับค่อนข้างสูง (Large effect size)

ตารางที่ 12 แสดงผลการประเมินประสิทธิผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับ  
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยค่าขนาดอิทธิพลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	ค่าขนาดอิทธิพล ( $\eta^2$ )	ความหมาย
1. สุขภาวะทางกาย	0.16	ปานกลาง
2. สุขภาวะทางจิต	0.32	สูง
3. สุขภาวะทางสังคม	0.30	สูง
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	0.25	ปานกลาง
5. สุขภาวะโดยรวม	0.34	สูง

จากตารางที่ 12 การประเมินประสิทธิผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จากผลการศึกษา พบว่า ก่อนให้โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ฯ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาวิเคราะห์ถึงระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองนั้นมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะสุขภาวะทางกาย และสุขภาวะโดยรวมที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสูง (Large effect size) เพื่อจัดอิทธิพลดังกล่าวผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมร่วม โดยใช้คะแนนสุขภาวะก่อนการให้โปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว ผลการวิเคราะห์สามารถยืนยันสมมติฐานได้เป็นอย่างดีว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีสุขภาวะดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สามารถช่วยเพิ่มสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ได้แก่ สุขภาวะโดยรวม ( $\eta^2=0.34$ ) สุขภาวะทางจิต ( $\eta^2=32$ ) และสุขภาวะทางสังคม ( $\eta^2= 0.30$ ) และสามารถเพิ่มสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระดับปานกลางคือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ( $\eta^2= 25$ ) และสุขภาวะทางกาย ( $\eta^2= 0.16$ ) จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีสุขภาวะได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนสภาพของตนและตอบสนองความต้องการของตนด้วยการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองได้อย่างอิสระ รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เพื่อประเมินความสามารถในการส่งเสริมการทำหน้าที่และสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภททั้งโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะ ก่อนได้รับการรักษาและภายหลังที่ได้รับการรักษาแล้วด้วยสถิติทดสอบที และค่าขนาดอิทธิพลเพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาดังกล่าวโดยผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะ และค่าขนาดอิทธิพล ( $\delta$ ) ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t (df)	p	$\delta$
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง							
1. สุขภาวะทางกาย	109.95	10.35	78.25	5.40	11.04 (19)	<0.001	3.84
2. สุขภาวะทางจิต	56.40	6.64	39.95	2.82	10.22 (19)	<0.001	3.22
3. สุขภาวะทางสังคม	53.90	7.81	36.55	4.11	8.17 (19)	<0.001	2.78
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	57.00	6.97	41.70	3.99	7.67 (19)	<0.001	2.69
5. สุขภาวะโดยรวม	277.25	24.10	196.45	12.17	11.68 (19)	<0.001	4.23
กลุ่มควบคุม							
1. สุขภาวะทางกาย	107.60	13.75	98.00	13.53	4.01 (19)	.0001	0.70
2. สุขภาวะทางจิต	52.00	10.13	45.50	12.54	4.97 (19)	<0.001	0.57
3. สุขภาวะทางสังคม	48.45	12.05	42.60	12.53	4.56 (19)	<0.001	0.48
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	50.10	10.9	43.60	11.72	4.51 (19)	<0.001	0.57
5. สุขภาวะโดยรวม	258.15	40.53	229.70	46.86	4.8 (19)	<0.001	0.65

จากตารางที่ 13 ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ก่อนได้รับโปรแกรมนั้นมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายเท่ากับ 78.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.40) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 109.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.35) โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.84 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสามารถเพิ่มสุขภาวะทางกายได้เป็นอย่างมาก (Large effect size)



สำหรับสุขภาวะทางจิตก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตเท่ากับ 39.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 56.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.64) โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.22 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตได้เป็นอย่างมาก (Large effect size)

สุขภาวะทางสังคมก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.11) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 53.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.81) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.78 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดสามารถเพิ่มสุขภาวะทางสังคมได้เป็นอย่างมาก (Large effect size)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 57.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.97) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.69 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้เป็นอย่างมาก (Large effect size)

และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาวะโดยรวม ก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 196.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.17) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 277.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.97) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 4.23 ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดสามารถเพิ่มสุขภาวะโดยรวมได้เป็นอย่างมาก (Large effect size)

สำหรับกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลตามปกติก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายเท่ากับ 98.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.53) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 107.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.75) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 ซึ่งหมายความว่า การดูแลตามปกติสามารถเพิ่มสุขภาวะทางกายได้ในระดับปานกลาง (Medium effect size)

สำหรับสุขภาวะทางจิตก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตเท่ากับ 45.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.54) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 52.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.13) โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.57 ซึ่งหมายความว่า การดูแลตามปกติสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง (Medium effect size)

สุขภาวะทางสังคมก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.53) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 48.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.05) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.48 ซึ่งหมายความว่า การดูแลตามปกติสามารถเพิ่มสุขภาวะทางสังคมได้ในระดับต่ำ (Small effect size)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.72) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 50.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.9) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.57 ซึ่งหมายความว่า การดูแลตามปกติสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้ปานกลาง (Medium effect size)

และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาวะโดยรวม ก่อนได้รับโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 229.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 46.86) ซึ่งอยู่ในระดับดี และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 258.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 40.53) ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.65 ซึ่งหมายความว่า การดูแลตามปกติสามารถเพิ่มสุขภาวะโดยรวมได้ปานกลาง (Medium effect size)

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษา ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมด้วยค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างมาตรฐาน ( $\delta$ ) และการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมฯ กับ การดูแลตามปกติ

ตัวแปร	ประสิทธิผลในการรักษา ( $\delta$ )		การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับการดูแลตามปกติ ( $\eta^2$ )
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
1. สุขภาวะทางกาย	0.70	3.84	0.16
2. สุขภาวะทางจิต	0.57	3.22	0.32
3. สุขภาวะทางสังคม	0.48	2.78	0.30
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	0.57	2.69	0.25
5. สุขภาวะโดยรวม	0.65	4.23	0.34

จากตารางที่ 14 โดยสรุปในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น ในการดูแลรักษาตามวิถีปกตินั้นจากผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มสุขภาวะได้ในระดับปานกลาง ยกเว้นสุขภาวะทางสังคมที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยเพิ่มสุขภาวะในด้านดังกล่าวในระดับต่ำ ในขณะที่เดียวกันผลการวิจัยได้ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรمدังกล่าวนั้นเป็นโปรแกรมที่ช่วยพัฒนาสุขภาวะของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมนั้นดีกว่าด้วยวิธีการดูแลตามปกติในระดับสูงในด้านสุขภาวะโดยรวม สุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางสังคม และมีประสิทธิผลดีกว่าในระดับปานกลางในด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางกาย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ซึ่งใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีรายละเอียดของการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีสภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีสภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (Population) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล
2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ในการวิจัยนี้มีวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al. (1989) และแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปพลาว (1991) ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรมใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ

กิจกรรมที่ 3 กำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหา และกำหนดความต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่

กิจกรรมที่ 4 การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 8 ฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล

กิจกรรมที่ 9 ทบทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำ

กิจกรรม ในภาพรวมและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรวรรณ วรรณชาติ (2550) และหลังจากนั้น บุชกล ศุภอักษร (2553) ได้นำมาปรับใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 39 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท แต่ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะประยุกต์แบบวัดทักษะชีวิตทั้ง 39 นี้ในการประเมินทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสะท้อนให้เห็นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านการติดต่อกับสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าความน่าเชื่อถือ .93 และผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงหลังจากนำไปทดลองใช้ มีค่าเท่ากับ .92

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.2 แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบวัดสุขภาวะของ กุณฑลลี เพียร์ทอง (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะของพิศมร เดชดวง (2545) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิด การดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2544) ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 แบบวัดสุขภาวะนี้ ประกอบด้วย 62 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาวะทางกาย จำนวน 26 ข้อ 2) สุขภาวะทางจิต จำนวน 11 ข้อ 3) สุขภาวะทางสังคม จำนวน 14 ข้อ และ 4) สุขภาวะทางจิตสังคม จำนวน 11 ข้อ ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ .87

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

- 1.1 การเตรียมความรู้ในเชิงทฤษฎีและทักษะต่างๆเป็นสิ่งสำคัญของผู้วิจัยทุกคน
- 1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย
- 1.3 ผู้วิจัยเตรียมประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งการสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาและการฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้านเป็นรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 5 ครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม ทำไปจนครบ 9 กิจกรรม จึงสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง

### 3. ระยะกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 1 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบวัดทักษะชีวิต ซึ่งการที่ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง ภายหลัง สิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การรับรู้สุขภาวะของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

#### 4. ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากดำเนินกิจกรรมที่ 9 เสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละเปรียบเทียบคะแนนสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบคะแนนสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในกรณีที่ค่าเฉลี่ยสภาวะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis Of Co-Variance: ANCOVA) และวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size:  $\delta$ ) เพื่อพิจารณาประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความเปลี่ยนแปลงโดยใช้สูตรของ Cohen (1988)

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.5) อายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และ กลุ่มอายุ 41-50 ปีใกล้เคียงกันคือร้อยละ 42.5 และ 37.5 ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้สองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 5 - 6 ปี ซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ 37.5 ส่วนอีกกลุ่มคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ขึ้นไปซึ่งมีถึงร้อยละ 32.5 สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสดสูงที่สุด (ร้อยละ 47.5) สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นจบในระดับมัธยมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาซึ่งคิดเป็นร้อยละ 32.5 และ ความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.5) และ รองลงมา คือ รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45)

2. คะแนนเฉลี่ยสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ สภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนสภาวะที่สูงขึ้นในทุกๆด้าน ได้แก่ สภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีสุขภาวะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3. คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคะแนนสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าคะแนนสุขภาวะหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้น แต่มีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลางเท่านั้น ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าการดูแลตามปกติ

**อภิปรายผลการวิจัย** ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหลังการทดลองสูงขึ้นในทุกด้านกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ ตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีสุขภาวะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทั้งนี้เนื่องจาก สุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) และการทำงานที่บุคคลจะรับรู้สุขภาวะของตนเอง ในวิถีทางที่ดีหรือพัฒนาบุคคลให้มีพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีผลต่อบุคคล เช่น การมีงานทำ การรับรู้เครือข่ายทางสังคม การทักษะชีวิตที่ดีในทุกๆ ด้าน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ รวมทั้งความต้องการในการมีชีวิตรอด และความต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นต้น (กฤษณ์ชลี เพียรทอง, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2545; จินตนา ยูนิพันธ์, 2542; Health Canada, 1999) ดังนั้นโปรแกรมในการพัฒนาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทจึงมุ่งไปที่การพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยของตนเอง กระบวนการบำบัดรักษา วิธีการรักษา ดังเช่นในกิจกรรมที่ 1 ของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มุ่งผู้ป่วยจิตเภทได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก่ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการทำสัมพันธภาพบำบัด สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐาน



ก่อให้เกิดการสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา ซึ่งกิจกรรมที่ 1 นี้จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีสุขภาวะทางจิตและจิตวิญญาณในระดับที่สูงขึ้น

อีกทั้งในกิจกรรมที่ 2 ของโปรแกรมยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งแตกต่างจากคนปกติทั่วไป บุคคลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักประสบกับปัญหาต่างๆมากมาย และทุกข์ทรมานจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคจิตเภททั้งที่ไม่ทราบแน่ชัดและสาเหตุกระตุ้นต่างๆ ส่วนอาการของโรคจิตเภทนั้น ประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ การบำบัดรักษาโรคจิตเภท มีหลากหลายวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยนิเวศบำบัด เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในประเด็นต่างๆดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ เช่น มีการรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การมีกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง เป็นต้น (Rosen et al., 1989; Peplau, 1991; พิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) ซึ่งกิจกรรมที่ 2 นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนสุขภาวะทางกายและทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ประกอบกับกิจกรรมที่ 3 ที่มุ่งให้ผู้ป่วยนั้นสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ในฐานะผู้ป่วยได้ด้วยตนเองและสามารถตอบสนองและแก้ไขปัญหาได้ รวมทั้งตอบสนองต่อผู้อื่นที่ให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกัน การดำเนินการในระยะนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจกัน ทั้งการรับรู้ และความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีตทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย อาจมีผลต่อการคาดหวังซึ่งกันและกันในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และการดูแลสุขภาพ ระยะนี้การรับรู้และความคาดหวังจะซับซ้อนกว่าระยะเริ่มต้น ต้องให้ความช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงมากขึ้น สัมพันธภาพจะแนบแน่นและมั่นคงมากขึ้นการพยาบาลตลอดระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับกับปัญหา และรู้สึกว่าเขาเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกหม่นหมองหรือหมดหวังลดลง และรู้สึกที่ตนเองเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Peplau, 1991) และกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับ รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทองค์ประกอบของการทำหน้าที่ในด้านแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านกรมีความรับผิดชอบ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างเหมาะสม รวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาหรือสิ่งท้าทายอื่นๆด้วยความมั่นใจและสามารถเลือกวิธีการที่ทำให้ชีวิตมีความสุขได้ ซึ่งกิจกรรมที่ 3 และ 4 นี้จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาวะทางกายและทางสังคมที่ดีขึ้น (Rosen et al., 1989)

นอกจากนี้การพัฒนาทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรับรู้สุขภาวะในทางที่ดีขึ้นได้ ดังเช่น กิจกรรมที่ 5 6 7 และ 8 เป็นกิจกรรมที่มีการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเกิดจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาด ในปริมาณที่เหมาะสมครบถ้วน เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย อากาศที่บริสุทธิ์ การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกายที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ ทำให้บุคคลมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน มีการฝึกทักษะการควบคุมตนเองทั้งเรื่อง การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อประสบกับเหตุการณ์เครียดได้ (Townsend, 1999; Forchuk, 1993; Eby & Brown, 2005) และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สังคมไม่ยอมรับได้ เช่น ไม่นอน เดินไปมาเรื่อยเปื่อย เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ และขโมยของคนอื่น เป็นต้น (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) อันจะนำไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นได้ การพัฒนาทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเองได้ (Martin & Street, 2003; Eby & Brown, 2005) ส่งผลให้ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตใน สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารและความรับผิดชอบ จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้มีรู้สึกถูกแปลกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้วยการพูดหรือสื่อสารในทางบวก และหลีกเลี่ยงการพูดหรือสื่อสารทาง การฝึกทักษะเรื่องการบริหารเวลา ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่สะท้อนให้เห็นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเภท (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีขาดความตระหนักและไม่สามารถวางแผนหรือจัดการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการจัดเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินชีวิตประจำวันควรมีกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว กิจกรรมด้านการทำงาน อาชีพ การกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rosen et al., 1989) กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรับรู้สุขภาวะทางกาย สังคมและจิตวิญญาณได้ดีมากขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านที่สูงกว่า ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มทดลองหรือที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นผู้ที่มีการรับรู้สุขภาวะในระดับที่ต่ำถึงปานกลาง อันมีสาเหตุมาจากการขาดความเชื่อด้านสุขภาพในตนเอง การรับรู้เครือข่ายทางสังคมน้อย การขาดความเชื่อมั่นในผู้อื่นด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ และการขาดการรับรู้ความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณฑลสิ เพียรทอง, 2547; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; Health Canada, 1999) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลายและมุ่งในการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะรับรู้สุขภาวะของ

ตนเองดีขึ้น โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ด้วยการฝึกทักษะการทำหน้าที่ในด้านนั้นๆ และการสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งการค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพและแหล่งช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและในชุมชน เหล่านี้จึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สุขภาวะในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นอกจากนี้ ในการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสุขภาวะที่สูงขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นเครื่องมือในการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่สำคัญของการพยาบาลจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่ และ ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล โดยมีลักษณะธรรมชาติของแนวคิดที่สำคัญ คือ มีเป้าหมายของการบำบัดที่ชัดเจน โดยพยาบาลและผู้รับบริการจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าเป้าหมายของการมีสัมพันธภาพนั้นควรเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้นจะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ รวมทั้งความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่มีปัญหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น พยาบาลและผู้รับบริการต้องใช้เวลา ร่วมกันในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่จัดเตรียมและให้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญโดยปราศจากอคติและแนวคิดส่วนตัวต่อผู้รับบริการ มากกว่านั้นพยาบาลจะตระหนักถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศเพื่อให้เต็มไปด้วยการเคารพ และความเข้าซึ่งกันและกัน (Townsend, 1999; Forchuk, 1993; Eby & Brown, 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาแล้วพบว่า หลักการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากในการช่วยเหลือผู้รับบริการทางด้านจิตเวช (Martin & Street, 2003; Eby & Brown, 2005) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ในต่างประเทศที่ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนมากรับรู้และให้ความคิดเห็นว่า หลักการของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพที่มีพลังและมีประสิทธิภาพมากในการช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า การสื่อสารด้วยการพูดคุยจะได้ผลดีกว่าการสื่อสารด้วยการเขียน (Martin & Street, 2003) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า หลักการของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นหลักการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญกับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม พยาบาลยังเรียนรู้จากแนวคิดนี้ว่าจะต้องให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างไรบ้างจึงจะเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จากงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการพยาบาลจิตเวช (Eby and Brown, 2005) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546)

สำหรับกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น ในการวิจัยนี้พบว่า ในการดูแลตามปกติจากผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มสุขภาวะได้ในระดับปานกลาง ยกเว้นสุขภาวะทางสังคมที่ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยเพิ่มสุขภาวะในด้านดังกล่าวแต่อยู่ในระดับต่ำ สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวอาจได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากผู้ดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีอาการดีขึ้นและรับรู้สุขภาวะที่ดี

ขึ้นได้ และโดยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทจะทรบกันดีอยู่แล้วว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการทางจิตที่ไม่คงที่ สามารถกำเริบขึ้นๆลงๆได้หากมีปัจจัยกระตุ้นต่างๆเข้ามากระทบ และอาจมีอาการทางจิตที่บรรเทาลงได้ หากผู้ป่วยนั้นได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลหรือดูแลตนเองได้ดีขึ้น (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ์ วาสิกานานนท์, 2552) ในขณะเดียวกันผลการวิจัยได้ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมห้ดังกล่าวนี้เป็นโปรแกรมที่ช่วยพัฒนาสุขภาวะของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมนั้นดีกว่าด้วยวิธีการดูแลตามปกติในระดับสูงในด้านสุขภาวะโดยรวม สุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางสังคม และมีประสิทธิผลดีกว่าในระดับปานกลางในด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางกาย

สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งพัฒนาขึ้นจากตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1991) สามารถเพิ่มสุขภาวะให้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การบำบัดรักษา การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และแหล่งช่วยเหลือหรือเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการเวลาและการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในแต่ละวัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลสุขภาพได้และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีขึ้นได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้อย่างปกติสุขนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้ กับผู้ป่วยและญาติได้ ซึ่งโปรแกรมห้ดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมหลักๆที่สำคัญ คือ กิจกรรมที่ 1สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหา และกำหนด ความต้องการ การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม การฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ และการทบทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำกิจกรรม ในภาพรวมและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

1.2 พยาบาลจิตเวชที่จะสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในวิถีทางที่มืด และปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จึงจะสามารถนำ

โปรแกรมไปใช้ได้หรือการปรับปรุงรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มผู้ป่วยนั้นๆ เช่น การเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีเวลาในการทำกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ มีเวลาในการสาธิตย้อนกลับได้มากขึ้น นอกจากนี้การปรับปรุงแบบการทำกิจกรรมอาจปรับเป็นรายครอบครัว และปรับการดำเนินกิจกรรมเป็นที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าถึงสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทของครอบครัวและชุมชน

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรมุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการดูแล เพื่อให้ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักนั้นมีความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติสุขเช่นเดิม อย่างไรก็ตามในการดำเนินการทดลองการสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ การใช้ชีวิตร่วมกันอย่างปกติสุขในชุมชนได้เร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักที่มากับผู้ป่วยนั่งรับฟังหรือสังเกตการณ์ขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมเท่านั้น หากเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการฝึกทักษะต่างๆควบคู่ไปกับผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการศักยภาพในการใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างดีเยี่ยม ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีต่อไปอย่างยั่งยืน

1.4 การปรับปรุงหรือพัฒนาโปรแกรม ควรเพิ่มการบ้านให้ผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น อาจจัดทำสมุดสำหรับการบ้านของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย เพื่อการติดตามและประเมินผลการฝึกทักษะต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทขณะกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้การฝึกทักษะต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการฝึกซ้ำๆ เพื่อให้เกิดทักษะที่ติดตัวผู้ป่วยตลอดไป อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีตลอดไปอย่างต่อเนื่อง

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลในทุกระดับมีความรู้ ความเข้าใจในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช การฝึกทักษะต่างๆ ให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกทักษะชีวิตหรือการทำหน้าที่แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่มให้มากขึ้น

## 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยที่เป็นการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น โดยเฉพาะการฝึกทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภทก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน

3.2 ควรมีการวิจัยที่เป็นการศึกษาความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรกดังกล่าว ด้วยการประเมินผลเป็นช่วงระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยที่ทำการทดลองแบบรายเดี่ยวครอบครัวและมีการดำเนินการทดลองที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินประสิทธิผลระหว่างการทดลองแบบกลุ่มและรายเดี่ยว

## หนังสืออ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). *กระบวนการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). *การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-11.*
- จิราพร รักษาการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- จรัส สุวรรณเวลา. (2543). *มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.*
- ชุดิมา บุรณชนิด. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์พลชัยทุกาบุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543). *ทิศทางปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.*
- ธวัชชัย ลีพพานาจ. (2552). *การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานท์, บก. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- ธีระ สีสานันทกิจ. (2552). *การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานท์, บก. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). *การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานท์, บก. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*

- นิตา ชูโต. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรินต์โพร จำกัด.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม รอดคำ. (2538). *รูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต ภาควิชาอุดมศึกษา คณะครุศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- เปรมฤดี ดำรงค์. (2545). *การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศสมร เดชดวง. (2545). *การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). *หลักทั่วไปในการรักษา*. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.
- มานaix หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2545). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สุชาฎการพิมพ์.
- มานaix หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานaix หล่อตระกูล (2555). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5 .กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). *หลักทั่วไปในการรักษา*. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิบูล พูลเจริญ. (2543). *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิบูล พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พิมพ์ดี.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2546). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางศ์ จันทวานิช. (2549). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ตำนานสุขภาพการพิมพ์.

#### ภาษาอังกฤษ

- Bergum, V., & Dossetor, J. (2005). *Relational Ethics: The full Meaning of Respect*. Hagerstown, MD: University Publishing.
- Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29, 68-76.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Applied Nursing Research*, 13 (2), 76-82.
- Conn, V. (2003). Working with Families. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cronin-Stubbs, D., Donner, L. L., McFolling, S. D., Kopytko, E. E., Pasch, S. K., & Szczesny, S. G. (1988). *Applied Nursing Research*, 1 (2), 72-79.
- Donnette, L. M., & Davis, L. G. (1998). *Access to health*. 5<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Gournay, K. (2009). Schizophrenia: nature, treatment and care. In R. Newell & K. Gournay (Eds.), *Mental Health Nursing* (pp. 59-73). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Gumus, A. B. (2008). Health education needs of patients with schizophrenia and their relatives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (3), 156-165.
- Herz, M. I., & Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia comprehensive treatment and management*. California: Lippincott Williams & Wilkins.



- Hofer, A., et al. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20, 386-394.
- Hofoss, D. (2004). Healthy living does not reduce life satisfaction among physically handicapped persons. *Patient Education and Counseling*, 52, 17-22.
- Honkonen, T., Saarinen, S., & Salokangas, R. K. R. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 543-551.
- Huber, D., & McClelland, E. (2003). Patient Preferences and Discharge Planning Transitions. *Journal of Professional Nursing*, 19(3), 204-210.
- Husberger, M. M. (1989). Health concept: Children's perceptions and behaviors. In R. L. R. Foster, M. M. Husberger, & J. J. Aderson (eds.). *Family center nursing care of child*, pp. 377-398. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Fiszdon, J. M., & Johannesen, J. K. (2010). Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 176, 120-125.
- Folsom, et al. (2009). Physical and mental health - related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108, 207-213.
- Friendemann, M-L., Montgomery, R. J, Maiberger, B., & Smith, A. A. (1997). Family involvement in the nursing home: Family-oriented practices and staff-family relationships. *Research in Nursing & Health*, 20: 527-537.
- Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20, 72-77.
- Fowler, M. E. (1998). Recognizing the phenomenon of readiness: concept analysis and case study. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 9 (3), 72-76.
- Gladstone, J., & Wexler, E. (2000). A family perspective of family/ staff interaction in long - term care facilities. *Geriatric Nursing*, 21 (1): 16-19.
- Gladstone, J., & Wexler, E. (2002). Exploring the relationships between families and staff caring for residents in long - term care facilities: Family members' perspective. *Canadian Journal on Aging*, 21 (1): 39-46.
- Gournay, K. (2009). Schizophrenia: nature, treatment and care. In R. Newell & K. Gournay (Eds.), *Mental Health Nursing* (pp. 59-73). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Gumus, A. B. (2008). Health education needs of patients with schizophrenia and their relatives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (3), 156-165.
- Health Canada. (1999). *Towards a healthy future second report on the health of Canadians*. Ottawa:  
Minister of Public Works and Government Services Canada.

- Hettler, B. (1961). *Health and Wellness*. USA.
- Herz, M. I., & Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia comprehensive treatment and management*. California: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hofer, A., et al. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20, 386-394.
- Hofoss, D. (2004). Healthy living does not reduce life satisfaction among physically handicapped persons. *Patient Education and Counseling*, 52, 17-22.
- Honkonen, T., Saarinen, S., & Salokangas, R. K. R. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 543-551.
- Huber, D., & McClelland, E. (2003). Patient Preferences and Discharge Planning Transitions. *Journal of Professional Nursing*, 19(3), 204-210.
- Fiszdon, J. M., & Johannesen, J. K. (2010). Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 176, 120-125.
- Folsom, et al. (2009). Physical and mental health - related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108, 207-213.
- Friendemann, M-L., Montgomery, R. J, Maiberger, B., & Smith, A. A. (1997). Family involvement in the nursing home: Family-oriented practices and staff-family relationships. *Research in Nursing & Health*, 20; 527-537.
- Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20, 72-77.
- Fowler, M. E. (1998). Recognizing the phenomenon of readiness: concept analysis and case study. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 9 (3), 72-76.
- Jeon, Y.-H. (2004). Shaping mutuality: Nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International Journal of Mental Health Nursing Inquiry*, 13, 126-134.
- Jones, A. (1996). The value of Peplau's theory for mental health nursing. *Br J Nurs*, 5, 877-881.
- Kertchok, R. (2008). *Facilitating living with persons with schizophrenia: Relationships between psychiatric nurses and family members*. Chulalongkorn University, Bangkok.
- Kovess, V., et al. (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry*, 20, 521-528.
- Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture, or immigration? Burdens on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Proquest Social Science Journals*, 84 (4), 547-557.

- Leyder, B. L., & Pieper, B. (1986). Identifying discharge concerns. *AORN JOURNAL*, 43 (6), 1298-1304.
- Middelboe, T., et al. (2001). The nordic study on schizophrenic patients living in the community: subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 16, 207-215.
- Miles, A. A., Heinrichs, R. W., & Amm,ari, N. (2010). "Real world" Functioning in schizophrenia patients and healthy adults: Assessing validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. [doi: DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.052]. *Psychiatry Research*. In Press, Corrected.
- Montejo, A. L. (2010). The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry*, 25, 3-5.
- Mueser, K.T., and McGurk, S.R. (2004). *Schizophrenia. The Lancet* 363 (June 19) : 2063- 2072.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1989). *Nursing concept for health promotion*. New York: Prentice Hall.
- Ochoa, S., et al. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia bulletin*, 29 (2), 201-210.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (4<sup>th</sup> ed). St. Louis: The Mosby year book.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2<sup>nd</sup> ed). Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, J. N. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Perivoliotisa, D., Granholmb, E. C., & Patterson, T. L. (2004). Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 307-316.
- Phanthunane, P., Vos, T., & Bertram, M. (2010). Health outcomes of schizophrenia in Thailand: Health care providers and patient perspectives. *Asian Journal of Psychiatry*, 3, 200-205.
- Pichitpornchai, W., Street, A., & Boontong, T. (1999). Discharge planning and transdisional care: issue in Thai nursing. *International Journal of Nursing studies*, 36, 355-362.
- Pinquart, M., Silbereisen, R. K., & Korner, A. (2010). Coping with family demands under difficult economic conditions. *Swiss Journal of Psychology*, 69 (1), 53-63.
- Radden, J. (2002). Background Briefing: Psychiatric Ethics. *Bioethics*, 16 (5): 397- 411.

- Rhoades, D. (2000). Schizophrenia: A review for family counselors. *The family Journal*, 8 (3): 258-266.
- Rosen, A., HadziPavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Roy, S.C., & Andrew, H.A. (1991). *The Roy adaption model: The definition statement*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Ruhm, C. J. (2005). Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics*, 24, 341-363.
- Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advance Nursing*, 32(3), 626-634.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2000). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Lippincodtt Williams & Willkins.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2002). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincodtt Williams & Willkins.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of Psychaitry 10 ed*. Philadelphia: Lipincott Williams& Wilkins: 467-97.
- Sawatzky, J. E., & Fowler-Kerry, S. (2003). Impact of caregiving: Listening to the voice of informal caregiver. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Inquiry*, 10, 277-286.
- Taylor, C. M. (2008). Introduction to Psychiatric Mental Health Nursing. In P. G. O' Brien, W. Z. Kennedy & K. A. Ballard (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing* (pp. 1-20). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Thumathai, K. (2003). Stress and coping patterns of primary caregivers of adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 1-14.
- Tsang, H. W. H., Pearson, V. & Yuen, C. H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(1), 25-32.
- Wan, M. W., Moulton, S., & Abel, K. M. (2008). *General Hospital Psychiatry*, 30, 177-184.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Wei, S-J., Cooke, M., Moyle, W., & Creedy, D. (2010). Health education needs of family caregivers supporting an adolescent relative with schizophrenia or a mood disorder in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (6), 418-428.
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (4), 282-288.

- White, M., & Charlton, B.G. (1995). Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health. *Public Health*, 109, 235-243.
- Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1994). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20 (3), 557-566.
- Wong, D. F. K., Tsui, H. K. P., Pearson, V., Chen, E. Y. H., & Chiu, S. N. (2004). Family Burdens, Chinese Health Beliefs, and the Mental Health of Chinese Caregivers in Hong Kong. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 497-513.
- Wolf, S. H., Dekker, M. M., Byrne, F. R., & Miller, W. D. (2011). Citizen-Centered Health Promotion: Building Collaborations to Facilitate Health Living. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (1S1), 38-47.
- World health organization. (1992). The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline. Geneva: World Health Organization.
- World health organization. (2001). Mental Health Report 2001. Mental health : New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- Yeh, L-L., Hwu, H-G., Chen, C-H., Chen, C-H., & Wu, A. C.C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal Formos Med Assoc*, 107 (8), 644-652.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามที่ปรึกษา  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามที่ปรึกษาในระหว่างการทำเนิการวิจัย/เก็บข้อมูลใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสภาวะของ  
ผู้ป่วยจิตเภท  
เสนอโดย อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค  
ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

ทำหนังสือถึง	ที่ปรึกษา	ตำแหน่งทางวิชาการ
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นางเพลิน เสียงโชคอยู่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสุขภาวะของ  
ผู้ป่วยจิตเภท

เสนอโดย อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

ที่ปรึกษาฯ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

ทำหนังสือถึง	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	แพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	นางเพ็ญ เสียงโชคอยู่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	อาจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยुทธการ	อาจารย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ	นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/ APN

## ภาคผนวก ข

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. แบบวัดสุขภาวะผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบวัดทักษะชีวิตหรือแบบวัดการทำหน้าที่

## 1. โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (ตัวอย่าง 2 กิจกรรม)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกิจกรรม อันจะนำไปสู่ความไว้วางใจ ตลอดจนพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสร่วมสร้างความคุ้นเคยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และผู้วิจัย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภททราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

สัมพันธ์ภาพบำบัด เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไข ปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก่ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้ง การให้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการทำสัมพันธ์ภาพบำบัด สัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานก่อให้เกิดการสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ใบแนะนำกิจกรรม

กิจกรรม

1. พยาบาลแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ป่วยจิตเภท และเริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจและใส่ใจในผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ” “ท่านเดินทางมากับใคร” “การเดินทางมาเป็นอย่างไรบ้าง รถติดมากไหมคะ”

2. จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทกล่าวแนะนำตนเองทีละคน โดยให้บอกชื่อซึ่งอาจเป็นชื่อจริงหรือชื่อเล่นก็ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักกันและกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ กฎกติกาในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน สถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรม แต่ละกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปประเด็นและนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 ต่อไป

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจ ยอมรับและร่วมมือในการร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

## การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจในการทำกิจกรรม
2. การร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

## กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 30 นาที

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการทำหน้าที่ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจในตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนต่อไป

## สาระสำคัญ

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งแตกต่างจากคนปกติทั่วไป บุคคลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักประสบกับปัญหาต่างๆมากมาย และทุกข์ทรมานจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น สาเหตุสำคัญของโรคจิตเภททั้งที่ไม่ทราบแน่ชัดและสาเหตุกระตุ้นต่างๆ ส่วนอาการของโรคจิตเภทนั้น ประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ การบำบัดรักษาโรคจิตเภท มีหลากหลายวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยนิเวศบำบัด

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยการกล่าวทักทายผู้ป่วยในเรื่องต่างๆไป ความเป็นอยู่ต่างๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจกัน
2. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงต่างๆในการทำกิจกรรม ได้แก่ วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาในการทำกิจกรรม บทบาทของผู้ป่วยจิตเภทขณะทำกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการและอาการแสดง การบำบัดรักษา และการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเภท ตามใบความรู้ 2/1
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย
5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

## สื่อและอุปกรณ์

## 1. ใบความรู้ 2/1

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การบำบัดรักษา และการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเภท การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการซักถาม ตอบคำถามเกี่ยวกับประเด็นที่ให้ความรู้

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท ร้อยละ 80 ขึ้นไป
2. สังเกตจากพฤติกรรม การซักถาม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของกิจกรรม
3. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นระหว่างการร่วมกิจกรรม

## 2.แบบวัดสุขภาวะผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่คำนึงถึงความถูกต้อง

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นตลอดหรือเกือบตลอดเวลา	ให้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นบ่อย	ให้ 4 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นนานๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นเลย	ให้ 1 คะแนน

ข้อความ	ระดับคะแนน				
<b>สุขภาวะทางกาย</b>					
1. ในที่ที่มีแสงสว่างปกติท่านสามารถมองเห็นสิ่งของและผู้ที่อยู่รอบๆ ตัวท่านได้ชัดเจน	5	4	3	2	1
2. ท่านเห็นท่าทางและการแสดงออกของคนที่คุณคุยกับท่านได้ชัดเจน	5	4	3	2	1
3. ท่านได้ยินเสียงของคนที่คุณคุยกับท่านได้ชัดเจน	5	4	3	2	1
4. ท่านสามารถรับรู้ถึงลักษณะของเสียงที่ท่านได้ยินเช่นเดียวกับที่เพื่อนหรือคนในครอบครัวของท่านได้ยิน	5	4	3	2	1
5. เมื่อท่านรับประทานอาหารที่มีกลิ่น ท่านได้กลิ่นอาหารที่ท่านรับประทานเช่นเดียวกับผู้อื่นได้กลิ่น	5	4	3	2	1
6. ท่านสามารถรับรู้กลิ่นของสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เช่น กลิ่นดอกไม้ น้ำหอม ขนม เป็นต้น	5	4	3	2	1
7. เวลาท่านรับประทานอาหารท่านสามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้ดี	5	4	3	2	1
8. ท่านสามารถบอกถึงรสชาติของอาหารได้ เช่น รสเปรี้ยว หรือรสหวานได้เช่นเดียวกับคนอื่น	5	4	3	2	1
9. ท่านรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกแมลงกัดต่อยที่ผิวหนัง เช่น ถูกมดกัด	5	4	3	2	1
10. ท่านสามารถรับรู้ความเย็น หรือความอุ่น หรือร้อนได้ดี	5	4	3	2	1
11. ท่านรู้สึกไม่สบายจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ไอ ถ่ายเป็นเลือด อาการอื่นๆ หรือโรคประจำตัว	5	4	3	2	1
12. การเจ็บป่วยทางกาย เช่น เป็นหวัด ทำให้ท่านทำงานได้น้อยลง	5	4	3	2	1
13. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยที่ทำให้ท่านรับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ หรือชีวิตต้องเปลี่ยนไป	5	4	3	2	1
.....	5	4	3	2	1
.....	5	4	3	2	1
.....	5	4	3	2	1
.....	5	4	3	2	1
19. ท่านรับประทานยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตตามคำสั่งของแพทย์อย่างต่อเนื่อง	5	4	3	2	1

### 3. แบบวัดทักษะชีวิตหรือแบบวัดการทำหน้าที่

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความ และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 1. ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเริ่มต้นสนทนาหรือสนทนาได้ตอบกับผู้อื่นหรือไม่

1. ยากลำบากที่สุดกับการสนทนา
2. ยากลำบากปานกลางกับการสนทนา
3. ยากลำบากเล็กน้อยกับการสนทนา
4. ไม่มีความยากลำบากกับการสนทนา

#### 2. ผู้ป่วยเข้าไปก้าวกาย หรือทำให้เกิดความรำคาญในการสนทนาของบุคคลอื่น (เช่น ชัดจังหวะคุณเมื่อคุณกำลังพูด) หรือไม่

1. ก้าวกายมากที่สุด
2. ก้าวกายปานกลาง
3. ก้าวกายเล็กน้อย
4. ไม่ก้าวกาย

#### 3. ผู้ป่วยมีการแยกตัวออกจากการติดต่อทางสังคมหรือไม่

1. แยกตัวออกไปเลย
2. แยกตัวปานกลาง
3. แยกตัวเล็กน้อย
4. ไม่แยกตัว

#### 4. ผู้ป่วยแสดงความอบอุ่นต่อคนอื่นหรือไม่

1. ไม่มีความอบอุ่นเลย
2. มีความอบอุ่นเล็กน้อย
3. มีความอบอุ่นปานกลาง
4. มีความอบอุ่นมาก

.....

ภาคผนวก ค

ผลการพิจารณาจริยธรรม  
เอกสารชี้แจงข้อมูลในการวิจัย  
หนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด  
ต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : ดร.รัชนิกร เกิดโชค

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ๘ เดือน

เอกสารที่อนุมัติ ๑. โครงการวิจัย  
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร  
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๑ ๓

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

## เอกสารชี้แจงข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**ชื่อเรื่อง** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท  
**ชื่อผู้วิจัย** อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เบอร์โทรติดต่อ (02) 2181150 มือถือ 083 -7762828

### ความเป็นมาของการศึกษา

ดิฉันเป็นอาจารย์อยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้ดิฉันกำลังทำวิจัย เพื่อทำความเข้าใจสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชชุมชนและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ดิฉันเชื่อว่าสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาประสบการณ์ของการมีสัมพันธภาพที่ดีที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชชุมชนและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะกำหนดวิธีการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนสัมพันธภาพที่ดีนั้นให้ดียิ่งขึ้นตลอดไป ดิฉันต้องการอาสาสมัครที่สนใจจะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครนั้นจะต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในหน่วยงานของจิตเวชชุมชน ของโรงพยาบาลที่มีแผนกจิตเวชชุมชน และต้องการญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท

### รายละเอียดของการศึกษา

จุดประสงค์ของการศึกษาคือ เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชชุมชนและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ถ้าท่านสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะมาที่โรงพยาบาลของท่านเพื่อนัดหมายที่จะทำการสัมภาษณ์ท่าน และท่านจะถูกถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีสัมพันธภาพร่วมกันกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท หมายความว่าดิฉันกับท่านจะพูดคุยเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการสัมภาษณ์นั้นจะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45-60 นาที และทุกๆ คำพูดของท่านจะถูกบันทึกเก็บไว้ ถ้าการสัมภาษณ์นั้นยังมีข้อความที่ต้องการถามเพิ่มเติม ดิฉันจะขออนุญาตนัดหมายอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสัมภาษณ์ในวันต่อไป

### ความเสี่ยงในการศึกษา

การศึกษาคือครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับอันตรายใดๆทั้งสิ้น ถ้ามีคำถามที่อาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามนั้นก็ได้อ การศึกษาคือครั้งนี้จะไม่มีใครได้รับผลประโยชน์จากท่าน ดิฉันหวังว่าข้อค้นพบในการศึกษานี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์อย่างมาก โดยการสนับสนุนและช่วยให้สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชชุมชนและผู้ดูแลหลักเป็นไปในทางที่ดีขึ้นและตลอดไป ในข้อค้นพบทั้งหมดจะถูกเขียนออกมาในภาพรวมเท่านั้น ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลใด

### กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ดิฉันต้องการพยาบาลจิตเวชที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1.) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกจิตเวชชุมชน ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน และ 2.) เป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระดับมหาดบัณฑิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้นไป และ 3) เป็นผู้ที่เต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

### การรักษาความลับ

ถ้าท่านเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแล้ว ทุกๆ คำพูดของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ดิฉันจะไม่ใช้ชื่อจริงของท่านในการรายงานการวิจัย ถ้ามีชื่อของท่านหรือผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆ ในรายงานการวิจัย ชื่อนั้นจะถูกกลบออกทันที และข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยครั้งนี้ จะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารในบ้านที่ปลอดภัย และจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยได้สิ้นสุดลง

### การเป็นอาสาสมัคร

การศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยที่ต้องการอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งผู้ที่อาสาสมัครจะสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ด้วยการแจ้งผู้วิจัยให้ทราบก่อนออก โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลใดๆ

### การเซ็นใบยินยอม

ในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะได้รับใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ท่านต้องแน่ใจว่าท่านได้อ่านและเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งทุกรายละเอียดของการวิจัยในใบยินยอมนั้นก่อนทำการลงรายชื่อในใบยินยอมนั้น ถ้าไม่เข้าใจในรายละเอียดดังกล่าว คุณสามารถถามผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตอบคำถามทุกคำถามของท่าน และท่านจะได้รับสำเนาเอกสาร 1 ชุด หรือถ้าท่านมีคำถามเพิ่มเติมหลังจากนั้นท่านสามารถโทรถามผู้วิจัยได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 02-2181150 หรือ 083-7762828

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ชื่อเรื่อง สัมพันธภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชชุมชนและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย อาจารย์ ดร. นางรัชนิกร เกิดโชค อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เบอร์โทรติดต่อ (02) 2181150 และ (083) 7762828

ท่านเข้าใจแล้วว่าท่านจะต้องถูกถามในการวิจัยครั้งนี้	ใช่	ไม่
ท่านได้อ่านและได้รับเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของการศึกษาวิจัยนี้	ใช่	ไม่
ท่านเข้าใจถึงประโยชน์และความเสี่ยงจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้	ใช่	ไม่
ท่านได้รับโอกาสที่จะถามและอภิปรายเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้	ใช่	ไม่
ท่านเข้าใจแล้วว่าท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ได้ตลอดเวลา โดยท่านไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น	ใช่	ไม่
ท่านเข้าใจแล้วว่า อาจจะถูกถามแล้วทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ	ใช่	ไม่
ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลแล้ว	ใช่	ไม่
ท่านเข้าใจแล้วว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์และสรุปออกมาในภาพรวม	ใช่	ไม่
ท่านต้องการได้รับรายงานข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ เมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง	ใช่	ไม่

ถ้าต้องการ กรุณาระบุที่อยู่ที่จะจัดส่ง \_\_\_\_\_

อธิบายเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ คือ \_\_\_\_\_

ฉันเห็นด้วยกับทุกข้อความในการศึกษาวิจัยนี้

\_\_\_\_\_ (วันที่) \_\_\_\_\_ (พยาน)  
(\_\_\_\_\_)

ชื่อตัวบรรจง

ชื่อตัวบรรจง

ผู้วิจัยเชื่อว่าบุคคลที่ลงลายมือชื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ มีความเข้าใจและเต็มใจที่จะเป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
ลายมือชื่อ ผู้วิจัย ชื่อตัวบรรจง

ภาคผนวก ง

ประวัติผู้วิจัย

## Curriculum Vitae

อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค

## คุณวุฒิ

พย.บ. (การพยาบาลและผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (2536)

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2541)

Ph.D. (Nursing Science) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2552)

## ผลงานทางวิชาการ

## งานวิจัย

รัชนีกร เกิดโชค. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท. ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาอาจารย์ใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2554 - 2556. (กำลังดำเนินการ)

Yunibhand, J., Kertchok, R., & Khanta saibua, P. (2012). Relational Ethics in Psychiatric Nursing: The Perspective of Psychiatric Nurses and family members of Persons with Schizophrenia (On going process)

รัชนีกร เกิดโชค. สัมพันธภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. รายงานการวิจัย. ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยเอเชียเกาหลี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปี 2554.

## บทความ

Kertchok, R., Unibhand, J., & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia. *International Mental Health Nursing*, 20 (1), 38-46.

รัชนีกร เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชและสมาชิกครอบครัว : การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24 (1), 14-23.

ชนิษฐา สุขทอง เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชนีกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26 (3), 15-27.

ชัชฎา คมขำ และรัชนีกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, (กำลังอยู่ในกระบวนการพิมพ์)

สุนีย์ แสงดาว เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชนีกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26 (3), 97 - 111.

ราตรี ตาลเชื้อ ชนกพร จิตปัญญา และ รัชนีกร เกิดโชค. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4 (1), 42-53.