

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาว อติญา ไพธิศรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

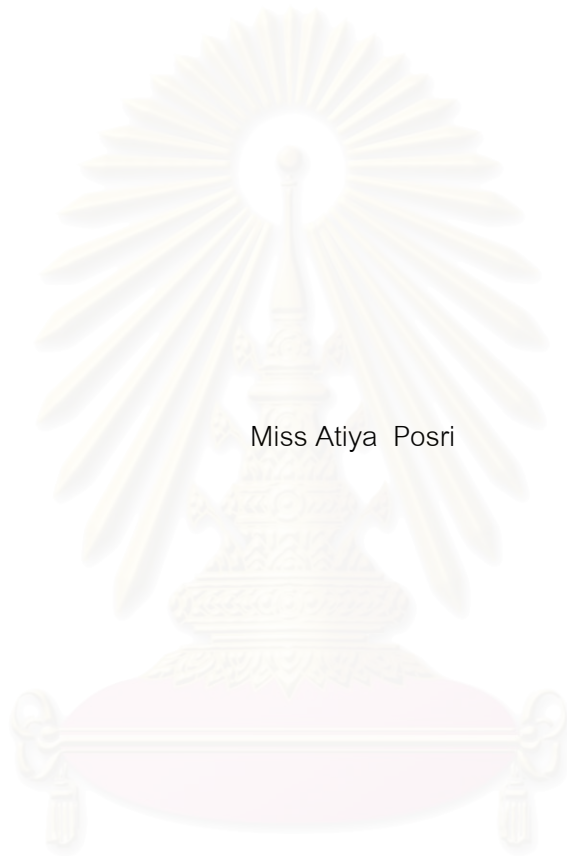
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY SUPPORT GROUPS PROGRAM ON NEGATIVE
SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Miss Atiya Posri

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทาง
ลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวอดิญา โพธิ์ศรี

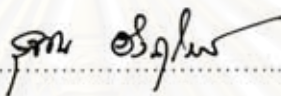
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

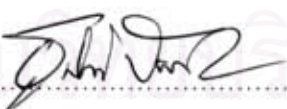
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ สือนุญธวัชชัย)


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


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุตักดี ชัมภลลิขิต)

สถาบันบัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อดิญา โพธิ์ศรี : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY SUPPORT GROUPS
PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN
COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของ
ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและ 2) เปรียบเทียบอาการ
ทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับ
การดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์
คุณสมบัติจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและ ได้รับการจับคู่ (Matched) ด้วยระยะเวลา
ในการเจ็บป่วยทางจิตและระดับคะแนนอาการทางจิต แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการ
สนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวของ McFarlane (1995)
ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการทดลอง คือ แบบวัดสัมพันธภาพ
ในครอบครัว ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
ทดสอบที (t-test)

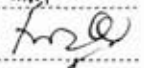
ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา 2551.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ศศย



4977630036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS : NEGATIVE SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS / MULTIPLE
FAMILY SUPPORT GROUPS

ATIYA POSRI: THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY SUPPORT GROUPS
PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN
COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF.PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 148 pp.

The purposes of this quasi - experimental research were twofold: 1) to compare the negative symptoms of schizophrenic patients before and after their participation in the multiple family support groups program, and 2) to compare the negative symptoms of schizophrenic patients who participated in the multiple family support groups program and those who participated in regular caring activities. Research samples of 40 schizophrenic patients, who met the inclusion criteria, were recruited from out-patient unit, Roi-Ed hospital. They were matched according to length of mental illness and level of brief psychiatric rating score and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received multiple family support groups program, whereas the control groups received regular caring activities. Research instrument was the multiple family support groups program developed base on McFarlane's family support group concept (1995) which was validated for content validity by 5 experts. Data was collected using the negative symptoms scale. The family relationship scale was used to monitor the intervention. The reliability of negative symptoms scale and family relationship scale were reported using Chronbach's Alpha coefficient as of .82 and .88, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The negative symptoms of schizophrenic patients after participating in the multiple family support groups program was significantly lower than that before the experiment, at the 0.5 level.
2. The negative symptoms of schizophrenic patients who participated in the multiple family support groups program was significantly lower than those schizophrenic patients who received regular caring activities, at the 0.5 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing
Academic Year: 2008.....

Student's Signature : *Atiya*
Advisor's Signature : *Penpak Uthis*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณหงส์ บรรเทิงสุข และ คุณสาริณี ไต่ะทอง ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานวิจัย และแผนกจิตเวช รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการทดลองจนสิ้นสุดกระบวนการ และขอขอบคุณ คุณอรพรรณ สุนทวง ที่เป็นผู้ช่วยในการวิจัย

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

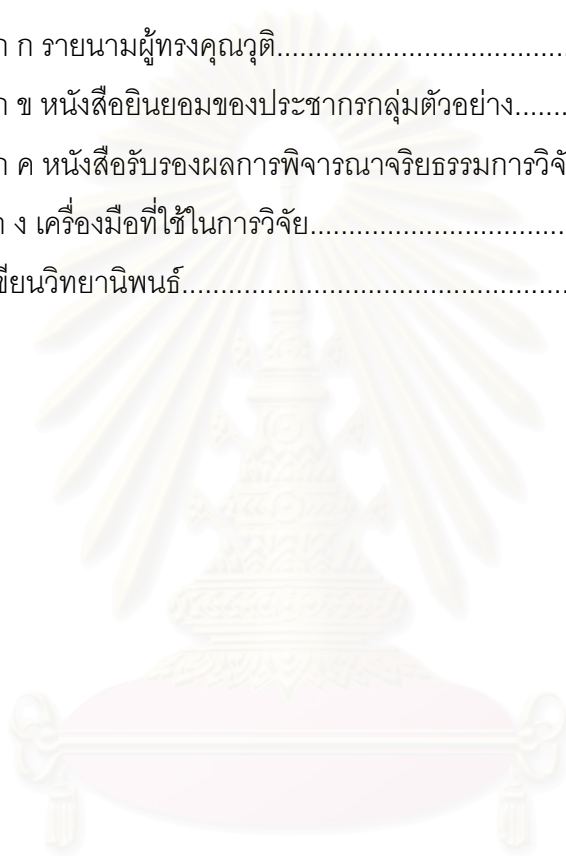
ขอขอบพระคุณ คุณพ่อสมบัติ คุณแม่สถาพร และนางสาวโชติญา โพธิ์ศรี ที่คอยให้การดูแลห่วงใย ให้กำลังใจรวมทั้งให้การสนับสนุนกำลังใจทรัพย์ตลอดการศึกษาแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทนจนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบคุณ ญาติ ๆ เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ปรออบโยน และให้กำลังใจด้วยดีเสมอ

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้วิจัยจิตเภทและผู้ดูแลทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	23
ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน.....	28
การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	29
ครอบครัว.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุน.....	34
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
โปรแกรมสนับสนุนกลุ่มครอบครัว.....	45
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากร.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	121
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	124
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราจ

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของลุ่มตัวอย่างตามคะแนนอาการทางลบ ระหว่างลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม.....	53
2	ระดับระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตและระดับคะแนนอาการทางจิต ระหว่างลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม.....	54
3	การดำเนินกิจกรรมลุ่ม.....	62
4	ตัวอย่างการวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท.....	74
5	การประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว.....	83
6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท ลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	88
7	จำนวนและร้อยละของลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต รายได้และศาสนา.....	89
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ.....	90
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนลุ่มครอบครัว.....	90
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงและพบมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยผู้ป่วยมักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต, 2549) พบได้ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา ทุกเพศ ทั้งเพศชายและเพศหญิง (Jablensky, 1987) มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี (Kaplan & Sandock, 1995) และพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) จากดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับ โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ มีสัดส่วนร้อยละ 12 ในเพศชาย และร้อยละ 10 ในเพศหญิง โดยภาระโรครวมของประเทศไทยมีสัดส่วนจำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการเท่ากับ 2 : 1 ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability) ซึ่งโรคจิตเภทจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับ ของภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ มีสัดส่วนร้อยละ 5 ในเพศชาย และร้อยละ 4 ในเพศหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2547-2549 และในทุกช่วงของปีงบประมาณ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นผู้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (WHO, 1992) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ การดำเนินโรคจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) โดยระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน และไม่ทราบว่าความผิดปกติเริ่มต้นตั้งแต่เมื่อไหร่ แต่โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ 2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตชัดเจนและ 3) คือ ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะแรกมีอาการทางจิต นอกจากแบ่งการดำเนินของโรคเป็น 3 ระยะแล้ว (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวกและ 2) กลุ่มอาการทางลบ (Kaplan & Sandock, 1995) โดยในกลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (Active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักมีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม โดยอาการที่เด่นชัด คือหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาัสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิมซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ส่วนในกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยทั่วไปมีสาเหตุเกิดจากการขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยอาการทางลบจะมีการแสดงออกที่น้อยกว่าคนปกติทั่วไปควรมี โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย (Kay, Fiszbein & Opler, 1987) ผู้ป่วยจะมีหน้าตาเฉยเมย พุดน้อย เนื้อหาในการพุดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัว ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (Attentional impairment) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม สำหรับอาการทางลบนี้มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน (Taylor, 1994 & Johnson, 1993) โดยในประเทศไทย พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536) จากข้อมูลกองสารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต 2543 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 335,049 ราย ร้อยละ 30 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่เจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี และมีอาการแสดงออกที่สำคัญของอาการทางลบ ดังนี้ 1) มีสีหน้าเฉยเมย ไม่พุดจา 2) มีความพร่องด้านการเข้าสังคม การประกอบอาชีพการงาน 3) ขาดทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 4) ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันและทักษะในการสื่อสาร ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ (สำนักพัฒนา กรมสุขภาพจิต, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ของ Robert (2006) ซึ่งพบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุเกิดจากสารสื่อประสาท (Biochemical factors) ในสมองบกพร่องโดยมีการหลังโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex และเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อความพึงพอใจต่ำ มีความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จต่ำและมีความคาดหวังต่อการได้รับการยอมรับต่ำทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น (Carpenter et al, 1973; Carpenter et al., 1985 ; Kaplan & Sadock, 1995 ; Andresen, 1982)

อาการทางลบเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นก็ลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้เกิดอาการทางจิตที่แย่งได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาคู่คิดอื่นและรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลก่อให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับในประเทศไทยต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543)

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลตามมา (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาในด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอาการทางลบ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวที่บ้านในชุมชน เช่น ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี แต่ต่อมาผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว และไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดูไกล่ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้าไม่ค่อยพูด เก็บตัวอยู่คนเดียวในห้อง นอนมาก รับประทานอาหารลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอาการทางลบเกิดขึ้น (Chien et al, 2004) ในขณะที่ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และยังไม่

ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน (สุวิมล สมัตถะ, 2541) โดยเฉพาะการดูแลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดควรมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถให้การดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง เช่น การส่งเสริมทักษะในด้านการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล ทักษะในด้านการสื่อสาร ทักษะทางสังคม และทักษะในการจัดการกับปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยดูแลสามารถจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบลดลงสามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ ขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวก็จะไม่รู้สึกกังวลและคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (สันชัย วสุธรรมา, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการปรับบทบาททีมสุขภาพจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยมีการให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัว และชุมชนแทนการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาวัช และคณะ, 2542) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น นอกเหนือจากบทบาทอื่น ๆ โดยเฉพาะบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันยังพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดทักษะในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังโดยไม่มีการพูดคุยหรือกระตุ้นผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการส่งเสริมทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้น (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ, 2549) และเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว สังคม และขาดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

จะเห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในสังคม ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพปัญหาในปัจจุบันที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและแก้ไขปัญหานั้นเป็นสาเหตุของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพัฒนามาจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งนำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดปัญหาอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการเพิ่มทักษะในด้าน การสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ในโปรแกรมจะประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ 2) การให้ความรู้ 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและการเผชิญกับความเครียดโดยวิธีการจัดการกับปัญหา และ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการดำเนินกิจกรรมด้วยกระบวนการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยผู้วิจัยจะนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัวตามแนวคิดดังกล่าว เพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันจากการเข้ากลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่สามารถผสมผสานความต้องการของสมาชิกในกลุ่มและร่วมกันวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความคาดหวังที่ตั้งไว้ร่วมกันในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ ในการประเมินและจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง นอกจากนี้จะทำให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และคาดหวังว่าผลของการดูแลดังกล่าวในระยะยาวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำและจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) และปัจจุบันการรักษารักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยครอบครัวในชุมชน แทนการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 30 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (สำนักพัฒนา กรมสุขภาพจิต, 2544) และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ลักษณะที่สำคัญของอาการทางลบคือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ แสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรมทางสังคม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว สาเหตุส่วนใหญ่ของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากการขาดการกระตุ้นจากบุคคลในครอบครัวและสังคม (Carpenter et al, 1985) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีอาการสงบไม่วุ่นวาย ครอบครัวหรือสังคมจึงไม่เล็งเห็นความสำคัญในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น การจัดสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมทักษะทางสังคม (McFarlane et al., 1995) ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีความเข้าใจ เห็นใจ และให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความอบอุ่นใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2550) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับอาการทางลบนั้น สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 10 ที่ให้ความสำคัญในระดับครอบครัวและชุมชน โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยในการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางลบให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าได้มีการศึกษาการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม เช่นในการศึกษาของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในต่างประเทศได้มีการใช้กลุ่มครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง รวมทั้งนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ จากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งนำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยพบว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มครอบครัว (Multiple family group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีปัญหาอย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) มีการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคิดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง และทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving) เพื่อช่วยในการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารและทางสังคม สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (McFarlane, 1995) ในกระบวนการกลุ่มสนับสนุนครอบครัว สมาชิกจะเป็นผู้นำในการดำเนินการกลุ่มโดยมีพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ต้องการและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่มรวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมกลุ่มครอบครัวซึ่งพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ที่ใช้แนวคิดกลุ่มครอบครัวของ McFarlane et al. (1995) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับ (Accept) ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม และมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนา ในด้านการมีสัมพันธภาพบกพร่อง (Poor rapport)

ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคนอื่น สามารถเปิดเผยตนเอง สามารถแสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Corey, 1997) และมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองของความต้องการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) เป็นการให้ความรู้ เพิ่มเติมจากสิ่งที่ประเมินได้ในกิจกรรมที่ 1 และเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและจัดการอาการทางลบ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้จะเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่ตัดสินใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้น (Kaplan & Sadock, 1995) โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนส่งเสริมในด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม

การพัฒนาทักษะทางสังคมเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป (วาสนา จันทรสว่าง, 2533) โดยมีการแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (Communication skills) บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมหรือชุมชนในการที่จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกันและผู้ป่วยสามารถที่จะรับรู้ถึงความต้องการของบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีอาการไม่เข้าสังคม นอนมาก ขาดความคิดริเริ่ม ไม่พูดคุย ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติรู้สึกลำบากใจในการแก้ไข (Runion, 1983) การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชรวิ คันธสายบัว,

2544) โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาทักษะนี้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้

2. ความสะอาดของร่างกาย การบริหารจัดการการใช้จ่ายในแต่ละวัน การรับประทานยาและการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยการที่ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนกับครอบครัว ในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ได้ และให้คำชมเชยกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ตามที่วางแผนไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด

การพัฒนาทักษะและการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล (Coping skills) โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหาการเกิดอาการทางลบ (Problem focused coping) คือการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาร่วมกับสมาชิกในกลุ่มทำให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับปัญหา (Andresen, 1982) โดยเฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วย จิตเภทที่ทำให้เกิดปัญหา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถที่จะจัดการกับสาเหตุที่เป็นปัญหาจะทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นลดลงหรือหมดไปได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นและส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงหรือหมดไปได้ (McFarlane et al., 1995)

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด

การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อยู่ (Chien et.al, 2004) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความ

มั่นใจในการดูแล และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากสังคมหรือชุมชน และให้สมาชิกในกลุ่มได้อภิปรายผลสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้จากกลุ่มที่สามารถจะนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันในชุมชนในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในการฝึกทักษะในหัวข้อต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) โดยมีการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง และความสำเร็จของกลุ่ม และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ในเขตพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะประเมินเฉพาะผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่
- ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
 - ตัวแปรตาม คือ อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกของการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และมีการคิดอย่างตายตัว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ จากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งพัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด หรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา มากกว่า 3 เดือน มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย มีการพึ่งพาอาศัยกันหรือเป็นบุคคลที่สามารถพาผู้ป่วยมาตามนัดได้

กลุ่มครอบครัว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 ครอบครัว มาทำกิจกรรมร่วมกันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

การใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งนำแนวคิดกลุ่มสนับสนุน

ครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งรูปแบบของการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) 2) การพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skill) ในด้านการทำหน้าที่ และการสื่อสาร 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา (Problem-solving skill) ในการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัวจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแล 1 คน ทั้งนี้ในการดำเนินการกลุ่มผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มของ Murrain (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลา คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) มีดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที โดยดำเนินการติดต่อกันใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตศึกษา จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และจะเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่ตัดสินใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้น โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป โดยมีการแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ

- การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ในการพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่น รู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารได้

- การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ได้ส่งผลให้อาการทางลบลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด เป็นกรทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือตนเอง จากสังคมหรือชุมชน

ทั้ง 5 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำไปใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค
- 1.4 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.5 การรักษา

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

- 3.1 ความหมาย
- 3.2 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

4. ครอบครัว

- 4.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว
- 4.2 บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุน

- 5.1 ความหมายกลุ่มสนับสนุน
- 5.2 กลไกของกลุ่มสนับสนุน
- 5.3 แนวคิดพื้นฐานของการทำกลุ่มสนับสนุน
- 5.4 ข้อแนะนำในการทำกลุ่มสนับสนุน
- 5.5 บทบาทของผู้นำกลุ่มสนับสนุน
- 5.6 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram
- 5.7 บทบาทพยาบาลในกลุ่มสนับสนุน

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่รู้จักกันมานาน ในปี ค.ศ. 1986 Emil Kraepelin ได้เริ่มจำแนกโรคทางจิตเวช และเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็น โรคสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมาใน ค.ศ.1911 Eugen Bleuler จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนปัจจุบัน

1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโรค ซึ่งได้ใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (Cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อ ๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์ไทยได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตที่ทำให้หน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไป และเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิดอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงมีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอยพฤติกรรมแปลก ๆ เพราะฉะนั้นอาการของโรคจิตเภทจะมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

Sadock & Sadock, (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรค จิตเภทมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่ไม่มีความผิดปกติทางกายหรือสมอง และส่งผลต่อบุคลิกภาพ การทำหน้าที่และการใช้ชีวิตในสังคมโดยรวม

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุการเกิด เกิดจากหลายปัจจัยยังไม่สามารถสรุปแน่นอนได้ ปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับมีดังนี้ (Kaplan & Sadock , 1995)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตหรือยากลุ่มที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน

1.2.2 ด้านกายวิภาคของสมอง (Neuroanatomy factor) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของโครงสร้างสมอง โดยมี Ventricle โตกว่าปกติซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น (Taylor, 1994) บางรายงานพบว่ามี ความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.2.3 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose Metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal lobe

1.2.4 ปัจจัยทางด้านจิต (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

1.2.5 ปัจจัยทางด้านครอบครัว (Family factors) พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการกำเริบบ่อย ๆ มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (Expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.6 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) การศึกษาในเชิงระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

1.2.7 Stress-diathesis model เป็นปัจจัยร่วมระหว่าง ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วที่จะเกิดโรค (Vulnerability) เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาได้ เช่น การสูญเสียคนรัก การใช้สารเสพติดอาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 ลักษณะอาการการดำเนินของโรค

อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ Psychotic dimension (มานุษย หล่อตระกุกและปราโทย์ สุคนิชน, 2541) ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) และ Disorganization dimension ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เป็นแบบปกติ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมึหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตนเอง ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง (Persecutory delusions) หลงผิดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Delusions of reference) หลง

ผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (Grandiose delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา (Religious delusions) เช่นเชื่อว่าตนเองเป็นพระพุทธรูปเจ้า บางครั้งก็เชื่อเรื่องการมีองค์อยู่ในตัว หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic delusions) เช่น เชื่อว่าร่างกายของตนเองผิดไปจากปกติ ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (Bizarre delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองมีอำนาจบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย

1.3.1.1 อาการประสาทหลอน (Hallucinations) ประสาทหลอนคือ การมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นที่มาของการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (Voices arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียง ๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็ถูกวิจารณ์ไปหมด (Voices commenting) ประสาทหลอนที่พบบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสั่น รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรูรสแปลก ๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

1.3.1.2 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (Autistic thinking) ซึ่งจะแสดงออกมาให้โดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวเนื่องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (Loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (Irrelevant answer) บางคนใช้คำพูดแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (Neologism)

1.3.1.3 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิดประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย บางครั้งจู่ ๆ ก็ตะโกนโวยวาย เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบตัว ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ 4) Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.3.3 การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.3.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลา โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลตัวเองเรื่อย ๆ

1.3.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่นหลงผิด หวาดระแวง คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ด้านพฤติกรรมบางรายเก็บตัวไม่สนใจตนเอง ด้านอารมณ์พบว่าไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ด้านการรับรู้ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน

1.3.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ Flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิตกกังวล และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.4 การวินิจฉัยแยกโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเภทซึ่งนิยมใช้กันโดยทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV) ซึ่งเป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมทางจิตแพทย์ทางอเมริกัน และ the 10th Edition of the International Classification of Diseases ซึ่งนิยมเรียก ICD-10 ของ องค์การอนามัยโลก แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยทั้ง 2 ชุด นี้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้างนอกจาก

การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังตระหนักด้วยว่าอาการของคนไข้แต่ละอาการ อาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา

การแบ่งกลุ่มย่อย การจัดกลุ่มย่อยนั้นพิจารณาจากอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดในช่วงเวลาหลังสุดที่ได้ประเมินอาการ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามระยะเวลาที่เป็น ดังนั้น กลุ่มย่อยของโรคที่ผู้ป่วยจึงอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1.4.1 กลุ่ม Paranoid เป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด โดยมีลักษณะสำคัญคือ หมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นบ่อย ๆ และไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น อาการพูดจาสับสน, พฤติกรรมวุ่นวาย โรคจิตเภทกลุ่มย่อย Paranoid นี้ผู้ป่วยที่เป็นมักเป็นครั้งแรกในขณะที่ยังอายุน้อยกว่ากลุ่มย่อยอื่น ๆ มาก โดยเฉพาะในแง่ของการทำงาน และการเข้าสังคม

1.4.2 กลุ่ม Disorganized (Hebephrenic) มีลักษณะอาการสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น พูดจา สับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ระยะอาการของโรคครั้งแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่ำกว่ากลุ่ม Paranoid โดยจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 25 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้มักมีอาการอยู่ตลอดเวลา

1.4.3 กลุ่ม Catatonic ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้เดิมเคยพบบ่อย อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน นี้พบกลุ่มนี้ได้ไม่มากนักเนื่องจากรักษาด้วยยาช่วงหลังมีประสิทธิภาพมากขึ้นอาการเด่นของกลุ่มนี้คือ การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (Catatonia stupor) มีการซัดขึ้นต่อคำสั่งทุกคำ ต้องได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียด เนื่องจากอาการนี้อาจพบได้ในโรคทางจิตเวช กลุ่มอื่น ๆ และโรคทางกายอีกหลาย ๆ โรค

1.4.4 กลุ่ม Undifferentiated ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าตามเกณฑ์ในข้อ A. ของ DSM-IV แต่จะมีลักษณะอาการต่าง ๆ ไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม Paranoid, disorganized หรือ catatonic บางครั้งแพทย์อาจติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะอยู่กับกลุ่มย่อยอื่น ๆ

1.4.5 กลุ่ม Residual ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีอาการโรคจิตครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV และในปัจจุบันไม่มีอาการโรคจิตให้เห็นชัดเจนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการในกลุ่มอาการด้านลบหรือมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. ใน DSM-IV อยู่สองอาการ หรือมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้

อาจมีอาการเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ หลาย ๆ ปี หรือ อาจเป็นแค่ระยะเวลาหนึ่ง โดยที่อาการอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างอาการกำเริบที่รุนแรง กับช่วงที่อาการสงบ

1.5 การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์, 2536)

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็น การรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยา กลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาทมี อาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูกปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็งเคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือกหลังแอน กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่ พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาใน ระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดมน้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และ ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับ การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการ ของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมด กำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้าน จิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

1.5.3.1 การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มหมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัดมุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจความรัก และพฤติกรรม

1.5.3.2 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษาถูกตึกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงี่ยบ (Trotzer, 1977) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัดเช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

1.5.3.3 นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเองจากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น

สรุปได้ในการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องผสมผสานการรักษาที่มีหลายหลาย ๆ วิธีเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีอาการทางด้านลบ ในส่วนการดูแลรักษา ควรเน้นกิจกรรมด้านจิตสังคม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้มีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบเป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะอาการทางลบ ดังนี้

2.1 ความหมาย

Carpenter et al. (1988) กล่าวว่า อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในลักษณะอาการพูดน้อยกว่าปกติหรือตอบคำถามเพียงสองสามคำ เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า และไม่มีอารมณ์สนุกสนาน (Anhedonia)

Andresen & Olsen (1982) อ้างถึงใน สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ลักษณะอาการทางลบ คือ ลักษณะอาการดังต่อไปนี้ อาการที่มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง (Affective flattening) อาการพูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) และลักษณะอาการที่ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (Attentional impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive / apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชาไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับที่สูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความลื่นไหล ความเป็นอิสระเป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิดจากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการด้น้อยลงกว่าสภาพปกติไม่เป็นธรรมชาติ โดยแสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ โดย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรมไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบมีหลากหลายแนวคิดทั้งทางด้านแนวคิดเกี่ยวกับสารสื่อประสาท ทฤษฎีโครงสร้างของสมอง และทฤษฎีทางด้านจิตสังคม สรุปได้ดังนี้

2.1.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีโครงสร้างของสมองมีดังนี้

2.2.1.1 Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า การเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) บกพร่องโดยมีการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ

2.2.1.2 Anderson (1982) กล่าวว่า การเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากสารสื่อประสาท (Neuroleptic) และการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่

2.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎี จิตสังคม มีดังนี้

2.2.2.1 Carpenter et al. (1973) And Carpenter et al.(1985) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้อาการทางลบเกิดขึ้น นอกจากนี้อาการทางลบยังมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wing & Brown (1970) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภท การเกิดอาการทางลบนั้นเกิดมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

2.2.2.2 Ax et al. (1969) กล่าวว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ไม่ได้รับการส่งเสริมในด้านการพัฒนาบทบาททางสังคม การทำหน้าที่ และขาดการกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ทำให้อาการทางลบเกิดขึ้น

2.2.2.3 Tandon & Jibson (2004) กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนทางด้านการตอบสนองทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

2.2.2.4 รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ(2549) พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังขาดการพูดคุยหรือกระตุ้นผู้ป่วย ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการส่งเสริมทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ แต่ที่เห็นได้ชัดมาจากการที่ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

2.3 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการประเมินอาการทางลบนั้น ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อๆ กันมาดังนี้

Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือ การแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่าง ๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่าง ๆ (attention impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่าง ๆ ของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่า มีการกำหนดความหมายของอาการต่าง ๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and Negative Symptoms และกลุ่มอาการอื่น ๆ ของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง อีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่าง ๆ คือ

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

PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive และ Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นต้น PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวิดีโอทัศน์ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay, Opler & Lindenmayer, 1988) โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนนถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด interrater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า 0.70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter-

raterreliability ของผู้วิจัย 4 ราย (2 คู่) เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบว่าค่า correlation ของคะแนนผู้วิจัยให้เมื่อใช้ PANSS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 10 ราย และ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการหา criterion validity คือการเปรียบเทียบคุณสมบัติเชิงการวัดของ PANSS ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เมื่อใช้ในผู้ป่วยรายเดียวกันโดยผู้วิจัยคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่ามัธยมาเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ซึ่งใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง(Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม(Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหา ของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทช์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือการแสดงอารมณ์ น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง(Poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม(Passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) 1 ข้อ ประเมินโดยการอาศัยการสังเกตและการ สัมภาษณ์จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ.84 จะเห็นได้ว่าการประเมิน อาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จาก ผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทช์และ คณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) มาใช้ โดยใช้

วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ที่ประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่องอาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว ที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

3.1 ความหมาย

3.3.1 การพยาบาลสุขภาพจิต

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric Nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้สึก ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

3.3.2 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต และประชาชนทั่วไปในชุมชนนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถให้การดูแลโดยตรง (Provide Direct Nursing Care) แก่เป้าหมายผู้ใช้บริการ เป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่มได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Nursing Outcomes) นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาทอื่น ๆ ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม อาทิ บทบาทในการให้ความรู้ เป็นผู้ให้การปรึกษา เป็นตัวแทนเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ การเข้าใจถึงบริบทของสภาพปัญหาที่มีอยู่ในชุมชน จะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถใช้ทักษะในการประสานความร่วมมือและการเจรจาต่อรอง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรชุมชนได้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน หรือการดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้ กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปเกิดปัญหาทางจิตตามมา ทั้งนี้เพื่อให้สามารถบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึงการพยาบาลที่ใช้ความรู้ในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพ ป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ทั้งในผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว

3.2 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของบุคคลมุ่งสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาพที่ดี

บทบาทการพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และส่งเสริมเทคนิควิธีการในการจัดการอาการทางลบ โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกรในการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามประเมินผล (Dennis et al., 2000)

4. ครอบครั

4.1 ความหมายและประเภทของครอบครั ได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัไว้หลายประการ ดังนี้

4.1.1 สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของครอบครั (วันเพ็ญ ปันราช, 2532) ในเชิงสหสาขาวิทยาการว่า

4.1.1.1 ทางชีววิทยา ครอบครัเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต

4.1.1.2 ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันแม้ว่าจะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน

4.1.1.3 ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4.1.1.4 ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัที่กฎหมายยอมรับหมายถึงครอบครัที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

4.1.2 รุจา ฎไพบุลย์ (2541) กล่าวว่าครอบครัมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

4.1.2.1 ครอบครัต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป

4.1.2.2 สมาชิกในครอบครัมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย

4.1.2.3 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ

4.1.2.4 สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

ความหมายของครอบครัส่วนใหญ่จะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมายโดยทั่วไปมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยกันมีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทนั้น ๆ

4.1.3 ครอบครัวสามารถจำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิกในครอบครัว ได้ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

4.1.3.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร ซึ่งกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรณานั้นพร้อมบุตรด้วย

4.1.3.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามีหรือภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัวด้วย

4.2 บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่กับครอบครัวในชุมชน สังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายมีวัฒนธรรมในการดูแลช่วยเหลือกันในองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดย Friedman, 1992 อ้างใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542) กล่าวถึงองค์ประกอบของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

4.2.1 ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ให้กับสมาชิก

4.2.2 ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

4.2.3 ด้านการสร้างสมาชิกใหม่เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

4.2.4 ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่าง ๆ

4.2.5 ด้านการดูแลสุขภาพตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พักและมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้นความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว (อมรา พงศาพิชญ์, 2538) โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่องในชุมชน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างถึงใน ดร.ณิ ศษพรหม 2543)

4.2.6 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

4.2.7 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

4.2.8 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้าแยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

4.2.9 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ซัดขึ้น ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเดิมเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่อง

4.2.10 การดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย ชับง่ายสะดวก

4.2.11 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยด้านจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกต้องกาลเทศะ

4.2.12 การพักผ่อนนอนหลับผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

4.2.13 การออกกำลังกายผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ชุดดิน ตายหญ้าจะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

4.2.14 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

4.2.16 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

4.2.17 การปฏิบัติตัวทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

4.2.18 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

4.2.19 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะการซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

4.2.20 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4.2.21 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลในชุมชนเน้นการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องรับผู้ป่วยกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจ และกำลังทรัพย์ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยบุคลากรทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ที่ติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนร่วมด้วย ดังนั้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยให้สามารถอยู่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุน

5.1 ความหมายกลุ่มสนับสนุน

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ไว้หลายท่านดังนี้

Frisch (2002) กล่าวว่า กลุ่มสนับสนุนเป็นการรวมกลุ่มของบุคคล ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ที่มีเป้าหมายในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า กลุ่มสนับสนุนเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Langlie (1977) กล่าวว่า กลุ่มสนับสนุน คือ การที่บุคคล ได้ให้การช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้าน จิตใจ อารมณ์ หรือด้านพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีการให้การช่วยเหลือกันในด้านวัตถุประสงค์ของ

สุวณีย์ เกียรติแก้ว (2527) อธิบายว่า กลุ่มสนับสนุน เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้บำบัดรักษา ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ หรือด้านพฤติกรรมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สรุปได้ว่า กลุ่มสนับสนุนเป็นวิธีการที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

5.2 กลไกของกลุ่มสนับสนุน

Loomis (1998) ได้กล่าวถึงกลไกของกลุ่มสนับสนุนว่าประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่

5.2.1 การให้ข้อมูล เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ อาจจะใช้วิธีการบอกตรง ๆ หรือชี้แนะแนวทาง รวมถึงการแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรค วิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

5.2.2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และสมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งการพูดคุยกันในกลุ่มจะมีรายละเอียดถึงทักษะในการเผชิญกับปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จากผู้ที่เคยมีประสบการณ์กับปัญหานั้นมาแล้ว และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญปัญหาให้กับสมาชิกอื่น

5.3 แนวคิดพื้นฐานของการทำกลุ่มสนับสนุน

Kinney et al. (1992) กล่าวว่าการทำงานกลุ่มสนับสนุนประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการกลุ่ม โดยกลุ่มสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายของบุคคลที่มีความผูกพันและให้การดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อสนับสนุนความต้องการของบุคคล ส่วนกระบวนการกลุ่มจะประกอบไปด้วยขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

5.3.1 ประเภทของกลุ่ม

5.3.1.1 Burton & Watson (1998) ได้แบ่งประเภทของกลุ่มสนับสนุน ออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มให้ความรู้ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจ และกลุ่มสนับสนุนที่เน้นการบำบัดทางจิต ดังนี้

5.3.1.1.2 กลุ่มให้ความรู้ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจ (Psycho educational Groups) เป็นกลุ่มที่เน้นในเรื่องของการให้ความรู้ และการดูแลทางด้านจิตใจ การสรุปเนื้อหาในประเด็นที่เป็นปัญหาของสมาชิก ได้มีผู้นำรูปแบบของกลุ่มประเภทนี้มาใช้ในงานวิจัย เช่น Fawzy, et al. (1990) ที่ศึกษาถึงการสอนทักษะในการแก้ไขปัญห การจัดการความเครียด การผ่อนคลาย และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1/2 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่มจะช่วยลดความซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

5.3.1.1.2 กลุ่มสนับสนุนที่เน้นการบำบัดทางจิต

(Supportive Psychotherapy Groups) เป็นกลุ่มที่เน้นการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์เฉพาะด้านจิตเวช

5.3.1.2 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้กลุ่มสนับสนุนที่เน้นการบำบัดทางจิต โดยเน้นการสนับสนุนระหว่างสมาชิกในกลุ่มการจำแนกกลุ่มตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ (Marram, 1978)

5.3.1.2.1 กลุ่มปิด (Closed Group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกจำนวนเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม สมาชิกจะพบกันไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่ม ซึ่งมีข้อดี คือ กลุ่มจะมีการพัฒนาก้าวเข้าสู่ช่วงของการแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม การมีสมาชิกใหม่จะขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

5.3.1.2.2 กลุ่มเปิด (Open Group) คือ กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้ว และมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดมุมมองใหม่ ๆ จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้มีโครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบปิด เพื่อให้กลุ่มมีความผูกพัน เกิดความไว้วางใจต่อกัน สามารถพัฒนากลุ่มในการที่จะร่วมมือกันในการวางแผนในการทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ร่วมกันได้

5.3.2 ปัจจัยเกื้อหนุนความสำเร็จในการทำกลุ่มสนับสนุน

Loomis (1998) ให้ข้อเสนอแนะถึงปัจจัยที่จะส่งผลให้การทำกลุ่มประสบผลสำเร็จ ควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

5.3.2.1 ความรู้สึกผูกพัน (Cohesiveness) ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมาย บรรทัดฐานหรือการปฏิบัติตามกลุ่มและบทบาทผู้นำกลุ่ม ควรมีการแจ้งวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของการร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจรับรู้ถึงความคาดหวังของกลุ่มและสมาชิกต้องร่วมกันรับผิดชอบทำให้กลุ่มดำรงไว้

5.3.2.2 การวางแผนกิจกรรมกลุ่ม การวางแผนที่ดีควรมีการวางแผนกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ทราบความต้องการและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน และควรมีการวางแผนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึง เช่น หากมีสมาชิก

กลุ่มขาดอาจส่งผลให้โครงสร้างของกลุ่มเปลี่ยนแปลง การทำกลุ่มอาจหยุดชะงักและได้ประโยชน์น้อย กลุ่มควรมีการวางแผนแนวทางปฏิบัติและหาวิธีการเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น

5.3.2.3 พฤติกรรมและทักษะของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะเป็นผู้วางแผนกิจกรรมกลุ่มตามความต้องการของสมาชิกกลุ่ม โดยบทบาทของผู้นำกลุ่มควรประกอบด้วย

5.3.2.3.1 การกระตุ้นด้านอารมณ์ความรู้สึกรู้สึก ผู้นำกลุ่มควรแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับสมาชิกและกระตุ้นสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างกัน

5.3.2.3.2 การดูแลเชื้ออาหาร ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดการยอมรับและการสนับสนุนซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการดูแลอย่างเชื้ออาหาร

5.3.2.3.3 การแสดงความเข้าใจ ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้ชี้แนะให้สมาชิกเข้าใจ และยอมรับปัญหาของตนเอง

5.3.2.3.4 ด้านการบริหารควรมีบทบาทในการบริหารจัดการกิจกรรมกลุ่ม โดยวางแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มให้เหมาะสมกับความต้องการของสมาชิกและกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ

ดังนั้นในการจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้คำนึงถึงปัจจัยที่จะส่งผลให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ และกฎของการทำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มทราบตั้งแต่การเข้ากลุ่มครั้งแรก ร่วมกันวางแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มตามความต้องการของสมาชิก คำนึงถึงวัฒนธรรมความเชื่อของสมาชิก และเลือกสถานที่ในการทำกลุ่มเป็นห้องที่มีขนาดพอเหมาะสำหรับจำนวนสมาชิก มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก จัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม เว้นระยะห่างพอเหมาะ และก่อนการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกเลือกที่นั่งเองตามความต้องการของสมาชิก

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำกลุ่มสนับสนุน

การทำกลุ่มสนับสนุนจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างกลุ่มที่จะต้องประกอบด้วย ระยะเวลา ความถี่ เวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง สถานที่ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

5.4.1 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

การคัดเลือกสมาชิกกลุ่มจะขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก วัตถุประสงค์ เป้าหมายของการทำกลุ่ม และลักษณะของสมาชิกกลุ่มควรเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Kinney, et al., 1992)

5.4.2 จำนวนสมาชิก

จำนวนสมาชิกในกลุ่มขึ้นอยู่กับปัจจัย เช่น อายุของสมาชิกกลุ่ม ประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม ประเภทกลุ่ม และปัญหาที่ต้องการสำรวจหากจำนวนสมาชิกน้อยเกินไป อาจจะมีข้อจำกัด ไม่คุ้มค่าในการทำกลุ่ม หรือหากมีจำนวนสมาชิกมาก สมาชิกแต่ละคนจะมีโอกาสพูดน้อย ความคิดเห็นหลากหลาย อาจเกิดผลเสียด้านการทำกลุ่ม และอาจเกิดกลุ่มย่อย จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มนั้น ไม่ควรมีน้อยหรือมากเกินไป ทั้งนี้มีผู้ให้ความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น Clark (1977) เห็นว่ากลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 4-12 คน Marram (1978) เห็นว่ากลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8-12 คน ส่วน Stuart & Laraia (2001) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม 7-10 คน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนกลุ่มละ 5 ครอบครัว โดยในแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกสองคนได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทั้งนี้โดยคำนึงถึงโอกาสที่สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม เพราะถ้ากลุ่มมีจำนวนสมาชิกน้อยเกินไป อาจจะมีข้อจำกัด ไม่คุ้มค่าในการทำกลุ่ม หรือหากมีจำนวนสมาชิกมาก สมาชิกแต่ละคนจะมีโอกาสพูดน้อย ความคิดเห็นหลากหลาย อาจเกิดผลเสียด้านการทำกลุ่ม และอาจเกิดกลุ่มย่อย จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มนั้น ไม่ควรมีน้อยหรือมากเกินไป

5.4.3 ระยะเวลา

การทำกลุ่มสนับสนุนจะเกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อทำในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของวิถีชีวิต เช่น ภาวะวิกฤต หรือการสูญเสีย โดยคำนึงถึงความต้องการของสมาชิก และประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม (Kinney, et al., 1992) เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาที่ทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มสะดวก ไม่มีกิจกรรมอื่น และควรกำหนด วัน เวลา จำนวนครั้งที่แน่นอน สำหรับระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ความสำเร็จของการทำกลุ่มควรเป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มจะขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978) จากการทบทวนวรรณกรรมระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม มีตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจนกระทั่งถึงระยะเวลา 1 ปี

สำหรับการจัดกลุ่มสนับสนุนในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการเข้ากลุ่มจำนวน 5 ครั้ง จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการทำกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์

5.4.4 สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ควรคำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัย และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ เจียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจโดยจัดให้สมาชิกนั่งหันหน้าเข้าหากันเป็นวงกลม ซึ่งถือว่าเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด ทำให้สมาชิกมองเห็นสมาชิกอื่นทุกคน และส่งผลถึงการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Marram, 1978)

5.4.5 การประเมินผลกลุ่ม

การประเมินผล เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งประเมินโดยวิธี Observer log ให้ผู้สังเกตการณ์จดบันทึกทั้ง Verbal และ Non verbal ของสมาชิก และผู้นำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram, 1978)

1. บทบาทผู้นำกลุ่ม
2. บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
3. บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
4. ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
5. ขั้นตอนของการทำกลุ่ม
6. บรรยากาศของกลุ่ม
7. การสื่อสารในกลุ่ม

5.5 บทบาทของผู้นำกลุ่มสนับสนุน

Marram (1978) ได้แนะนำว่าผู้นำกลุ่มควรมีบทบาท ดังนี้

5.5.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน อธิบายให้สมาชิกเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม และวิธีการดำเนินของกลุ่ม เพราะการที่สมาชิกเข้าร่วมในกลุ่มโดยไม่ทราบถึงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน จะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

5.5.2 สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สมาชิกมีความกระตือรือร้น และสมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ จะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายในโดยทั่ว ๆ ไปที่มีอิทธิพลต่อการทำกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิก การกำหนดเวลา ระยะเวลา สถานที่ เป็นต้น

5.5.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำจะต้อง กระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทราบ และเข้าใจถึง ปัญหาของสมาชิก สร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม รู้สึกมั่นคง ปลดปล่อย และมีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น

5.5.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหาที่พบร่วมกัน ผู้นำต้องให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความ สนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกส่วนใหญ่ในกลุ่ม และยังเป็น การสร้างความรู้สึกร่วม ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับการช่วยเหลือให้ กำลังใจซึ่งกันและกัน

5.5.5 วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมี ความสามารถในการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องสามารถแยกได้ว่ามี องค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือกระบวนการกลุ่มไม่เป็นไปตามที่ วางแผนไว้

5.5.6 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวล ของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม ควรแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือสมาชิก

5.5.7 สรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำจะต้องควบคุมความก้าวหน้าของการ ดำเนินการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดกระบวนการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ กำหนดไว้

นอกจากนี้ Kinney et al. (1992) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่ควรใช้ใน กระบวนการกลุ่มสนับสนุน ดังนี้

5.5.8 การบันทึกและสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มการกระตุ้นให้สมาชิกมี การแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน

5.5.9 การกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5.5.10 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

5.5.11 การเน้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพ ของตนเอง

5.5.12 การสนับสนุนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของสมาชิก

5.5.13 การเน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น

5.5.14 การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรเน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้มากที่สุด

ในการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจะต้องมีการฝึกอบรมก่อนการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการที่จะเป็นผู้นำกลุ่ม (รายละเอียดดูในคู่มือการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม ภาคผนวก ข หน้า 125)

5.6 แนวคิดการพัฒนางานกลุ่มของ Marram (1978)

Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนางานกลุ่มเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

5.6.1 ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม แสดงให้เห็นทั้งคำพูดและการกระทำว่าต้องการช่วยเหลือสมาชิกอย่างจริงใจ อธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ และแนวทางในการภาคปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และมีความมั่นคงปลอดภัย

5.6.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนม กล่าวระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์เปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งสนใจที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไข และเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า ส่วนผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างความมั่นใจของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายและหาทางแก้ไขปัญหาไปใช้ต่อไป

5.6.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมในการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว จำนวน 5 กิจกรรม โดยในทุกกิจกรรมจะแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

5.7 บทบาทของพยาบาลในกลุ่มสนับสนุน

ตามแนวคิดของ Marram (1973) พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น และ เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานภายในกลุ่ม (Facilitators) ทำหน้าที่ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการดำเนินการกลุ่มรวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้

จะเห็นได้ว่าสมาชิกในกลุ่มสนับสนุน เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดำเนินการกลุ่ม โดยพยาบาลมีความสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มประสบความสำเร็จและเกิดผลดีต่อสมาชิกในกลุ่ม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

กานดา ผาวงศ์ (2547) ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีอายุระหว่าง 26-60 ปี ระยะเวลาของการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน การศึกษาระดับใกล้เคียงกัน ไม่อยู่ในภาวะที่สับสนรุนแรงจนเกินไป ญาติ แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการศึกษา และผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจและเต็มใจ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นทั้งหมด 12 ครั้ง ๆ ละ 1.5-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั่วไป และ

แบบประเมิน Brief Negative symptom Assessment (BNSA) ประกอบด้วย 4 หมวดด้วยกันคือ การหยุดคิดตอบนานกว่าปกติ (Prolong time to respond), อารมณ์ (Emotion), ลดความสนใจต่อสังคม (Reduced social drive) และการแต่งตัวและสุขอนามัย (Grooming and hygiene) การประเมินผลการศึกษาคั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมาเลขคณิตของระดับอาการทางจิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับอาการทางลบของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มศิลป์บำบัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยภายหลังการบำบัดกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับอาการทางจิตก่อนทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .05

อรรถพงษ์ ถนิมพาสน์ (2546) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดกลุ่มอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญราษฎร์ โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลด Negative Symptoms ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีกลุ่มอาการทางลบ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่พัฒนาโดย ชูทิติย์ ปานปรีชา และคณะ และกิจกรรมดนตรีบำบัดที่ประกอบด้วยการเล่นโหว่ร่างกายประกอบเสียงดนตรี การฟังเพลง การร้องเพลง และการเล่นดนตรี จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกวันจันทร์, พุธ และศุกร์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดมีอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) และ การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของอาการมนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) การแยกตัวจากสังคม (passive / apathetic social withdrawal) การมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างธรรมชาติและไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง (lack of spontaneity and flow conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมดนตรีบำบัดในการลด Negative Symptoms ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งหากได้นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และกลับไปสู่ชุมชนได้เร็วขึ้น

อัษฎลี ศรีสุพรรณ (2547) ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน สรุปผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Chien (2004) ศึกษาเพื่อติดตามการให้โปรแกรมกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน เป็นการติดตามเป็นระยะเวลา 18 เดือน ได้ทำการศึกษาถึงทดลองโดยการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 3 กลุ่ม ที่ได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน โดยแบ่งเป็นดังนี้

1. การให้การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
2. การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต
3. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทั่วไป

พบว่ากลุ่มครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกด้านภาวะครอบครัวการทำหน้าที่ของครอบครัว และการใช้บริการทางสุขภาพ ในการติดตามผลระยะยาวพบว่า ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและการเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลลดลงสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ดีกว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลแบบการให้ความรู้ทางด้านจิตเวชและการพยาบาลตามปกติ

Dennis et al. (2000) ศึกษารูปแบบการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทโดยการนำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในงานวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยจิตเภท 63 รายมีอายุระหว่าง 18-45 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยเป็นการดำเนินกิจกรรมกับครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มละ 6-8 ครอบครัวโดยมีกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางลบ มีการส่งเสริมในด้านการพัฒนาทักษะในการจัดการอาการทางลบ ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมกลุ่มครอบครัวมีอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีอาการทางลบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าการให้โปรแกรมกลุ่มครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับป่วยซ้ำลดลง มีทักษะทางสังคมและการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Dennis et al. (2002) ศึกษา รูปแบบการให้บริการในผู้ป่วยจิตเภทโดยการนำโปรแกรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตครอบครัวแบบกลุ่มตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในงานวิจัยโดยเป็นการศึกษาการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มเปรียบเทียบกับการให้การพยาบาลตามปกติทั้งหมด 106 ครอบครัว ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Eastern State โดยมีกิจกรรม ในการให้ความรู้โรคจิตเภท การรักษา การพัฒนาทักษะการคิดการจัดการในการฝึกทักษะการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มเปรียบเทียบกับการให้การพยาบาลตามปกติภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจะมีการป่วยซ้ำลดลงในระยะเวลา 1 ปี อาการทางจิตดีขึ้นโดยประเมินจาก Brief Psychiatric Rating Scale และมีอาการทางลบลดลง

Rose, Finestone และ Bass (1985) ได้ทำการศึกษาของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เกิดผลดีต่อครอบครัวของสมาชิกโดยเฉพาะครอบครัวที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดความเครียดที่อาจมีสาเหตุมาจากครอบครัวหรือสมาชิกในกลุ่มและทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอีก สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ได้แก่ การปรับตัวของสมาชิกที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิต การยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย

7. โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กลุ่มสนับสนุนครอบครัว ตามแนวการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งนำแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งรูปแบบของการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2) การพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skill) ในด้านการทำหน้าที่ และการสื่อสาร 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา (Problem-solving skill) โดยใช้ระยะเวลาใน

การศึกษาเป็นเวลา 1 ปี โดยมีการทำกิจกรรมกลุ่มครอบครัวเดือนละ 1 ครั้งและมีการติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์ มีการให้ความรู้ในรูปแบบ วิดีโอ หลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ได้มีการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะ โดยมีการประเมิน 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10 และ เดือนที่ 12 พบว่า 1 เดือนแรก ระดับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และในเดือนต่อ ๆ ไประดับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็น โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวเพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมไทย โดยมีการปรับกิจกรรมการทำกลุ่มเป็นทุก 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ และปรับกิจกรรมการให้ความรู้จาก วิดีโอ มาเป็นการจัดทำคู่มือ และให้แสดงบทบาทสมมติตามกรณีศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถที่จะโต้ตอบกับผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยได้โดยตรงเพื่อซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย และจากการนำไปทดลองใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินกลุ่มในลักษณะนี้ สามารถเดินทางมาได้สะดวก ในการมาร่วมการทำกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยในการดำเนินการกลุ่มจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบ ด้วยสมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้หลากหลายและทั่วถึงกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มติดต่อกันรวมใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ และใช้เวลาในการทำกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที โดยประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจ และเกิดการยอมรับ (Accept) ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม และมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนา สัมพันธภาพที่บกพร่อง (Poor rapport) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคนอื่น สามารถเปิดเผยตนเอง สามารถแสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Lysake & Bell, 1995) และมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) จะเป็นการให้ความรู้ เพิ่มเติมจากสิ่งที่เหมาะสมได้ในกิจกรรมที่ 1 และเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบและจัดการอาการทางลบ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้จะเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่ตัดสินใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้น (Kaplan & Sadock, 1995) โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนส่งเสริมในด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะทางสังคม การพัฒนาทักษะทางสังคมเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป (วาสนา จันทร์สว่าง, 2533) โดยมีการแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (Communication skills) บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมหรือชุมชนในการที่จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกันและผู้ป่วยสามารถที่จะรับรู้ถึงความต้องการของบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีอาการไม่เข้าสังคม นอนมาก ขาดความคิดริเริ่ม ไม่พูดคุย ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติรู้สึกลำบากใจในการแก้ไข (Runion, 1983) การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาทักษะนี้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้

2) การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะดวกของร่างกาย การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน การรับประทานยาและการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยการที่ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนกับครอบครัวในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ได้ และให้คำชมเชยกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ตามที่วางแผนไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง (สุทธิณี พัตวิสัย, 2545) และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด การพัฒนาทักษะและการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล (Coping skills) โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหาการเกิดอาการทางลบ (Problem focused coping) คือการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มทำให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับปัญหา (Anderson et. al, 1980) โดยเฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถที่จะจัดการกับสาเหตุที่เป็นปัญหาจะทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นลดลงหรือหมดไปได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นและส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงหรือหมดไปได้ (McFarlane, 1995)

กิจกรรมที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือตนเอง จากสังคมหรือชุมชน และให้สมาชิกในกลุ่มได้ อภิปรายผลสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้จากกลุ่มที่สามารถจะนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันในชุมชนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ซึ่งในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลา คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในการฝึกทักษะในหัวข้อต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) จะมีการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จของกลุ่ม และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลง โดยแสดงให้เห็นตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

พัฒนาจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มครอบครัวของ McFarlane et al. (1995) ร่วมกับขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะ ของ Marram (1978) คือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาทีดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้

กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะทางสังคม

3.1 การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร

3.2 การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด

กิจกรรมที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมทบทวนสรุปพร้อมทั้งหมด



อาการทางลบ
ของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่อการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O₁ X O₂ กลุ่มทดลอง

O₃ O₄ กลุ่มควบคุม

O ₁	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุน
กลุ่มครอบครัว		
O ₂	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน
กลุ่มครอบครัว		
O ₃	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
O ₄	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ หลังได้รับการดูแลตามปกติ
X	หมายถึง	ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด 1 คน (เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน) และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย และมีระดับคะแนนอาการทางลบ 5-13 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ซึ่งธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
4. ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
5. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้
6. ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
7. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม และเป็นผู้ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและ เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน (จากการสอบถามผู้ป่วย)
2. เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย
 - 2.2 อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
 - 2.3 มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย
 - 2.4 มีการพังกันทางด้านเศรษฐกิจสังคม สามารถพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้
3. สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยกึ่งทดลองมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างว่าควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2001) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และ กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท ในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้
2. หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นติบยินยอมในการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยประเมินระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) โดยการประเมินอาการทางลบโดยใช้แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา และนำมาจับคู่อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเป็นการจัดกระทำกับสภาพเบื้องต้นเพื่อควบคุมให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยควบคุมตัวแปรดังกล่าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคะแนนเท่ากัน โดยจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางลบเท่ากัน โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก (คือ มีค่าคะแนนอาการทางลบ ระหว่าง 5-13 คะแนน) จากนั้นจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ (ดังตารางที่ 1)
4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Mann, 2001) โดยผู้วิจัยจับคู่ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และจับคู่คะแนนอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้อยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับน้อย โดยกำหนดระดับคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน (ดังตารางที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้ากลุ่มและสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนของอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนอาการทางลบ		ระดับอาการทางลบ
	ทดลอง	ควบคุม	
1	8.00	8.00	ปานกลาง
2	8.00	8.00	ปานกลาง
3	11.00	11.00	มาก
4	11.00	11.00	มาก
5	8.00	8.00	ปานกลาง
6	8.00	8.00	ปานกลาง
7	10.00	10.00	มาก
8	10.00	10.00	มาก
9	9.00	9.00	มาก
10	9.00	9.00	มาก
11	8.00	8.00	ปานกลาง
12	8.00	8.00	ปานกลาง
13	9.00	9.00	มาก
14	9.00	9.00	มาก
15	11.00	11.00	มาก
16	9.00	9.00	มาก
17	10.00	10.00	มาก
18	11.00	11.00	มาก
19	8.00	8.00	ปานกลาง
20	7.00	7.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ระดับระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตและระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิต (BPRS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ช่วงระยะเวลา* การเจ็บป่วยทางจิต	ระดับ (BPRS)	ช่วงระยะเวลา* การเจ็บป่วยทางจิต	ระดับ (BPRS)
1	1	น้อย	1	น้อย
2	1	น้อย	1	น้อย
3	1	น้อย	1	น้อย
4	1	น้อย	1	น้อย
5	1	น้อย	1	น้อย
6	1	น้อย	1	น้อย
7	1	น้อย	1	น้อย
8	1	น้อย	1	น้อย
9	1	น้อย	1	น้อย
10	1	น้อย	1	น้อย
11	1	น้อย	1	น้อย
12	1	น้อย	1	น้อย
13	1	น้อย	1	น้อย
14	1	น้อย	1	น้อย
15	1	น้อย	1	น้อย
16	1	น้อย	1	น้อย
17	1	น้อย	1	น้อย
18	2	น้อย	2	น้อย
19	2	น้อย	2	น้อย
20	2	น้อย	2	น้อย

*1 = ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-10 ปี 2 = ระยะเวลาการเจ็บป่วย 11-20 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยของ Dennis et al. (2000) โดยมีการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีรายละเอียดในการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวโดยผู้วิจัยประยุกต์การทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัวของ Dennis et al. (2000) ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการให้ความสำคัญในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในการส่งเสริมในด้านการมีกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการส่งเสริมการทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลง

2. สร้างโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ไปทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ตามแนวการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งนำแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งรูปแบบของการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2) การพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skill) ในด้านการทำหน้าที่ และการสื่อสาร 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา (Problem – solving skill) ในการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัวจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีการดำเนินการกลุ่มติดต่อกันรวมใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ และใช้เวลาในการทำกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที และผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มของ Murrain (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และจะเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่ตัดสินใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้น โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุน

กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป โดยมีการแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ

- การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ในการพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่น รู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารได้

- การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ได้ส่งผลให้อาการทางลบลดลง

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาช่วยกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือตนเอง จากสังคมหรือชุมชนสามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

3. สร้างโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมตามลำดับ รวมทั้งสร้างรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม ตั้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวให้ครอบครัวประเดิมเกี่ยวกับการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวเพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นสร้างสื่อ/อุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่าง ๆ ที่จะนำเสนอในกิจกรรม รวมทั้งคู่มือการจัดการอาการทางลบที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว (ดังรายละเอียดตัวอย่างคู่มือโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในภาคผนวก ข หน้า 125)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

นำเครื่องมือที่ได้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก หน้า 115) ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความตรงทางโครงสร้างในแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้ คือ

1) ควรปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้เป็นภาษาที่เข้าใจได้ง่ายในใบงานที่ 1/1 และปรับใบงานที่ 2/5 และใบงานที่ 4/2 จากการเขียนบรรยายเป็นการกากบาทหน้าข้อความเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจง่ายมากขึ้น

2) ปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมเป็น 60-90 นาที

หลังปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง และในการทดลองทั้ง 5 กิจกรรม ไม่ได้ทดลองกับครอบครัวเดิม ในการทดลองมีการแบ่งกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 3 ครอบครัวต่อ 1 กิจกรรม ในวันที่ 2 ถึง 4 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00 -12.00 น. จนกระทั่งครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ทั้งในด้านความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินกลุ่มจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ต้องปรับเนื้อหาในส่วนของ การให้ความรู้ให้สั้นและกระชับขึ้น ในกิจกรรมที่ 2 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงทำการปรับให้สั้นลง ส่วนระยะเวลาของการทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ พบว่ามีความเหมาะสมกับกิจกรรมที่ดำเนินการ และในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียดทักษะที่ใช้มีหลายวิธีทำให้ใช้เวลานานสมาชิกในกลุ่มไม่สนใจในการทำกิจกรรม ไม่ร่วมมือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด โดยให้สมาชิกเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียด 1 วิธี ที่ตนเองสนใจมาฝึกปฏิบัติ โดยไม่ต้องปฏิบัติตามการผ่อนคลายความเครียดทุกวิธี

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะตัวอย่างประชากรประกอบด้วย เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการอาการทางลบจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ

การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	จำนวน 2 ข้อ
การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	จำนวน 2 ข้อ
อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal)	จำนวน 2 ข้อ
มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking)	จำนวน 2 ข้อ
การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation)	จำนวน 2 ข้อ
การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)	จำนวน 1 ข้อ

ผู้วิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงแล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต้องอยู่ในช่วง 0-13 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงมีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางลบน้อย โดยแบ่งระดับได้ดังนี้ คะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 คะแนนถือว่ามีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนนถือว่ามีอาการทางลบน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) มาใช้ โดย หงษ์ บรรเทิงสุข ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .71 และ มีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ราย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินอาการทางลบเท่ากับ .94 สำหรับความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินอาการทางลบซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ .82

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งใช้ในการศึกษาของ สาริณี โต๊ะทอง (2548) ที่ โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบมีค่ามาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุดจนถึงไม่เป็นจริงเลย โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย	2
	หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	
ไม่เป็นจริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.49	ระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย	1.50-2.49	ระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	พอใช้
คะแนนเฉลี่ย	2.50-3.49	ระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50-4.49	ระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ดี
คะแนนเฉลี่ย	4.50-5.00	ระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ดีมาก

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว มีการกำหนดเกณฑ์การทดลอง คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ต้องมีระดับตั้งแต่ 2.50-3.49 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (ปรียศ กิตติธวัชศักดิ์, 2547) หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติม เป็นรายบุคคลจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ สาริณี ไต่ะทอง (2548) มาใช้ โดยในการศึกษาของสาริณี ไต่ะทองได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .83 และ มีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้มีการนำไปทดลองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่าได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ .74 สำหรับความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ .88

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาในเรื่อง การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองในวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งสิ้น 6 หน่วยกิต

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 เตรียมสถานที่โดยประสานงานกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และขออนุญาตทำการ

ทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวันที่ดำเนินการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน และเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองอีก 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.5 เตรียมผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม โดยคัดเลือกจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 2) มีลักษณะผู้นำ 3) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 4) สามารถเขียน และอ่านภาษาไทยได้ดี โดยผู้วิจัยจะมีการนัดพบกับผู้นำกลุ่มก่อนดำเนินการกลุ่มเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ชื่อเรื่อง ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม เทคนิคการทำกลุ่ม ตลอดจนหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเพื่อสร้างความมั่นใจในการเป็นผู้นำกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยจะมีการฝึกอบรมให้กับผู้นำกลุ่มก่อนเริ่มการทำกลุ่ม มีการซักซ้อมความเข้าใจ และทดลองปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มเป็นเวลา 1 วัน และมีการซักซ้อมทำความเข้าใจก่อนเริ่มกลุ่มจริงทุกครั้ง ประมาณ 20 นาที เพื่อทบทวน เนื้อหา และกิจกรรมการทำกลุ่ม มีการประเมินการทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มโดยการสังเกตจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการซักถามประเมินความรู้ของผู้นำกลุ่ม โดยให้ผู้นำกลุ่มตอบคำถามและอธิบายย้อนกลับ (ดังตัวอย่างคู่มือการฝึกทักษะผู้นำกลุ่มใน ภาคผนวก ข หน้า 137)

1.6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว ตามขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของโรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่ม

กิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว คือ กลุ่มที่ 1 และ 2 นัดทำการทดลอง วันที่ 4 ถึง 30 ธันวาคม 2551 ส่วนกลุ่มที่ 3 และ 4 นัดทำการทดลองวันที่ 8 ธันวาคม ถึง 5 มกราคม 2552 เวลา 8.30-10.00 น. และ 10.30-12.00 น.

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

1. **กลุ่มควบคุม** จะได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การประเมินอาการทางจิต การรับยาตามนัด การเยี่ยมบ้านในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายกรณี การเข้ากลุ่มอาชีพบำบัด เป็นต้น

2. **กลุ่มทดลอง** ได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว คือ กลุ่มที่ 1 และ 2 นัดทำการทดลอง วันที่ 4 ถึง 30 ธันวาคม 2551 ส่วนกลุ่มที่ 3 และ 4 นัดทำการทดลองวันที่ 8 ธันวาคม ถึง 5 มกราคม 2552 เวลา 8.30-10.00 น.และ 10.30-12.00 น. ณ ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ตารางการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรม
4 ธันวาคม 2551	1	8.30 – 10.00	การสร้างสัมพันธภาพและ ประเมินความต้องการ
	2	10.30 – 12.00	
11 ธันวาคม 2551	1	8.30 – 10.00	การให้ความรู้
	2	10.30 – 12.00	
18 ธันวาคม 2551	1	8.30 – 10.00	การพัฒนาทักษะทางสังคม
	2	10.30 – 12.00	
25 ธันวาคม 2551	1	8.30 – 10.00	การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด
	2	10.30 – 12.00	
30 ธันวาคม 2551	1	8.30 – 10.00	การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทบทวนสรุปรวมทั้งหมด
	2	10.30 – 12.00	

วัน/เดือน/ปี	กลุ่มที่	เวลา	กิจกรรม
8 ธันวาคม 2551	3	8.30 – 10.00	การสร้างสัมพันธภาพและ ประเมินความต้องการ
	4	10.30 – 12.00	
15 ธันวาคม 2551	3	8.30 – 10.00	การให้ความรู้
	4	10.30 – 12.00	
22 ธันวาคม 2551	3	8.30 – 10.00	การพัฒนาทักษะทางสังคม
	4	10.30 – 12.00	
29 ธันวาคม 2551	3	8.30 – 10.00	การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด
	4	10.30 – 12.00	
5 มกราคม 2552	3	8.30 – 10.00	การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทบทวนสรุปรวมทั้งหมด
	4	10.30 – 12.00	

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (ดังตัวอย่างโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในภาคผนวก ข หน้า 125)

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. บอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและสามารถบอกความต้องการของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย/การดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันในการค้นหาปัญหาระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

การสร้างสัมพันธภาพครั้งนี้จะใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (สมาชิกภายในกลุ่ม) เป็นผู้นำในการทำกลุ่มและผู้วิจัยจะเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนการดำเนินกลุ่ม (Facilitator) โดยมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มสามารถดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมช่วยควบคุมความก้าวหน้าของการดำเนินการทำกิจกรรม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ปัญหาภายในครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 การประเมินความต้องการและความคาดหวัง
 - 2.1 การประเมินความต้องการ (ครอบครัว/ผู้ดูแล)
 - ความต้องการ การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ความคาดหวังต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 การประเมินความต้องการ (สำหรับผู้ป่วย)
 - ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - ความคาดหวังต่อครอบครัว
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

2. ผู้นำกลุ่ม (สมาชิกในกลุ่มที่ได้รับการฝึกก่อนการเข้ากลุ่ม) แนะนำตัวเองและประวัติโดยย่อ จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา การนัดหมาย ทั้งเวลาและสถานที่นัดหมาย (โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เพิ่มเติมข้อมูล)
4. ผู้นำกลุ่มสอบถามสภาพปัจจุบันในครอบครัวและปัญหาที่พบภายในครอบครัวและให้สมาชิกระบุปัญหาที่พบภายในครอบครัวตามใบงานที่ 1/1
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอสิ่งที่บันทึกในใบงานที่ 1/1 และให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขร่วมกันภายในกลุ่ม
6. ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นและบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาของครอบครัวตามใบความรู้ที่ 1/1
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกระบุความต้องการของสมาชิกตามใบงานที่ 1/2 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลและสมาชิกที่เป็นผู้ป่วย และให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอความต้องการของครอบครัว/ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
8. ผู้นำกลุ่มร่วมกันอภิปรายกับสมาชิกในกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการตอบสนองความต้องการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล
9. ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการทำกลุ่มร่วมกับสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ในการทำกิจกรรมครั้งนี้พบว่า สมาชิกสามารถพูดคุย และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีเพียงบางครอบครัวที่ยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มต้องให้การกระตุ้นให้ตอบ และจากการที่สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันทำให้เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม สมาชิกสามารถเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้ และจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว พบว่าสมาชิก สามารถระบุ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ดูแลได้ และสมาชิกสามารถบอก ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความต้องการ การดูแลตนเอง

สามารถบอกความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถบอกความคาดหวังที่มีต่อครอบครัวได้

จากการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำกิจกรรมในใบงานที่ 1/1 สรุปได้ว่า

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินเนื่องจาก “ผู้ป่วย ป่วยเป็นระยะเวลานาน ต้องใช้เงินในการรักษา ทั้งค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายประจำวัน และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก็มาจากครอบครัว ทำให้มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย”

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วย ได้แก่ “รู้สึกเบื่อที่ครอบครัวไม่เข้าใจ ชอบว่า ผู้ป่วยเกียจคร้านไม่ทำงาน ทั้งที่ตนเองป่วย เวลาที่รับประทานยาก็จะง่วงไม่มีแรงทำงานแต่ครอบครัวไม่เข้าใจ”

ความคาดหวังของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างที่ผู้ดูแลรายหนึ่งซึ่งกล่าวว่า “อยากให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตัวเองและทำงานได้ตามปกติ”

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งกล่าวว่า “อยากให้ครอบครัวเข้าใจตนเองมากกว่านี้ ไม่อยากให้ครอบครัวดูว่าตนเองเกียจคร้าน แต่อยากให้เข้าใจว่าตนเองป่วย”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปปัญหาที่พบในครอบครัวและความคาดหวังของผู้ดูแลและผู้ป่วย ว่าแต่ละฝ่ายมีความคาดหวังในด้านใด และให้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อตอบสนองความคาดหวังของแต่ละฝ่าย สรุปได้ดังนี้ ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้นจะไม่ดูค่าผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น และในด้านผู้ป่วยจะพยายามช่วยงานบ้านมากขึ้น จะพยายามลดภาระให้ครอบครัวและพยายามใช้จ่ายอย่างประหยัด

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาและการดูแลเบื้องต้นได้
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และเข้าใจถึงอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสามารถประเมินอาการทางลบได้
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการดูแลเบื้องต้นได้
2. บอกลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสามารถประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบและวิธีการประเมินอาการทางลบเพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและได้รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ส่งผลให้สมาชิกเกิดความกระตือรือร้นว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นและก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมและยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ก่อให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น สามารถให้การดูแลและประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีอาการดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
3. ใบงานที่ 2/3 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. ใบงานที่ 2/4 แบบสำรวจอาการทางลบของโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
6. ใบความรู้ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
7. ใบความรู้ 2/3 ความรู้เรื่องอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทายและผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ข้อมูลภายในกลุ่มเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลโดยเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึง
 - อาการของโรคจิตเภท
 - การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
 - การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต โดยการทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2/1 ใบงานที่ 2/2 และ ใบงานที่ 2/3
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกในใบงานดังกล่าวและร่วมกันอภิปราย
5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ในเรื่องสาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตอาการทางลบตามใบความรู้ที่ 2/1 และใบความรู้ที่ 2/2
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ได้ร่วมกันและให้สมาชิกในกลุ่มยกตัวอย่างอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 3-4 อาการ และแจกใบสังเกตอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกได้นำกลับไปสังเกตอาการทางลบต่อที่บ้านตามใบงานที่ 2/5
7. ผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกซักถามและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากการที่สมาชิกร่วมกันทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และนำเสนอเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อ เกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท สรุปได้ว่า

สมาชิกในกลุ่มจะบอกสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทแตกต่างกัน ดังนี้ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก อุบัติเหตุได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง การเสพสารเสพติด ดังตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เมื่อ 10 ปีก่อน ชักรถจักรยานยนต์ล้ม ต้องผ่าตัดสมองหลังจากผ่าตัด ก็พูดไม่รู้เรื่อง พูดคนเดียว เดินไปเดินมา “

“ที่เป็นแบบนี้ะเธอ เพราะเขาเสพยาบ้ามา หลังจากนั้น ก็มีอาการหัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว กลางคืนไม่หลับไม่นอนเดินไปเดินมา”

สำหรับการสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกได้ว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการหูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน ไม่สนใจดูแลตนเอง และ ซึมเฉย ไม่พูด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เขาจะนั่งเฉยทั้งวัน ยิ้มคนเดียว ไม่พูดจากับใคร ไม่ยอมอาบน้ำต้องบอกทุกครั้ง และ เกียจคร้านไม่ยอมช่วยงานบ้านเอาแต่นอน “

“ผมหูแว่ว ได้ยินคนมาบ่น ข้างหูแต่ไม่รู้เขาบอกอะไร เป็นเสียงอยู่ในหูเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ รู้สึกรำคาญมากครับ “

“เขาบอกว่า เขาถูกฉลากกินแบ่งรัฐบาล เขารวยแล้วให้ แม่ไปขึ้นเงินให้”

สมาชิกในกลุ่มสามารถบอก ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภทได้แก่ พูดไม่ชัด เดินเหมือนหุ่นยนต์ น้ำลายไหล ง่วงซึมนอนทั้งวัน และ สามารถบอกวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อ เกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท โดยการให้ผู้ป่วยระวังอุบัติเหตุและการทำงานกับของมีคม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ และ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดอาการข้างเคียงตามแผนการรักษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ผมกินยาแล้วลิ้นแข็งน้ำลายไหล ตลอดเวลาเลยครับ”

“หลังที่กินยาตัวนี้แล้ว เวลาเขาเดินเป็นแข็ง ๆ ที่อ เหมือนจะล้มคะ ๆ ฉันต้องคอยดูคอยระวังกลัวเขาจะล้ม”

“กินยาแล้วพูดไม่ชัดเลยครับ ลิ้นแข็งมาก คอก็แข็ง ตัวก็แข็ง เลยบอกหมอ หมอก็สั่งยาอีกตัวมาให้แก้แพ้ กินละดีขึ้นครับและก็กินตามที่หมอบอกตลอดครับ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปผลตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ในเรื่องสาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้ หลังจากนั้นให้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและยกตัวอย่างอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 3-4 อาการ และผู้นำกลุ่มให้ความรู้วิธีการสังเกตอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกได้นำกลับไปสังเกตอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ นอนทั้งวัน ไม่พูดจา ไม่สนใจทำงานต่าง ๆ และ มักอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
3. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาในด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอาการทางลบ เช่น ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะพบว่าผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะไม่แยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้าไม่ค่อยพูด เก็บตัวอยู่คนเดียวในห้อง นอนมาก รับประทานอาหารลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอาการทางลบเกิดขึ้นและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้นในกิจกรรมนี้จะส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันดังนี้

1. การพัฒนาทักษะทางสังคมในการสื่อสาร

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร่องในด้านการสื่อสาร ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น สามารถบอกความต้องการและสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะสามารถแก้ไขความขัดแย้งได้หรือไม่ ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งนั่นคือ การพูดคุยกันหรือเรียกว่า การสื่อสาร จะเห็นได้ว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการชีวิตประจำวันในสังคม

2. การพัฒนาทักษะทางสังคมในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ดังนั้นครอบครัว (ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท) ควรมีการวางแผนการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร
2. ใบงานที่ 3/2 การเสริมทักษะทางสังคมในการสื่อสาร
3. ใบงานที่ 3/3 การเสริมทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิต
4. ใบความรู้ 3/1 เรื่องการสื่อสาร
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยอภิปรายในใบงานที่ 2/5 แบบสำรวจอาการทางลบของโรคจิตเภท
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 3/1 สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร(กรณีที่ 1)และช่วยกันอภิปรายเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดว่าเหมาะสมหรือไม่ จะหาแนวทางในการแก้ไขอย่างไร และนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและแจก สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร (กรณีที่ 2)
5. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานให้สมาชิกได้ฝึก การเสริมทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสารในประเด็นที่กำหนดให้ตามใบงานที่ 3/2 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้
 - สร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คนที่สามารถไปปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือ ได้ในช่วงที่ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือมีเหตุการณ์คับข้องใจ (ปฏิบัติในกลุ่ม)
 - รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวที่จะ ขอความช่วยเหลือได้ในช่วงที่ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือมีเหตุการณ์คับข้องใจ (นำกลับไปฝึก) และศึกษาหาข้อมูลแหล่งช่วยเหลือทางสังคมที่มีในชุมชน
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิก (ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท) ร่วมกันการเสริมทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิต ในประเด็นที่กำหนด ตามใบงานที่ 3/3 โดยวางแผน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ เช่น
 7. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย
 8. การบริหารจัดการการใช้จ่ายของตัวผู้ป่วยเองในแต่ละวัน
 9. การรับประทานยาและหน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย
 10. ให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอและร่วมกันอภิปรายและนำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน
 11. ผู้วิจัยสรุปประเด็นร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

สมาชิกสามารถบอกถึงอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยสามารถกลับไปสังเกตอาการและลงในแบบประเมินได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า สีหน้าเฉยเมย ไม่พูดคุยกับใคร นอนทั้งวัน ไม่สนใจตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และสมาชิกสามารถเลือกวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“สวัสดิ์ครับคุณหมอ ผมกินยาที่คุณหมอให้มาแล้ววงนอนตลอดเวลาเลยครับ ผมจะทำอย่างไรดีครับ”

“แม่รู้สึกดีใจมากที่ลูกมีอาการดีขึ้น ยอมกินยาเอง ไม่ต้องบังคับเหมือนแต่ก่อน อยากให้ลูกทำตัวดี ๆ อย่างนี้ต่อไปเรื่อย ๆ แม่จะมีความสุขมาก”

ผู้นำกลุ่มได้ยกตัวอย่าง เรื่องการสื่อสารสองทางทั้งทางบวกและทางลบ สมาชิกสามารถบอกได้ว่าการสื่อสารแบบใดที่เหมาะสม และสามารถแก้ไขการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมเป็นการสื่อสารที่เหมาะสมได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

การสื่อสารทางลบ

“ บอกให้มากินยา ทำไมยังไม่มากินอีก พูดไม่รู้เรื่อง ไม่รู้จักฟังเรื่องแค่นี้ยังไม่รู้จักรับผิดชอบ ของง่าย ๆ แค่นี้ยังดูแลตัวเองไม่ได้ ไม่รู้จักโตเป็นผู้ใหญ่เสียที ”

“ โอ้ย...ใครอยากกินยาก็กินเอง เบื่อจะตาย อยู่แล้วรำคาญพุกมากอยู่ได้ กินแล้วไม่เห็นมันจะหายเลย”

การสื่อสารทางลบทางบวก

“ลูกมากินยานะ จะได้หายป่วย รู้ใหม่ว่าแม่เป็นห่วงถ้าไม่กินเดี๋ยวเป็นมากขึ้นต้องไปนอนโรงพยาบาลอีกถ้ากินยาแล้วลูกก็มีอาการดีขึ้นแม่อก็สบายใจนะ”

“ผมไม่อยากกินยาแล้วครับผมเบื่อมาก กินยามานานแล้วยังไม่หายเลย ผมไม่กินดีไหมครับ”

สมาชิกสามารถเพิ่มทักษะทางการสื่อสารได้ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คนในกลุ่มได้ โดยสามารถขอ ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และสามารถระบุสาเหตุที่เลือกและบอกถึงสิ่งที่จะขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาได้

สมาชิกในกลุ่มสามารถวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทนำกลับไปปฏิบัติตัวต่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

วันที่/เวลา	กิจกรรมที่วางแผนไว้
วันที่.....	
7.00 - 8.00	-ตื่นนอน ล้างหน้าแปรงฟัน อาบน้ำ
8.00 - 9.00	-รับประทานอาหารเช้า รับประทานยา
9.00 - 11.00	-ช่วยงานบ้าน (กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างถ้วย)
11.00 - 12.00	-พักผ่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ดูทีวี อ่านหนังสือ)
12.00 - 13.00	-รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 16.00	-ช่วยงานบ้านต่อ (กวาดลานนอกบ้าน ปลูกต้นไม้ ถางหญ้า)
16.00 - 19.00	-พักผ่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ดูทีวี ออกกำลังกายกับเพื่อน ๆ)
19.00 - 20.00	-รับประทานอาหารเย็น
20.00 - 21.00	-อาบน้ำแปรงฟัน ทำกิจวัตรส่วนตัว
21.00 - 22.00	-รับประทานยาก่อนนอน และเข้านอน

หลังจากนั้นสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนการใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละวัน (ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันวางแผน) โดยมีการสร้างข้อตกลงร่วมกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ถ้าสมาชิกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ตั้งไว้ได้ ก็จะได้รับเงินค่าใช้จ่ายตามที่ตกลงกันไว้ เช่น “ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับค่าใช้จ่าย วันละ 20 บาท แต่ถ้าปฏิบัติไม่ได้จะถูกหักเงินค่าใช้จ่ายประจำวันลงตามจำนวนกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติได้” สมาชิกในกลุ่มรับทราบข้อตกลงร่วมกัน และเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการที่ได้วางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกจะนำไปปฏิบัติต่อในชุมชน

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น และให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้

4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
5. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
6. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุและอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงวิธีการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดของตนเองได้
5. ปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

อาการทางลบเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่รวมทั้งความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการยากลำบากในการอยู่ร่วมกับสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้เกิดความเครียด นอกจากนี้อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดและความเบื่อหน่ายในการดูแล

จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจึงต้องมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งในการจัดการกับความเครียดจะมีหลายวิธี เช่น วิธีจัดการกับปัญหาคือการให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือภายในกลุ่มในการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด เมื่อสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้นั้นจะ

ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีการคลายความเครียดหลากหลายวิธีที่เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นรวมทั้งลดภาวะและความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความเครียด
3. ใบงานที่ 4/3 การจัดการกับความเครียด
4. ใบความรู้ 4/1 ความเครียด
5. ใบความรู้ 4/2 การจัดการกับความเครียด
6. ใบความรู้ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
7. ใบความรู้ 4/4 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางลบและวิธีการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยอภิปรายในใบงานที่ 3/2 การเสริมทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือทางสังคมและใบงานที่ 3/3 การเสริมทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิต
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเรื่องความเครียด ความหมายสาเหตุ อาการตามใบความรู้ที่ 4/1 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามผู้นำกลุ่มแจกใบงานให้สมาชิกในกลุ่ม เพื่อทำการประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลตามแบบประเมินความเครียดในใบงานที่ 4/1
3. ผู้วิจัยอธิบายค่าคะแนนในแบบประเมินความเครียดและให้สมาชิกในกลุ่มแปลค่าคะแนนความเครียดของแต่ละบุคคล ว่าความเครียดของตนอยู่ในระดับใด
4. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสำรวจปัญหาอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของแต่ละครอบครัวตามใบงานที่ 4/2 และให้สมาชิกนำปัญหาที่ได้มาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในให้สมาชิกพูดคุยในประเด็น เมื่อท่านเกิดความเครียดขึ้น ท่านมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 4/3
6. ผู้วิจัยสรุปผลสาเหตุ อาการทางลบและวิธีการจัดการกับอาการทางลบและ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ตามใบความรู้ที่ 4/2 ใบความรู้ที่ 4/3 และใบความรู้ที่ 4/4 เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบและการผ่อนคลายความเครียดต่อไป
7. ผู้วิจัยให้สมาชิกเลือกและทดลองปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียดที่ตนเองสนใจโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอนและแนะนำในการฝึกปฏิบัติและร่วมกันอภิปรายสรุปผลกิจกรรม
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถระบุ บุคคลที่ตนเองกลับไปสร้างสัมพันธภาพในชุมชนได้ ในบางรายผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือโดยการพาผู้ป่วยไปหาเพื่อนบ้านและช่วยเริ่มการสนทนาก่อนหลังจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถพูดคุยและสอบถามข้อมูลได้ และจากกิจกรรมที่ 3 ที่มีการวางแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกับผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละวันพร้อมการวางแผนเรื่องการใช้จ่าย ใน 2-3 วันแรกผู้ดูแลต้องให้การกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ปลูกให้ต้น บอกให้ทำกิจวัตรประจำวัน และบอกให้ล้างจาน ต่อมาผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น แต่ผู้ดูแลยังต้องให้การกระตุ้นเป็นบางครั้ง มีการหักค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งไว้ เช่น ไม่ยอมล้างจาน ผู้ดูแลก็หักค่าใช้จ่ายประจำวันลง ทำให้ผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมตามที่ตนเองระบุไว้ เนื่องจากกลัวไม่ได้รับค่าใช้จ่ายประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแผนที่วางไว้ได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีผู้ดูแลคอยกระตุ้นและติดตามเป็นระยะ ๆ

จากการที่ให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์เล็กน้อยถึงปานกลาง

ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกบอกถึง สาเหตุความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้นได้และ ให้สมาชิกบอกถึงอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว สมาชิกสามารถระบุอาการทางลบ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“เครียดนะที่ตัวเองเป็น แบบนี้งานการก็ไม่มีทำ ทำอะไรก็ไม่ได้ ไม่มีแรง รู้สึกง่วงนอน ตลอดเวลา เป็นภาระให้กับครอบครัวไม่รู้จะทำยังงัยเหมือนกัน ”

“ผมก็เครียดนะ ไม่อยากออกไปไหนมาไหนเลย เพราะชาวบ้านชอบมองผมแปลก ๆ เหมือนผมเป็นตัวประหลาด”

“ฉันก็เครียดนะ ที่ถูกมาเป็นแบบนี้ทำอะไรก็ไม่ได้ งานการก็ไม่มี ถ้าฉันเป็นอะไรไปใครจะ มาดูแลเขา คนอื่นเขาก็มีภาระ คิดที่ไรกลุ้มใจทุกทีเลย”

“ทำไมลูกเราต้องมาเป็นแบบนี้ ไม่หายสักทีรักษามานานเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล ไม่มีใครมาช่วยเหลือเลย เป็นภาระของเราคนเดียว งานการอะไรก็ทำไม่ได้ต้องให้บอกทุกเรื่อง คิดแล้ว ก็กลุ้มใจไม่รู้จะทำอย่างไรดี”

และผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด และ ร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“เวลาเครียดก็ออกไปเดินเล่น พูดคุยกับเพื่อนข้างบ้านพอหายเครียดก็กลับบ้าน ”

“เวลาเครียดไปทำบุญ ไปวัด นั่งสมาธิ จิตใจก็สงบดีนะก็หายเครียดได้”

“ถ้าผมเครียดผมก็เปิดทีวี หรือไม่ก็เปิดเพลงฟังก็เพลินดีนะครับ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดโดยการหาสาเหตุของความเครียดที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยเน้นอาการทางลบ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและบอกถึงแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหาดังต่อไปนี้

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

แนวทางในการจัดการกับอาการทางลบ

ซึมเฉย นอนทั้งวัน นอนไม่เป็นเวลา

“กระตุ้นให้ตื่น ชวนพูดคุย พาออกไปข้างเพื่อให้เข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และให้นอนกลางวันน้อย ๆ กลางคืนจะได้หลับ หากิจกรรมให้ทำเวลากลางวัน เช่นให้ ช่วยทำงานบ้าน พยายามกระตุ้นให้ทำกิจกรรม และให้กิน ยาตามที่หมอสั่งอย่างเคร่งครัด”

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**แนวทางในการจัดการกับอาการทางลบ**

ไม่สนใจตนเองไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง “ต้องคอยกระตุ้นเตือนให้ทำ ถ้าไม่ยอมทำก็บอกว่าตามที่ตกลงกันไว้จะหักค่าใช้จ่ายประจำวันลง”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน “ก็ต้องคอยกระตุ้นให้ทำบอกให้ช่วยบ้าง นิด ๆ หน่อย ๆ ก็ยังดีเขาจะได้ไม่เบื่อและเมื่อเขาทำได้ก็ให้กำลังใจเขาจะได้ทำต่อไป”

แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง สมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดี และสมาชิกสามารถปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด 1 วิธี ที่ตนเองสนใจได้อย่างถูกต้อง หลังจากกิจกรรมนี้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความน่าสนใจและมีประโยชน์ จะนำกลับไปใช้เมื่อเกิดความเครียด

กิจกรรมที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวและสนับสนุนทางสังคมได้
2. บอก ชื่อสมาชิกในกลุ่ม ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เวลา สถานที่และ

การนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม จะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพลัง ความเข้มแข็ง

เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Problem solving) เกิดการสร้างเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืน และเกิดความเข้มแข็งในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มและขยายต่อไปถึงการสร้างเครือข่ายในชุมชน

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีใน

สังคมอย่างจริงจัง

- ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณมีค่า และเป็นที่ยอมรับใน

สังคม

- ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมี

ประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชนได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
2. ใบงานที่ 5/2 การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 5/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทาย
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของแต่ละครอบครัวที่มีอยู่ในชุมชนตามใบงานที่ 5/1 และส่งตัวแทนมานำเสนอ

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มโดยการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ทำให้สมาชิกสามารถติดต่อกันได้ นัดหมายวันเวลาสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปตามใบงานที่ 5/2 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ยั่งยืน
5. ผู้นำกลุ่มร่วมอภิปรายกับสมาชิกในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกกล่าวมาและให้ข้อมูล เพิ่มเติมเรื่องการสนับสนุนทางสังคมตามใบความรู้ที่ 5/1 และให้สมาชิกซักถามปัญหาและสรุปผลการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มและอภิปรายสรุป ผลสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มทั้ง 5 สัปดาห์ และให้สมาชิกอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มที่สามารถจะนำไปใช้ได้
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม
8. ประเมินสัมพันธภาพครอบครัว

การประเมินผล

สมาชิกสามารถบอก ถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวและสนับสนุนทางสังคมได้ สามารถบอกชื่อสมาชิกในกลุ่มที่ตนเองไว้วางใจสามารถขอความช่วยเหลือได้ สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือและนัดหมายเพื่อพบปะพูดคุยกัน ภายในกลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกถึงแหล่งขอความช่วยเหลือ ในชุมชน เมื่อสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเอายามารับประทาน โดยมีสม.เป็นผู้ให้บริการ ส่วนผู้ที่มีปัญหาด้านการเงิน ก็จะไปขอความช่วยเหลือจากสำนักงาน เขตพื้นที่ที่ตนอาศัยอยู่ เพื่อทำบัตรสังคมสงเคราะห์ บัตรผู้พิการหรือบัตรประกันสุขภาพ ที่พบได้บ่อยเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มได้ทำกิจกรรมในใบงานที่ 5/1 สรุปได้ดังต่อไปนี้

“เวลาไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปอนามัยเอายามากินเพราะมาโรงพยาบาลมันไกล แต่ถ้าไม่ไหวจริง ๆ ก็จะมาโรงพยาบาล ”

“เมื่อก่อนแย่มากไม่มีเงิน เดียวนี้ดีขึ้นมาน้อยค่ายาไม่ได้จ่ายหลวงช่วย ได้ค่าผู้พิการเดือนละ 500 บาท เอาไว้ใช้จ่าย”

“ช่วงที่เรามีอาการกำเริบเดินไปเดินมาไม่ยอมนอน ไม่ยอมกินยา จะพามาโรงพยาบาลก็ไม่มาต้องโทรแจ้ง ผู้ใหญ่บ้านให้เอาตำรวจและชาวบ้านมาช่วย พาส่งโรงพยาบาล”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และบอกวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสมาชิกเข้าใจ ในการทำกลุ่มครั้ง

นี้และเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับและอยากให้กลุ่มดำเนินต่อไป สมาชิกจึงมีการแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ที่จะสามารถติดต่อกันได้ เพื่อที่จะนัดหมายกันในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีนัดหมายที่เจอกันเดือนละ 1 ครั้งในวันที่ผู้ป่วยมารับยา เพื่อการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมต่อไป

การกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้วในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ เป็นการตรวจสอบสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว การที่ผู้วิจัยเลือกแบบวัดสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง เนื่องจากในการทำกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม เป็นการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว โดยในแต่ละกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ทั้งในด้านการสื่อสาร การเปิดเผยความต้องการของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจภายในครอบครัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้ร่วมกันแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีต่อกันภายในครอบครัว โดยแสดงผลการประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังในตารางที่ 5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 การประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ลำดับที่	คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว
1	3.83	ดี
2	3.50	ดี
3	3.08	ปานกลาง
4	3.33	ปานกลาง
5	3.50	ดี
6	3.08	ปานกลาง
7	3.50	ดี
8	3.25	ปานกลาง
9	3.33	ปานกลาง
10	3.50	ดี
11	3.66	ดี
12	4.16	ดี
13	4.30	ดี
14	4.50	ดีมาก
15	3.83	ดี
16	4.00	ดี
17	3.83	ดี
18	3.66	ดี
19	3.50	ดี
20	4.30	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 5 คน ในระดับดีจำนวน 14 คน และในระดับดีมากจำนวน 1 คน ซึ่งทุกครอบครัวได้ผ่านเกณฑ์ซึ่งกำหนดไว้ว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวต้องได้ตั้งแต่คะแนน 2.50-3.49 ซึ่งถือว่ามีสัมพันธภาพในระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (ปริญศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว มีกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการเปิดเผยความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยกันมากขึ้นทราบความต้องการของกันละกัน ส่งผลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นภายในครอบครัว

ขั้นที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
2. ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์
3. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยตอบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว
4. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ การเข้ากลุ่มฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการขอจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2551
2. ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปของผลการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนอาการทางลบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติ Paired t-test
3. คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	95	15	75
หญิง	1	5	5	25
อายุ				
20-29 ปี	4	20	6	30
30-39 ปี	12	60	10	50
40-49 ปี	3	15	3	15
50-59 ปี	1	5	1	5
สถานภาพสมรส				
โสด	20	100	17	85
คู่	-	-	1	5
หย่า/ร้าง	-	-	2	10
หม้าย/หย่า	-	-	-	-
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	16	80	14	70
มัธยมศึกษา	3	15	3	15
อนุปริญญา	1	5	2	10
ปริญญาตรี	-	-	1	5

จากตารางที่ 6 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วน ใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 95 และ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 100 และ 85 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต รายได้ และ ศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล				
1 - 5 ครั้ง	8	40	9	45
6 - 10 ครั้ง	7	35	8	40
11 - 15 ครั้ง	3	15	2	10
16 ครั้งขึ้นไป	2	10	1	5
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต				
น้อยกว่า 2- 5 ปี	6	30	7	35
มากกว่า 6 - 10 ปี	11	55	10	50
มากกว่า 11 - 15 ปี	3	15	2	10
มากกว่า 16 – 20 ปี	-	-	1	5
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	-	-	-	-
รายได้				
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	20	100	16	80
มากกว่า 5,000 – 10,000บาท/เดือน	-	-	4	20
มากกว่า 10,000 – 20,000บาท/เดือน	-	-	-	-
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	-	-	-	-
ศาสนา				
พุทธ	20	100	20	100
อิสลาม	-	-	-	-

จากตารางที่ 7 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5- 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	9.100	1.252	19	14	.000
หลังการทดลอง	6.300	1.129			
ผลต่าง (D)	2.800	.894	19	14	.000

*p < 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ (\bar{X} =6.300) น้อยกว่า ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ (\bar{X} =9.100)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	9.100	1.252	19	14	.000
หลังการทดลอง	3.700	0.923			
ผลต่าง (D)	5.400	1.314	19	18.380	.000

*p < 0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว (\bar{X} =3.700) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว (\bar{X} =9.100)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.700	0.923	38.000	-7.974	.000
หลังการทดลอง	6.300	1.129	36.566		

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว (\bar{X} =3.700) น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ (\bar{X} =6.300)

สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่ม

การใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลงแล้ว หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการเข้าโปรแกรมและประโยชน์ที่ผู้ป่วยคิดว่าได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัวมีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความต้องการของกันละกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง
2. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับพยาบาล เจ้าหน้าที่เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่
3. การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มาเข้ากลุ่ม ทำให้มีเพื่อนที่เข้าใจ เห็นใจ คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกัน รวมทั้งได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน ได้รับคำแนะนำเรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์สามารถที่จะนำไปใช้ได้จริง และได้รับความรู้เพิ่มเติมในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและมีแนวทางในการปฏิบัติมากขึ้น

4. นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังได้คลายความวิตกกังวลใจ และผ่อนคลายความเครียด ได้ทราบว่ามีคนอื่น ๆ ที่เขาเป็นมีปัญหาเช่นเดียวกับเรา หรือบางคนต้องเจอปัญหาที่มากกว่าเราแต่เขาก็สามารถที่จะจัดการได้ ทำให้เกิดกำลังใจและความสบายใจที่จะต่อสู้ต่อไป

5. ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญสามารถที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่าง ๆ ของตนเองให้สำเร็จได้

6. ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหามากขึ้น โดยมีครอบครัวคอยให้กำลังใจให้การสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

7. ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความรู้สึกเท่าเทียมกัน ในการเข้ากลุ่ม ก่อให้เกิดการร่วมมือกันในการหาวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และเกิดการระดมความคิดในการวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

8. ผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะต้องได้รับการรักษาด้วยยา ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน จะต้องดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลให้ครอบครัวทราบแนวทางในการปฏิบัติตนกับผู้ป่วย และเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ต้องการให้มีการจัดกิจกรรม ในการทำกลุ่มเช่นนี้เกิดขึ้นอีก และ อยากให้เกิดความต่อเนื่อง เพราะในการเจอกันแต่ละครั้งได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ดังนั้นสมาชิกในกลุ่ม จึงมีการนัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการที่จะมาเจอกัน เพื่อที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน โดยเลือกวันทีสมาชิกต้องมารับยาในครั้งต่อไปของทุกเดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ได้เกิดเครือข่ายในการร่วมกลุ่มมีการสร้างเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวจะน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย 1) บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด 1 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 2) ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชาย และหญิง ได้รับการรักษาอาการทางจิต

ครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้ ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว ผู้วิจัยประเมินระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) โดยการประเมินอาการทางลบโดยใช้แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา และนำมาจับคู่อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเป็นการจัดกระทำกับสภาพเบื้องต้นเพื่อควบคุมให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยควบคุมตัวแปรดังกล่าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคะแนนเท่ากัน โดยจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางลบเท่ากัน โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก (คือ มีค่าคะแนนอาการทางลบ ระหว่าง 5-13 คะแนน) จากนั้นจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ และ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจับคู่ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และจับคู่คะแนนอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้อยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับน้อย โดยกำหนดระดับคะแนน ไม่เกิน 30 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้ากลุ่มและสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวของ McFarlane et al. (1995) ร่วมกับการผสมผสานกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ในโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม ได้แก่การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปพร้อมทั้งหมด เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหากิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลัง การ

ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 3 ครอบครัวต่อ 1 กิจกรรม จนกระทั่งครบทั้ง 5 กิจกรรม โดย 1 ครอบครัวประกอบด้วย ผู้ดูแล 1 คน และ ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะของตัวอย่างประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดการอาการทางลบจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ประกอบด้วยแบบตรวจสอบรายการจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยการสังเกตอาการและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .82

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งใช้ในการศึกษาของสาริณี ไต่ระทอง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ใช้การสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นจริงเลย (1) ถึง เป็นจริงมากที่สุด (5) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินชุดนี้ในระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 คะแนนขึ้นไป) ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในการสร้างเครื่องมือการตรวจสอบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง โดยพัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจาก

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมผู้นำกลุ่ม เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว แจ่งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ถึงความแตกต่างในรูปแบบการพยาบาลที่จะได้รับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินคะแนนอาการทางลบ

ระยะดำเนินการทดลอง ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง จำแนกเป็นการเตรียมการที่สำคัญ ดังนี้

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาในเรื่อง การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยศึกษา

ค้นคว้าจากเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ การสนับสนุนกลุ่มครอบครัวร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งสิ้น 6 หน่วยกิต

1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานงานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เตรียมผู้ช่วยวิจัย และ เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.3 เตรียมผู้นำกลุ่ม โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 2) มีลักษณะผู้นำ 3) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 4) สามารถเขียน และอ่านภาษาไทยได้ดี โดยผู้วิจัยจะมีการนัดพบกับผู้นำกลุ่มก่อนดำเนินกลุ่มเพื่อ แจ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม และรายละเอียดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากนั้นผู้วิจัยมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม ใช้เวลา 1 วัน เพื่อพัฒนาทักษะการทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม โดยให้ทั้งความรู้และการทดลองฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งในเรื่องขั้นตอนการดำเนินกลุ่มตามโปรแกรม และการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการทำกลุ่ม นอกจากนี้เพื่อสร้างความมั่นใจในการเป็นผู้นำกลุ่ม ก่อนเริ่มกลุ่มจริงทุกครั้งผู้วิจัยจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที เพื่อซักซ้อม ทำความเข้าใจ รวมทั้งทบทวน เนื้อหา และกิจกรรม ที่จะต้องดำเนินการในแต่ละครั้ง และระหว่างการทำดำเนินกลุ่มผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนกลุ่ม เป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการดำเนินกลุ่มรวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ภายหลังจากเสร็จสิ้น

การทำกลุ่มมีการประเมินการทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มโดยการสังเกต จากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการซักถามประเมินความรู้ของผู้นำกลุ่ม โดยให้ผู้นำกลุ่มตอบคำถามและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับผู้นำกลุ่ม เพื่อการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มในครั้งต่อไป (ดังตัวอย่างการฝึกทักษะผู้นำกลุ่มในภาคผนวก ข หน้า 137)

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน และเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองอีก 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว ตามขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของโรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว

1. ระยะดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

1.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยมีการแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 5 ครอบครัว ๆ ละ 2 คน ดังนั้นแต่ละกลุ่มจะมีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยดำเนินการกลุ่ม ณ ห้องกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2551 ถึง 5 มกราคม 2552 ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการกลุ่ม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการดำเนินการเพื่อสร้างความไว้วางใจและเกิด

การยอมรับ (Accept) ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม และมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแต่ละครอบครัวด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่บกพร่อง (Poor rapport) และมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้ **กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยใช้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ในการให้ความรู้เพิ่มเติมจากสิ่งที่ประเมินได้ในกิจกรรมที่ 1 และเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยา และผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบและจัดการอาการทางลบ **กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป โดยแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (Communication skills) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 2) การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย การบริหารจัดการการใช้จ่ายในแต่ละวัน การรับประทานยาและการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยการที่ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนกับครอบครัวในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่วางแผนไว้ได้ **กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด การพัฒนาทักษะและการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล (Coping skills) โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) คือ การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และ **กิจกรรมที่ 5** การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือตนเอง และรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชน อีกทั้งเป็นการให้สมาชิก

ในกลุ่มได้อภิปรายถึงสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันในชุมชนเพื่อจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้

ซึ่งการดำเนินการแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ดังข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) เพื่อดำเนินการทั้ง 5 ทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) โดยในการดำเนินการกลุ่มมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ **“มีหัวอกเดียวกัน”** กับสมาชิกผู้ดูแลคนอื่น ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้าย ๆ กันมาแลกเปลี่ยนร่วมกันทำให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การทำกลุ่มโดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลและผู้ดูแล เกิดเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ดูแลและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ดูแลซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายในการดูแลทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและทำให้ผู้ดูแลจิตเภทมีอาการทางลบลดลงและเกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

2. ระยะประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองมีการกำกับการทดลองทันที โดยกลุ่มทดลองทุกคน จะได้รับการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการทางลบด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ทั้งสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (Pre-test) 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว และของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติ Paired t-test รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหา

ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X} = 3.700$, S.D. = 0.923) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X} = 9.100$, S.D. = 1.252) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

2. จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภายหลังการทดลองอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X} = 3.700$, S.D. = 0.923) น้อยกว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 6.300$, S.D. = 1.129) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัยทั้ง 2 ประการ ที่ตั้งไว้ คือ

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการทดลอง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยจะขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว มีผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า เกิดขึ้นเนื่องจากการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหาอย่างเดียวกัน มาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) มีการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่ม

สนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคิดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving) เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีอาการทางลบลดลง (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) โดยการดำเนินกลุ่มในกระบวนการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว จะมีสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือก และฝึกทักษะการทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม มีผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนกลุ่มและเป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่มเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกกลุ่ม สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผลการวิจัยที่พบในเรื่องนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ที่นำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995) มาประยุกต์ ใช้แล้วพบว่าโปรแกรมกลุ่มครอบครัวมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก็มีค่าเฉลี่ยอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบัน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการให้บริการ ด้วยการนำกระบวนการกลุ่มในลักษณะต่าง ๆ มาใช้ในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมากขึ้น อาทิ มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยาจิตเภท การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาชีพบำบัดเพื่อฝึกอาชีพพร้อมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อหารายได้ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยมีพยาบาลหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ดังนั้นการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับระหว่างการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาด้านความรู้และฝึกทักษะโดยใช้กระบวนการกลุ่มดังกล่าว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น และสมาชิกในครอบครัวของตนมากขึ้นกว่าเดิม จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินี้มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบลดลงภายหลังการศึกษาได้

1. จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว มีผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมการ

สนับสนุนกลุ่มครอบครัว ส่งผลต่อการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ($\bar{X} = 9.100$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางลบภายหลังการทดลองแล้วพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวมีคะแนนอาการทางลบที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 3.700$ และ 6.300 ตามลำดับ, $t = -7.974$) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เป็นกระบวนการกลุ่มสนับสนุนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมาจากครอบครัวเดียวกันเกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน จนกลายเป็นการสร้างควมไว้วางใจและเกิดการยอมรับ (Accept) ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งมาจากครอบครัวอื่น ๆ ด้วย ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาการมีสัมพันธภาพที่บกพร่อง (Poor rapport) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคนอื่น สามารถเปิดเผยตนเอง สามารถแสดงความรู้สึกและมีกับผู้อื่นได้ (Dennis et al., 2000) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ยังได้รับการพัฒนาทักษะในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันวางแผนกับครอบครัวในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของตน มีการฝึกปฏิบัติจริงในการดำเนินการกลุ่ม และการลองไปฝึกกับสถานการณ์จริงในการดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน โดยมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนส่งเสริม กำกับดูแลและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ได้ ถือเป็นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุทธิณี พัตวิสัย, 2545) และทำให้มีอาการทางลบลดลง (อัญชดี ศรีสุพรรณ, 2547) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ถือเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ทำให้สมาชิกเกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ปัญหานั้นลดลงหรือหมดไปได้ (Andresen, 1982) ประกอบกับกิจกรรมการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งมีอยู่ใน

โปรแกรม ก็เป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสร้างเครือข่ายการดูแล หรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมได้ เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงเช่นกัน (Chien et.al, 2004)

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น แม้ว่าภายหลังการศึกษา จะมีอาการทางลบลดลง อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการพัฒนาคุณภาพของระบบ บริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ในช่วงที่ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการศึกษาวิจัย ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินกิจกรรม กลุ่มอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว จะ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ถูกออกแบบมาให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระในการจัดการกับอาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภททุกด้าน ได้แก่ การส่งเสริมให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท การ ฝึกทักษะทางสังคมทั้งในด้านการสื่อสารและ การดูแลตนเองในการทำวัตรประจำวัน การขอ ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหา และ การ ผ่อนคลายความเครียด ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลง มากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นอกจากลักษณะของกิจกรรมกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแล้ว ยังมีความ แตกต่างกันในเรื่องผู้รับผิดชอบในกระบวนการกลุ่มอีกด้วย โดยในการดูแลตามปกติมีพยาบาลทำ หน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ส่วนการดำเนินกลุ่มตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวจะมีผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม จึงเป็นผู้ "มีหัวอกเดียวกัน" กับสมาชิกผู้ดูแลคนอื่น ๆ ทำให้ สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้าย ๆ กันมา แลกเปลี่ยนร่วมกันทำให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การทำกลุ่มโดย ให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความ มีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือกัน ในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้แล้วหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่มตามโปรแกรมการ

สนับสนุนกลุ่มครอบครัว สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยน ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เพื่อใช้ในการติดต่อกันระหว่างสมาชิก และมีการวางแผนนัดหมายที่จะมาพบกัน เดือนละ 1 ครั้งในวันที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาตามนัด เพื่อรวมกลุ่มระหว่างสมาชิกด้วยกันเองอย่างไม่เป็นทางการ แม้ว่าจะไม่มีผู้วิจัยเข้าร่วมกลุ่มในครั้งต่อไป โดยการนัดหมายดังกล่าวมีเป้าหมายให้เกิดการพูดคุยและดำเนินการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นช่องทางที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ต่อไป

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ที่มีการศึกษาถึงการที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี และมีการวัดระดับคะแนนอาการทางลบเป็นช่วง ๆ โดยวัดในเดือนที่ 1,3,4,6,7,9,10 และ 12 พบว่าระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่เดือนที่ 1-12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าหากสามารถให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงไปเรื่อย ๆ ดังนั้นในการให้การดูแลตามปกติ ควรเพิ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เข้าไปในกิจกรรมเดิมที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังเป็นการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน ที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระแก่สังคมและประเทศชาติ เป็นการลดการสูญเสียทางด้านบุคคลและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าการดูแลตามปกติ และยังส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปใช้ ผู้ที่จะใช้โปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม และมีทักษะในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนนำไปใช้ จะทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เนื่องจากผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการกลุ่มสนับสนุนสำหรับ ครอบครัว ดังนั้น ในการฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอและเหมาะสมโดยให้ลองฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ประมาณ 2-3 ครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

3. ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปใช้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล และมีการติดตามประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นระยะ ๆ ทุก 2-3 เดือน เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการดูแล

4. ควรมีการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะของผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้นำกลุ่มมีความสามารถที่จะดำเนินการกลุ่มในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้เกิดการสนับสนุนระหว่างสมาชิกในกลุ่มและพัฒนาศักยภาพของผู้นำกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มอื่น ๆ ต่อไปได้ โดยในช่วงแรก พยาบาลต้องให้การสนับสนุน ทั้งในด้านความรู้และส่งเสริมให้มีการดำเนินการกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะทำหน้าที่ และมีการติดตามประเมินผล เป็นระยะเพื่อให้เกิดเครือข่าย ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเกิดความเข้มแข็งในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา เพื่อติดตามผลระยะยาว ถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี

2. ในการศึกษาตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว สมาชิกในกลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แต่ในการศึกษาครั้งนี้ มีการวัดผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ เช่น ความเครียดหรือภาวะการดูแล ว่าได้ผลอย่างไร

3. ควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยว่าโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสามารถใช้จัดการกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชในด้านอื่น ๆ ว่าได้ผลอย่างไร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **กรอบการวิจัยสุขภาพ (2548-2552)**. พิมพ์ครั้งที่ 1
สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. อุดมศึกษา.
- กานดา ผาวันค์. 2547. ผลของกลุ่มศิลปบำบัดที่มีผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.
Available at: http://www.jvkk.go.th/research_new/details.asp?code=2349
[2007, December 28]
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. **ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- จันทร์เพ็ญ นารินทร์และรังสิยา นารินทร์. 2544. ทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9. **วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์**. 21(2) : 19-26.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. 2536. **งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล
สระบุรี**. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี.
- จันทิมา องค์โสมสิต. 2545. **จิตบำบัดในงานปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. การนำมาโมดิฟายดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. **วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 3 (1) : 22-42.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. **ในเอกสารประกอบการอบรมเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน** : 58-98. (29-30 กรกฎาคม) ณ โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. 2549. **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี :
ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- ดารา ศัตถ์, ดวงตา กุศลรัตนญาณ และสมสกล สุภัทรพันธุ์. 2539. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531. **คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ดรุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. ปรินญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. ปรินญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศน์า บุญทอง. 2532. **มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม**. *วารสารพยาบาล*. 38 (1) : 27-29.
- ทัศน์า บุญทอง. 2535. **แนวคิดและหลักการพยาบาลจิตเวช**. ใน กัญญา กาญจนบุรานนท์ (บรรณาธิการ). **เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการนิเลือกสรร การพยาบาลมารดาและทารกและการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. **กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปรินญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุญผาสังข์. 2545. **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิต**. วิทยานิพนธ์ปรินญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี ตั้งเสรี, 2541. 2541. **การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD10**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. มปป. **Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS -T)**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิช.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์.
- ปานัน บุญหลง. 2534. **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสยาม
เจริญพานิช.
- โปรยทิพย์ กสิพันธ์. 2541. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ. 2542. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. **วารสาร
พยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต**. 13 :32-44.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2547. **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**.
สงขลา : ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำและ
ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. 2549. **เอกสารประกอบการสอนการวิเคราะห์ประเด็นการปฏิบัติการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. 2534. **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภูษาดิ แสงเขียว. 2542. **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย
จิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน. 2544. **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 9 (3), 113-127.
- มาโนช หล่อตระกูล. 2541. **ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา**. **วารสารคลินิก**. 67 (14) : 761-765.

- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมช สุคนิษฐ์. 2542. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร : สุวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมช สุคนิษฐ์. 2543. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร : สุวีชาญการพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. **ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 13 : 1-9.
- รจนา ปุณโณทก และ นภาพร เอี่ยมลออ. 2549. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 14(3): 64-72.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ. 2549. **ผลของการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการกลับมารักษาซ้ำ**. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, ณ. โรงแรมปรีณชพาเลซ กรุงเทพฯ, จากหลังคาแดงสู่ชุมชนระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, หน้า 232.
- รัชนิกร อูปเสน. 2541. **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลักษณะ สะตะเวทิน. 2536. **หลักการพูด**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- วาสนา จันทร์สว่าง. 2533. **การประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข**. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมวิราช. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมวิราช.
- วาสนา ปานดอก. 2545. **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537. **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 21(14) : 33-37.

- วัชรารภรณ์ อุทโยภาส. 2542. **การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.** รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2544. **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์.** พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2536. **คืนผู้มีปัญหาทางจิตให้ชุมชน : พุดง่ายทำยากจริงหรือ.** **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 15 (3) : 11-19.
- ชากุล สิ้นไชย. 2530. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำ.** รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2531. **ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม. การประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมนทัศน์ในการพยาบาลแบบองค์รวม.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาย จักรพันธ์. 2543. **แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต.** นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2523. **คู่มือจิตเวชศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร, อักษรสัมพันธ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว.
- สันชัย วสุนธรา. 2547. **จิตเภท.** กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สุขภาพจิต, กรม. 2549. **ข้อมูลสถิติ.** Available at: <http://www.dmh.moph.go.th> [2007, December 28]
- สุขภาพจิต, กรม. 2541. **สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช.** นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. Available at : <http://www.dmh.moph.go.th> [2007, December 28]
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. **ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิณี พัดวิสัย. 2545. **ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุพัฒน์ เดชชาติวงศ์ ณ อยุธยา. 2550. **คู่มือจิตเวชศาสตร์ สำหรับประชาชน**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2527. **ความวิตกกังวล**. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สารินี ไต้ทอง. 2548. **ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546. **การสาธารณสุขไทย 2542-2543**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หลุยส์ จำปาเทศ. 2533. **จิตวิทยาสัมพันธ์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ. 2542. **การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย จิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้การปรึกษาที่บ้าน**. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. 13 : 32-44.
- อมรา พงศานินันท์. 2538. **วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ : วิเคราะห์สังคมไทยแนว มนุษยวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัถพวงศ์ ถนิมพาสณ์. 2546. ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดกลุ่มอาการทางลบใน

ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญราษฎร์. Available at:

http://www.jvkk.go.th/research_new/details.asp?code= 0101317

[2007, December 28]

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ.** กรุงเทพมหานคร : วี เจ พรีนติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Allen HA (1983) Do positive symptom and negative symptom subtypes of schizophrenia

Show qualitative differences in language production? *Psychol Med.* 13:787-797.

American Psychiatric Diagnosis. 1994. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder.** 4th Ed : Washington DC.

Andreasen NC. 1982. Negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 39 : 784-788.

Andresen, N.C. 1989. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS). Conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry.* 155 : 49-52.

Andresen, N.C. and Olsen, S. (1982). Negative and positive schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 39 : 789-794.

Ashcraft GW, Blackwood GW, Beeson JAO, et al. 1981. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *Br J Psychiatry* 138 : 268-272.

Atkinson, J.M. 1996. The Impact of education groups for people with Schizophrenia on Social Functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry.* 168 : 199-204.

Ax AF, Bamford JF, Beckett PGS, et al. 1969. Autonomic response patterning of chronicschizophrenics. *Psychosom Med.* XXXI : 353-364.

- Beck, M.H. and Janz, N.K. 1984. The health belief model and personal health behavior. **Health Education Quarterly**. 11(1) : 1-47.
- Benes F, Sunderland P, Jones BD, et al. (1982). Normal ventricles in young schizophrenic patients. **Br J Psychiatry**. 141 : 90-93.
- Berman SA, Hyman LA and Hinck VC. (1984). Correlation of CT cerebral vascular territories with function 3. Middle cerebral artery. **Am J Radiol**. 142 : 1035-1040.
- Bethesda, D. 1999. Schizophrenia retrieved. [Online] Available Form : nimh.nih.gov/publicat/chizoph. Cfim National institute of Mental Health. (2007, Oct 22)
- Bleuler E. 1950. **Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias**. Zinkin J (Transl). New York : International University Press.
- Blumer D and Benson DF. (1975). **Psychiatric Aspects of Neurologic Disease**. New York : Grune & Stratton.
- Bolander, V.B. 1994. **Sorensen and Luckman's Basic Nursing. A Psychophysiology Approach**. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Buchanan FH, Patron RV, Warren JW. (1975). Double blindtrial of L dopa on chronic schizophrenia. **Aust NZ JPsychiatry**. 9 : 269-271.
- Bolander, V.B. 1994. **Sorensen and Luckman's Basic Nursing. A Psychophysiology Approach**. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Carpenter WT Jr, Heinrichs DW and Alphas LD. (1985). Treatment of negative symptoms. **Schizophr Bull**. 11 : 440-452.
- Carpenter WT Jr, Strauss JS and Bartko JJ. (1973). Flexible system for the diagnosis of Schizophrenia : Report from WHO International Pilot Study of Schizophrenia. **Science**. 182 : 1275-1277.
- Carpenter, W.T. 1988. Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia : The concept. **American Journal Psychiatry**. 145 (5) : 578-583.

- Chien, W. T. Chan S. W. C. & Thompson D. R. (2004). Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia : 18-month follow-up. **British of Psychiatry**. 189, 41-49.
- Corey, Marianne & Corey, Gerald. 1997. **Groups : Process and Practice**. Fifth Edition, Brooks Cole Publishing Company.
- Comblatt BA, Lenzenweger MF, Dworkin RH et al. 1985. Positive and negative schizophrenicsymptoms attention and information processing. **SchizophrBull**. 11 : 397-408.
- Cox SM, Ludwig AM. 1979. Neurologic soft signs and psychopathology : Findings in schizophrenia. **J Nerv MentDis**. 167 : 161-165.
- Dennis G, Robert A and Michael S, et al. 2000. Management of Negative Symptoms Among Patients With Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups. **Psychiatric services**. 51 : 4-4.
- D'Zurilla, T. 1988. Problem-solving therapies. In K.S. Dobson (Ed.). **Handbook of cognitive behavioral therapies**. London : Hutchinson.
- Evers, G.C.M., et al. 1993. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the Self-care agency A.S.A-scale. **International Journal of Nursing Studies** 30(4) : 331-342. [CD-ROM]. Abstract from : CD-Plus OVID files : CINAHL Item : 1993170494.
- Frisch, N. 2002. Nursing theory in holistic nursing practice. **Holistic Nursing : A Handbook for Practice**. 3rd ed. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers.
- Farkas T, Wolf AP and Jaeger J, et al. 1984. Regional brain glucose metabolism in Schizophrenia: a positron Emission coaxial tomographicstudy. **Arch Gen Psychiatry**. 41 : 293-300.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kerneny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. **Archives General Psychiatry**. 47 : 720-725.
- Fleischhacker, W.W., et al. 1994. Compliance with antipsychotic drug treatment : Influence of side effects. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 89 (Supplement 382) :11-15.
- Fleiss, J.L. 1981. **Statistical methods for rates and proportion**. 2nd ed. NY: Wiley & Sons.

- Fox, C., and Kane, F. 1996. **Psychiatric-Mental Health Nursing : Integrating the behavioral and biological sciences**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gast, H.L., et al. 1989. Self-care agency : conceptualizations and operationalizations. **Advances in Nursing Science**. 12 (4) : 26-38.
- Inanaga K, Inouee K, Tachibana H et al. 1972. Effect of L dopa in schizophrenia. **Folia Psychiatr Neurol Japan**. 26 : 145-157.
- Ingvar DH, Frazen G. 1974. Abnormalities of cerebral blood flow distribution in patients with chronic schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**. 50 : 425-462.
- Johnson, B.S.1993. **Psychiatric Mental Health**. 3rd ed. Pennsylvania; J.B. Lippincott.
- Johnson, K. 1997. Stima. **Journal of Advanced Nursing**. 26 : 891-898.
- Judith, H., and Others. 1989. **Comprehensive Psychiatric Nursing**. New York : McGrew-Hill Book Company.
- Kanfer, F.H., and Goldstein, A.P. 1975. **Helping People Change : A Textbook of Method**. Williams and Wilkins.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. 1995. **Comprehensive textbook of Psychaiatry**. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. 1987. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 13 (2) : 261-276.
- Kay, S.R., Opler, L.A., and Lindenmayer, J.P. 1988. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : rationale and standardization. **British Journal of Psychiatry**. 155 : 59-65.
- Kinney, C., Mannerter, R., & Carpenter, M. (1992). **Support groups**. Nursing intervention:Essential nursing treatments (2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Lindenmayer JP, Kay S and Opler L .1984. Positive and Negative subtypes in acute schizophrenia. **Compr Psychiatry**. 25 : 455-464.
- Manscherck TC. 1983. Psychopathology of motor behavior: Findings in schizophrenia. **Prog Exp Person Res**. 12 : 53-94.
- Mann,P.S.2001. **Introductory statistics**.4th ed. New York. John Wiley and Sons.

- Marram, Gwen D. 1973. **The Group Approach in Nursing Practice**. Saint Louise :
The C.V. Mosby Company.
- McBride, A.B., and Austin, J.K. 1996. **Psychiatric-Mental Health Nursing**. Pennsylvania :
W.B. Saunders.
- McFarlane WR, Luken B, Dushay R, et al. 1995. Psychoeducational multiple family
groups : Four - year relapse outcome in schizophrenia. **Family Processes**.
34 : 127-144.
- McFarlane WR, Lukens E, Dushay R, et al. 1995. Multiple family groups and
psychoeducation in treatment schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**.
52 : 679-687.
- Michael G. McDonnell. 2004. **Treatment integrity and client outcomes in multiple family
group treatment**. A dissertation submitted in partial fulfillment of the
requirements for the degree of doctor of philosophy. Washington state
university.
- Norman, R.M., et al. 2000. The relationship of symptoms and level of functioning in
schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. **Acta Psychiatry
Scandinavi**. 102 : 303 -309.
- Norris, J., and others. 1987. **Mental Health Psychiatric Nursing : A Continuum of Care**.
New York : John Wiley and Sons.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. Brief psychiatric rating scale. **Psychological
Report**. 10: 799 - 812.
- Provencher, H.L., and Meuser, K.T. 1997. Positive and negative symptom behavior and
caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. **Schizophrenia
Research**. 26 : 71-80.
- Robert W. Buchanan.2006. **Negative symptoms in schizophrenia: An Overview**.
[online]. Available from
<http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>.
[2009,May 22]

- Rose, L. Finestone, K., & Bass, J. (1985). Group support for families of psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*. 23(12) : 24-29.
- Ruggeri, M., et al. 2001. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients : factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry*.178 (3) : 268-275.
- Rungreangkuij, S., and Gilliss, C.L. 2000. Concepture Approaches to studying Family Caregiving for persons with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*. 6 (4) November : 341-366.
- Runion, J., and Prudo, R. 1983. Problem behaviours encountered by families living with a schizophrenic member. *Can J Psychiatry*. 28 : 382-386.
- Stuart, G. W., and Laraia, M. T. (2001). *Principle and practice of psychiatric nurse (7th ed.)*. St.Louis : Mosby.
- Stuart, G.W., and Sundeen, J.J. 1987. *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis : C.V. Mosby.
- Tandon, R., and Jibson, M. 2004. **Negative symptoms of schizophrenia : How to treat them most effectively** [online]. Available from http://www.currentpsychiatry.com/2004_09/09_02_schizo.asp. [2008, September 22]
- Taylor, M.C. 1994. *Culture diversity in health & illness*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Taylor, M.C. 1994. *Essentials of Psychiatric Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Trotzer, J.P. 1977. *The Counselor and the Group: Integrating theory, Training and Practice*. California: Brook Cole : Publishing.
- Wilson, H.S., and Kneisl, C.R. 1988. *Psychiatric nursing*. 3rd ed. Menlo Park, CA : Addison-Wesley.
- World Health Organization. 1992. *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : WHO.
- Yalom, I. D. 1975. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2nd. ed. New York : Basic Book.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

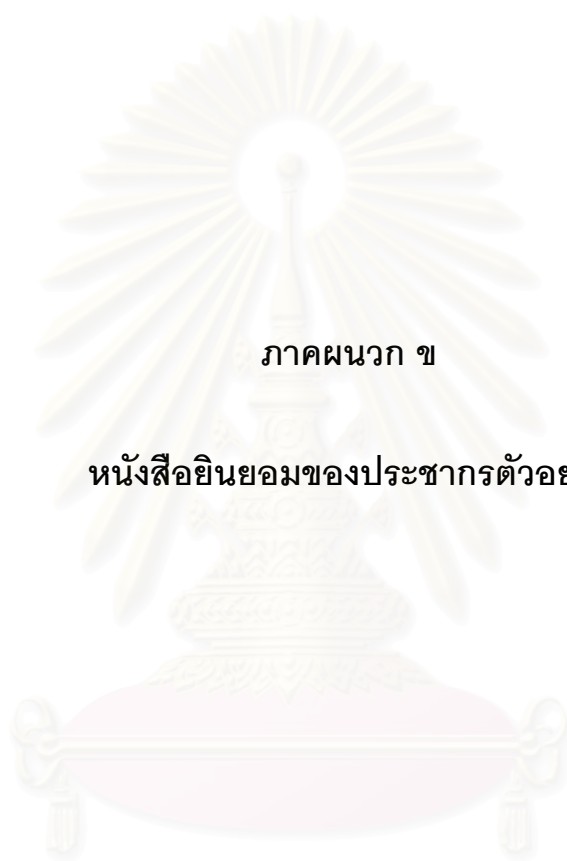
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. อาจารย์ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์ ธงชัย เสรีรัตน์	จิตแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้า เจ้าพระยา
4. นางอรพรรณ สุนทวง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
5. นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวช ศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการจัดการอาการทางลบ
ของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวอติญา โพธิ์ศรี ที่อยู่ 4 ถนน รณชัยชาญยุทธ
ต.ในเมือง อ. เมือง จ. ร้อยเอ็ด ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์
ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษา
ทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันทีที่ข้าพเจ้า
ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใด
ก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะ
ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้ป่วยจิตเภท / ผู้ดูแล

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาว อติญา โพธิ์ศรี)

.....
ลงนามผู้วิจัย



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมิน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ
 ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่
 แยก/ร้าง หม้าย/หย่า
4. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต.....ปี.....เดือน
6. ระดับการศึกษา.....
7. อาชีพ.....
8. รายได้.....บาท/เดือน
9. ศาสนา.....
10. เมื่อรับประทานยารักษาโรคจิต ท่านมีอาการข้างเคียงของยาหรือไม่
 ไม่มี
 มี ระบุอาการ.....

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีจำนวน 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และ ตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ไม่มี	มี
ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”		
1. สีหน้าเฉยเมย.....		
2.		
3.		
4.		
5. ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา.....		
6. ญาติหรือพยาบาลต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม.....		
ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”		
1. บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้.....		
2.		
3.		
4.		
5.		
6. การโต้ตอบ เป็นแบบถามคำตอบคำ.....		
7. นั่งก้มหน้าไม่สบตาระหว่างสนทนา.....		

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS))

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย
 3 = อาการปานกลาง 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง
 5 = อาการรุนแรง 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) ● ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบางอย่างไหม ● รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ความคิดสับสนไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing (Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดจากคนปกติ							
8. Grandiosity (Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ทำที่หยิ่งยโส ยึดความคิดเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
9. Depressive mood(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น) ความรู้สึกและท่าทีไม่เป็นมิตร ตูถูกคนอื่น							
11. Suspiciousness(Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Hallucination(Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) อาการหูแว่ว(ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ)ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ)ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement(Rateตามความเห็นผู้ตรวจ) ท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation(Rateตามความรู้สึกผู้ป่วย) สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย / ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน					
2. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจสมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำท่านเสมอ					
3. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะได้รับความรู้หรือร่วมแก้ไขปัญหา					
4. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น					
5. ท่านมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว					
6. สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน					

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
7. สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นสื่อสารกันได้ตรงไปตรงมา					
8. ในยามเจ็บป่วยท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่นการถามไถ่และเตือนให้รับประทานยา					
9. สมาชิกในครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตามสม่ำเสมอ					
10. ถ้าขาดรายได้หรือมีปัญหาเรื่องเงินสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้					
11. ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายปัญหาความคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว					
12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้คุณมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					

แผนการดำเนินการโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. บอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและสามารถบอกความต้องการของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย/การดูแลผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันในการค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

การสร้างสัมพันธภาพครั้งนี้จะใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (สมาชิกภายในกลุ่ม) เป็นผู้นำในการทำกลุ่มและผู้วิจัยจะเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนการดำเนินกลุ่ม (Facilitator) โดย มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มสามารถดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมช่วยควบคุมความก้าวหน้าของการดำเนินการทำกิจกรรม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ปัญหาภายในครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 การประเมินความต้องการและความคาดหวัง
 - 2.1 การประเมินความต้องการ (ครอบครัว/ผู้ดูแล)
 1. ความต้องการ การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 2. ความคาดหวังต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 การประเมินความต้องการ (สำหรับผู้ป่วย)
 1. ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 2. ความคาดหวังต่อครอบครัว
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาและการดูแลเบื้องต้นได้
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และเข้าใจถึงอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสามารถประเมินอาการทางลบได้
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการดูแลเบื้องต้นได้
2. บอกลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสามารถประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบและวิธีการประเมินอาการทางลบเพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้องและได้รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ส่งผลให้สมาชิกเกิดความกระตือรือร้นว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นและก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมและยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น สามารถให้การดูแลและประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีอาการดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
3. ใบงานที่ 2/3 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. ใบงานที่ 2/4 แบบสำรวจอาการทางลบของโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

6. ไบความรู้ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
7. ไบความรู้ 2/3 ความรู้เรื่องอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทายและผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ข้อมูลภายในกลุ่มเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลโดยเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึง
 - อาการของโรคจิตเภท
 - การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
 - การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต โดยการทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2/1 ใบงานที่ 2/2 และ ใบงานที่ 2/3

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกในใบงานดังกล่าวและร่วมกัน

อภิปราย

5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ในเรื่องสาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตอาการทางลบตามไบความรู้ที่ 2/1 และไบความรู้ที่ 2/2

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ได้อภิปรายและให้สมาชิกในกลุ่มยกตัวอย่างอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 3-4 อาการ และแจกใบสังเกตอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกได้นำกลับไปสังเกตอาการทางลบที่บ้านตามใบงานที่ 2/5

7. ผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมที่ได้ดำเนิน การ ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกซักถามและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
3. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาในด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอาการทางลบ เช่น ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะพบว่าผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้าไม่ค่อยพูด เก็บตัวอยู่คนเดียวในห้อง นอนมาก รับประทานอาหารลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอาการทางลบเกิดขึ้นและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้นในกิจกรรมนี้จะส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันดังนี้

1. การพัฒนาทักษะทางสังคมในการสื่อสาร

บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระบวนการที่บุคคลทำ ให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร่องในด้านการสื่อสาร ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น สามารถบอกความต้องการและสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วย

นั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถแก้ไขความขัดแย้งได้หรือไม่ ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งนั่นคือ การพูดคุยกันหรือเรียกว่า การสื่อสาร จะเห็นได้ว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการชีวิตประจำวันในสังคม

2. การพัฒนาทักษะทางสังคมในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นแยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ดังนั้นครอบครัว (ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท) ควรมีการวางแผนการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร
2. ใบงานที่ 3/2 การเสริมทักษะทางสังคมในการสื่อสาร
3. ใบงานที่ 3/3 การเสริมทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิต
4. ใบความรู้ 3/1 เรื่องการสื่อสาร
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยอภิปรายในใบงานที่ 2/5 แบบสำรวจอาการทางลบของโรคจิตเภท
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 3/1 สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร(กรณีที่ 1)และช่วยกันอภิปรายเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดว่าเหมาะสมหรือไม่ จะหาแนวทางในการแก้ไขอย่างไรและนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและแจก สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร (กรณีที่ 2)

5. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานให้สมาชิกได้ฝึก การเสริมทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสารใน ประเด็นที่กำหนดให้ตามใบงานที่ 3/2 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- สร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คนที่ สามารถไปปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือ ได้ในช่วงที่ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือมีเหตุการณ์คับข้องใจ (ปฏิบัติในกลุ่ม)
- รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวที่จะ ขอความช่วยเหลือได้ในช่วงที่ท่าน ต้องการความช่วยเหลือหรือมีเหตุการณ์คับข้องใจ (นำกลับไปฝึก) และศึกษาหาข้อมูลแหล่งช่วยเหลือทางสังคมที่มีในชุมชน

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิก(ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท) ร่วมกันการเสริมทักษะทางสังคม ในการดำเนินชีวิต ในประเด็นที่กำหนด ตามใบงานที่ 3/3โดยวางแผน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในด้านต่างๆ เช่น

7. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย
8. การบริหารจัดการการใช้จ่ายของตัวผู้ป่วยเองในแต่ละวัน
9. การรับประทานยาและหน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย
10. ให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอและร่วมกันอภิปรายและนำกลับไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน
11. ผู้วิจัยสรุปประเด็นร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น และให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
5. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

6. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุและอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงวิธีการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดของตนเองได้
5. ปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

อาการทางลบเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่รวมทั้งความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการยากลำบากในการอยู่ร่วมกับสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้เกิดความเครียด นอกจากนี้อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดและความเบื่อหน่ายในการดูแล

จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจึงต้องมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งในการจัดการกับความเครียดจะมีหลายวิธี เช่น วิธีจัดการกับปัญหาคือการให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือภายในกลุ่มในการจัดการกับอาการทางลบที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด เมื่อสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้นั้นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีการคลายความเครียดหลากหลายวิธีที่เป็นการช่วยให้จิตใจ

สงบ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นรวมทั้งลดภาระและความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความเครียด
3. ใบงานที่ 4/3 การจัดการกับความเครียด
4. ใบความรู้ 4/1 ความเครียด
5. ใบความรู้ 4/2 การจัดการกับความเครียด
6. ใบความรู้ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
7. ใบความรู้ 4/4 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางลบและวิธีการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยอภิปรายในใบงานที่ 3/2 การเสริมทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือทางสังคมและใบงานที่ 3/3 การเสริมทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิต
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเรื่องความเครียด ความหมายสาเหตุ อาการตามใบความรู้ที่ 4/1 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามผู้นำกลุ่มแจกใบงานให้สมาชิกในกลุ่ม เพื่อทำการประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลตามแบบประเมินความเครียดในใบงานที่ 4/1
3. ผู้วิจัยอธิบายค่าคะแนนในแบบประเมินความเครียดและให้สมาชิกในกลุ่มแปลค่าคะแนนความเครียดของแต่ละบุคคล ว่าความเครียดของตนอยู่ในระดับใด
4. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสำรวจปัญหาอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของแต่ละครอบครัวตามใบงานที่ 4/2 และให้สมาชิกนำปัญหาที่ได้มาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในให้สมาชิกพูดคุยในประเด็น เมื่อท่านเกิดความเครียดขึ้น ท่านมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 4/3

6. ผู้วิจัยสรุปผลสาเหตุ อากาทางลบและวิธีการจัดการกับอาการทางลบและ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ตามใบความรู้ที่ 4/2 ใบความรู้ที่ 4/3 และใบความรู้ที่ 4/4 เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับอาการทางลบและการผ่อนคลายความเครียดต่อไป

7. ผู้วิจัยให้สมาชิกเลือกและทดลองปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียดที่ตนเองสนใจโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอนและแนะนำในการฝึกปฏิบัติและร่วมกันอภิปรายสรุปผลกิจกรรม

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 : การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวและสนับสนุนทางสังคมได้
2. บอก ชื่อสมาชิกในกลุ่ม ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เวลา สถานที่และการนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับหรือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม จะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพลัง ความเข้มแข็งเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Problem solving) เกิดการสร้างเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืน

และเกิดความเข้มแข็งในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มและขยายต่อไปถึงการสร้างเครือข่ายในชุมชน

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่า และมีความรัก ความหวังดีใน

สังคมอย่างจริงใจ

- ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับใน

สังคม

- ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมี

ประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชนได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
2. ใบงานที่ 5/2 การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายในการจัดการอาการทางลบ

ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. ใบความรู้ที่ 5/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยกล่าวทักทาย
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของแต่ละ

ครอบครัวที่มีอยู่ในชุมชนตามใบงานที่ 5/1 และส่งตัวแทนมานำเสนอ

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มโดยการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ทำให้สมาชิกสามารถติดต่อกันได้ นัดหมายวันเวลาสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปตามใบงานที่ 5/2 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ยั่งยืน

5. ผู้นำกลุ่มร่วมอภิปรายกับสมาชิกในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้นผู้วิจัย

สรุปประเด็นที่สมาชิกกล่าวมาและให้ข้อมูล เพิ่มเติมเรื่องการสนับสนุนทางสังคมตามใบความรู้ที่ 5/1 และให้สมาชิกซักถามปัญหาและสรุปผลการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มและอภิปรายสรุป ผลสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มทั้ง 5 สัปดาห์ และให้สมาชิกอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มที่สามารถจะนำไปใช้ได้
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม
8. ประเมินสัมพันธภาพครอบครัว

การประเมินผล

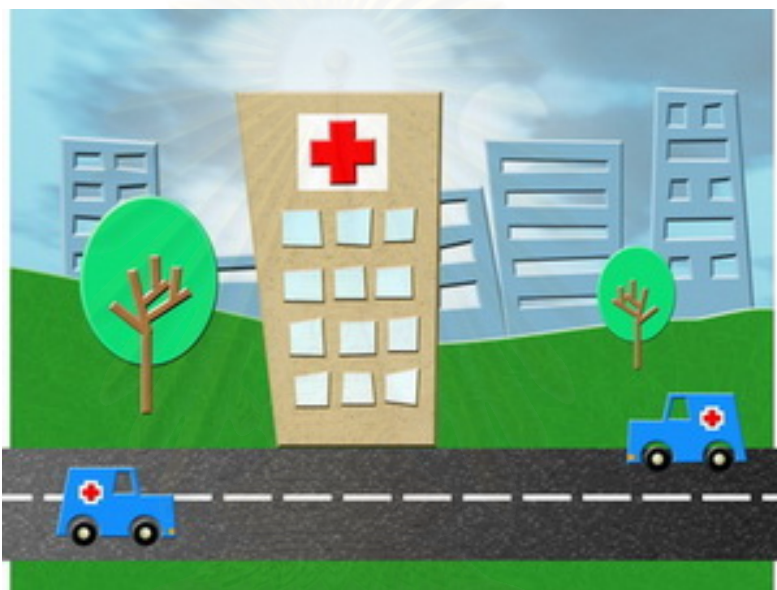
การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม

“โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว
ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”



จัดทำโดย
นางสาว อติญา โพธิ์ศรี

ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

- ๐ กำหนดจุดมุ่งหมาย อธิบายให้สมาชิกเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม และวิธีการดำเนินของกลุ่ม
- ๐ กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน
- ๐ สร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น
- ๐ กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหาที่พบร่วมกัน ผู้นำต้องให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และพูดในสิ่งที่เป็นปัญหาของสมาชิกส่วนใหญ่
- ๐ ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือสมาชิก
- ๐ สรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำจะต้องควบคุมความก้าวหน้าของการดำเนินการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดกระบวนการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

คุณลักษณะของการเป็นผู้นำกลุ่มที่จะทำให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ

- ๐ ต้องเป็นผู้ฟังที่ดี
- ๐ สนใจผู้คน
- ๐ สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ง่ายและได้รับความเชื่อถือ
- ๐ ผู้นำกลุ่มไม่ควรนำการสนทนาตลอดเวลา
- ๐ ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม หลังจากนั้นควรให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นผู้สนทนาเสนอความคิดเห็นร่วมกัน
- ๐ ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถเข้ากันได้ ช่วยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมมากขึ้น และนำไปสู่คำถามในประเด็นต่างๆที่กำหนดไว้
- ๐ ฟังอย่างตั้งใจพร้อมกับให้ความสนใจว่าเขาพูดกันเรื่องอะไรและเขาพูดกันอย่างไร (เช่น คำพูดที่ใช้และทำที่แสดงออก)
- ๐ ในขณะที่เข้ากลุ่ม หากพบว่าจิตใจของเรามีแนวโน้มที่จะไม่อยู่กับที่ระยะหนึ่งเราจะต้องพยายามฝึกให้ความสนใจของเรากลับมาอยู่ที่การทำกิจกรรมกลุ่มให้ได้

คู่มือการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว



จัดทำโดย
นางสาว อติญา โพธิ์ศรี
ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

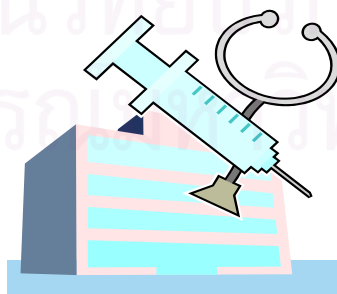
❖ **โรคจิตเภท** คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวจากสังคมขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

❖ **การรักษาด้วยยา** ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป โดยแพทย์จะเลือกชนิดขนาดของยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

❖ **การรักษาด้วยไฟฟ้า** เป็นการรักษาโดยให้ไฟฟ้าผ่านเข้าสมองด้วยวิธีการเฉพาะ และในขนาดที่พอเหมาะซึ่งทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นโดยไม่เกิดอันตรายต่อสมอง โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

❖ **การรักษาด้านจิตสังคม** เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม อาชีวบำบัด นันทนาการบำบัด รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับโรค อาการ และการรักษาเพื่อให้มีความเข้าใจมากขึ้น



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอติญา โพธิ์ศรี เกิดเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2523 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปีการศึกษา 2546
และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย