

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6265-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING HOLISTIC CARING PROGRAM ON SELF-CARE ABILITY AND
NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Anchalee Srisuphan



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6265-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถใน
การดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
โดย นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นางเพชรี คันธสายบัว

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นางเพชรี คันธสายบัว)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข)

4577628536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : HOLISTIC CARING PROGRAM / SELF-CARE ABILITY / NEGATIVE SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ANCHALEE SRISUPHAN : THE EFFECT OF USING HOLISTIC CARING PROGRAM ON SELF-CARE ABILITY AND NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, PH.D., THESIS COADVISOR : MRS. PETCHAREE KANTHASAIBOUR , 167 pp. ISBN 947-17-6265-8

The purposes of this quasi - experimental research were to compare the self-care ability and negative symptoms of schizophrenic patients before and after their participation in the holistic caring program, and to compare the self-care ability and negative symptoms of schizophrenic patients who participated in the holistic caring program and those who participated in regular caring activities. Research samples were forty schizophrenic patients, randomly assigned into one experimental group and one control group by matching with the level of negative symptoms. All research instruments which were developed by the researcher, the holistic caring program for schizophrenic patients, the self-care ability scale, and negative symptoms scale. The reliability of these the self-care ability scale were .88 and negative symptoms scale were .94 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows :

1. The self-care ability of schizophrenic patients after participating in the holistic caring program, was significantly higher than that before the experiment, at the .05 level.
2. The negative symptoms of schizophrenic patients after participating in the holistic caring program, were significantly lower than those before the experiment, at the .05 level.
3. The self-care ability of schizophrenic patients who participated in the holistic caring program was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.
4. The negative symptoms of schizophrenic patients who participated in the holistic caring program were significantly lower than those of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

Filed of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

Co- Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ นางเพชรี คันธสายบัว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และ รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ นางนพรัตน์ ไชยธานี ที่กรุณาอนุญาตให้นำเครื่องมือมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยจิตเภท และขอขอบคุณ คุณหงส์บรรเทิงสุข ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยพวงชมพู จามจุรี บานบุรี ราชพฤกษ์ 2 และรสสุคนธ์ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการทดลองจนสิ้นสุดกระบวนการ และขอขอบคุณ คุณกาญจนา สุดใจ คุณอรรวรรณ พวกไธสง ที่เป็นผู้ช่วยในการวิจัย

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณแม่จำลอง ศรีสุพรรณ และครอบครัวของคุณสุปัญญา รอดครั้ง ที่ให้กำลังใจ สนับสนุนการศึกษาตลอดมา รวมทั้งกำลังทรัพย์ตลอดการศึกษา จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
การดำเนินการทดลอง.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	104
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	118
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยวิจัย.....	140
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	142
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มพิทักษ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
เกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วย.....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	167

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนของอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	74
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	106
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต รายได้ และศาสนา.....	107
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	108
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	109
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test).....	110
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test).....	111
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	112
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test).....	114
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test).....	115



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพ จากตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) พบว่า มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ มีสัดส่วนร้อยละ 12 ในเพศชาย และร้อยละ 10 ในเพศหญิง โดยภาระโรครวมของประเทศไทยมีสัดส่วน จำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร : จำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ = 2 : 1 ภาระการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็น 1 ใน 10 อันดับของภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ มีสัดส่วนร้อยละ 5 ในเพศชาย และร้อยละ 4 ในเพศหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2545) และจากการสำรวจการใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร/มหาวิทยาลัย/เอกชน) ในปี 2544 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมาใช้บริการร้อยละ 52 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด และการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (WHO, 1992) การดำเนินโรคจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2543) คือ ระยะเริ่มมีอาการ โดยระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน และไม่พบความผิดปกติเริ่มต้นตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ ระยะอาการกำเริบเป็นระยะที่มีอาการทางจิตชัดเจน ระยะที่สาม คือ ระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะแรกมีอาการทางจิตอาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994 และ John, 1993) คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ ผู้ป่วยอาการทางบวก มีความผิดปกติทางความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่เด่นชัด คือ หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาส์บสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะพบในการดำเนินโรคในระยะอาการกำเริบ ส่วนระยะเริ่มมีอาการและระยะ

อาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่หายขาด ผู้ป่วยอาจกลับมาป่วยซ้ำได้อีกจากปัจจัยต่างๆ และพบว่า ในระยะของการป่วยซ้ำนี้ อาการที่เด่นในระยะหลังของผู้ป่วย จะเป็นอาการทางลบ (จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ, 2536) อาการทางลบเป็นอาการสำคัญที่ทำให้สูญเสียการทำงานบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้อื่นก็ลดลง เนื่องจากการตอบสนองทางอารมณ์น้อยและขาดความสนใจทางสังคม (Tandon, R., and Jibson, M., 2004) ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการยากลำบากในการอยู่ร่วมกับสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง เนื่องจากสังคมขาดความนับถือศรัทธา ถูกล้อเลียน และรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ, 2542) รวมทั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะญาติ ทำให้ญาติเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher and Meuser (1997) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของอาการทางบวกและอาการทางลบกับความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า อาการทางลบทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อการทำบทบาทหน้าที่มากกว่าและนำไปสู่ความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลด้วย

จากนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาลก็พยายามให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยที่จะให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้าสู่ชุมชนโดยเร็ว (ธนู ชาติชนานนท์, 2539, พหล วงศาโรจน์, 2541) ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวชในกรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยเน้นให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลัน และรุนแรงที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น จากผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในกรมสุขภาพจิตที่ต้องรักษาผู้ป่วยในระยะสั้น ทำให้การรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้กลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะมีปัญหาในเรื่องของการดำเนินชีวิตทั้งภายในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาของ

การที่บุคคลอื่นรู้ว่าป่วยเป็นโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการไว้วางใจ บางรายถูกทอดทิ้งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงานหรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงาน และกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (อ้างในดารา ศัตรูฐี และคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุวิมล สมิตถะ (2541) พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน สรุปได้ว่าปัญหาของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังกลับไปอยู่บ้าน ที่สำคัญคือ ปัญหาการยอมรับจากสังคม ปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการของโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมทั้งขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถูกรังเกียจ และถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกสะเทือนใจมากขึ้น จนกลับมาป่วยเป็นโรคจิตซ้ำอีก (รัชนี หัตถพนม และคณะ, 2529, ษากุล สิ้นไชย, 2530, ศิริพร จิรวัดนกุล, 2536)

จากการให้บริการในปัจจุบันที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่มีอาการกำเริบมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยเร็วด้วยการใช้ยาเพื่อลดความรุนแรงของอาการ หรือใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อใช้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และใช้การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่ดี ในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารเริ่มดีขึ้น เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ ลักษณะของการบำบัดจะ

ใช้กลุ่มกิจกรรมเป็นหลัก มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง ไม่ใช่จิตวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งหรือมุ่งแก้ไขถึงระดับจิตไร้สำนึก เช่น กลุ่มสนทนา การกลุ่มหนังสือพิมพ์, กลุ่มประชุมปรึกษา เป็นต้น ส่วนการบำบัดทางจิตใจแบบรายบุคคลในโรคจิตเภทมีขีดจำกัดและไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่อ่อนแอให้เป็นพลัง จากลักษณะของการบำบัดจะเห็นได้ว่า มีการเน้นการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น โดยทางด้านร่างกายเน้นเรื่องของการรับประทานยาทางจิตเพื่อควบคุมอาการและด้านจิตใจโดยการนำกลุ่มกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงด้านต่างๆ ของตนเอง และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนารูปแบบของการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยมากเป็นการให้ความรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการรับรู้เรื่องโรค การรักษาของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในเรื่องจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและตอบสนองทางด้านนี้ ซึ่งการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลแบบองค์รวมโดยเข้าใจยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้ใช้บริการในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่จะทำให้เกิดพลังและความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง ดังนั้นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน คือ ปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่เป็นแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และยังไม่มี การกำกับดำเนินการในกิจกรรมในทุกกิจกรรมว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่

การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลแบบคนทั้งคน เป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้น (Hill and Smith, 1990) การให้การดูแลแบบองค์รวมจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวม ซึ่งไม่สามารถแยกมนุษย์ออกเป็นส่วนๆ ได้ การให้การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ ด้วยการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการดูแลจะครอบคลุมทั้งการช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพเพื่อกระตุ้น

หรือรักษาระดับการฟื้นคืนหาย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมด้วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหา ระยะเวลาในการรักษาในปัจจุบันและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน และมีอาการทางลบลดลง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ “โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม” โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยนำเสนอวิธีการไว้ 5 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดของการดูแลดังกล่าว จะดำเนินกิจกรรมการพยาบาลโดยการนำกลุ่มกิจกรรมในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม อาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นแหล่งการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยกิจกรรมในโปรแกรมได้จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับใช้ศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น คาดว่ารูปแบบการบริการผู้ป่วยโดยใช้ “โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม” จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีอาการทางจิตสงบสามารถกลับเข้าสู่ครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการดูแลแบบของครอบครัวของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบของครอบครัวของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีการดำเนินการตามโปรแกรมด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมเป็นการดูแลผู้ป่วย

สัมพันธภาพบำบัดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินสัมพันธภาพได้ โดยที่ผู้ป่วยร่วมค้นหาปัญหาของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงทำให้ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้โดยเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว โดยมักจะพบว่าผู้ป่วยจะแยกตัว พุดน้อย ไม่คิดในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องได้รับการกระตุ้น จากการศึกษาของพญุงจิต วรมุณีทร (2525) พบว่า การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพบำบัดจึงนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความคิดทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้โดยเฉพาะอาการเฉื่อยชา เฉยเมย เก็บตัวของผู้ป่วย

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยการสอนใช้สื่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ในระยะยาว ความรู้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรู้ที่มีตรงกับความต้องการของผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยจะทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างใดในการให้ความร่วมมือในการรักษา กับแพทย์และพยาบาล และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้นเพื่อลดอาการทางลบ เช่น การแยกตัว เฉื่อยชา และการขาดความกระตือรือร้น

การสอนการดูแลสุขภาพร่างกายแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะกายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจด้วยเสมอ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตนเองในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหารน้ำที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ และได้ใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น

การพัฒนาทักษะด้านสังคม เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทรสว่าง, 2531) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมหรือชุมชน ในการที่จะทำให้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีอาการไม่เข้าสังคม นอนมาก ขาดความคิดริเริ่มไม่พูด ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติรู้สึกลำบากใจในการแก้ไข (Runion, 1983) การพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่นก่อนและรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเองในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยการมีการบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมีปัญหาหรือบอกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจ ในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Gibson, 1991 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) และทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจตนเองได้ รวมทั้งทำให้มองเห็นถึงข้อดีและข้อเสียของตน ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัตวิสัย, 2545) เป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961 อ้างใน สุกัญญา พีรวรรณกุล, 2541) และเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจและลงมือกระทำการดูแลตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Banduru, 1986) ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยนั้นได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเองกับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนได้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น (สายใจ พัวพันธ์, 2530) และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกซึมเศร้า มีแรงจูงใจที่อยากจะทำอะไรให้ผู้อื่นรับฟัง เพราะรู้สึกว่าตนเองได้รับความสนใจ ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น ทำให้อารมณ์ทางลบในส่วนี้ลดลง

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความนับถือ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลมีแนวคิดที่ จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ไขปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ เคารพ วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิต ศรัทธาและนับถือ หรือใช้หลักคำสอนในทางศาสนาเข้ามาช่วยจะทำให้เกิดความสงบทางจิต จิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีและยังเป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความรู้สึกซึมเศร้า

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยคิดว่าโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมหากดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม ควรมีระยะเวลาดังนี้ จากการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) พบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมโดยการใช้องค์รวมการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สามารถลดภาระในการ

ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้เหมาะสมกับระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โดยกิจกรรมในโปรแกรมสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของการดูแลบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์สุขภาพจิต และ จิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโปรแกรมการดูแลด้วยกระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการพัฒนางาน การสร้าง สัมพันธภาพ ได้มีการพบปะ ประชุมหารือ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจะสามารถลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ และยังช่วยกันคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้เสริมสร้างความสัมพันธ์ ให้กำลังใจ สนับสนุน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีอาการทางลบลดน้อยลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สถาบันนวัตกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ทำการทดลองที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่เข้ารับการ รักษาในตึกผู้ป่วยใน ตามแนวคิดของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการ พยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัดดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและ การรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาความมีคุณค่าในตน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดำเนินกิจกรรมเป็น รายกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ทำ กิจกรรมซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

1. สัมพันธภาพบำบัด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้าง สัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกัน รวมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ลักษณะของกิจกรรมเป็นการที่ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้น ปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัวเพื่อ การดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของ ตนเองและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยการให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การรักษาที่แพทย์ให้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการรักษา และให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดคุยถึงการรักษาของที่ได้รับให้กลุ่มทราบ โดยพยาบาลส่งเสริมและ สนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาและนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับตนเอง

3. การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกัน ในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแล ตนเองทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคล รวมทั้งการจัดการกับอาการทางลบ และอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง และมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้พลังของกลุ่ม

4. การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและชุมชน เมื่อเริ่มมีอาการเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดบอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบและมีการฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารด้วยตนเอง

5. การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีข้อเสียของตัวเอง จากการทำฟังกฤตศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง โดยจะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและและรับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นถึงการพัฒนาตนเองได้ โดยพยาบาลและกลุ่มสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถจะพัฒนาตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า โดยพยาบาลเป็นผู้ที่ส่งเสริมความรู้สึกที่เป็นบวกของผู้ป่วยและนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย

6. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่นับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในชีวิตประจำวันโดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้เป็นประจำของตึกผู้ป่วยในที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การเตรียมตรวจต่างๆ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่จะได้รับภายในตึก ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มชุมนุมบำบัด และกลุ่มการดูแลตนเอง และกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มอาชีพบำบัด และกลุ่มนันทนาการ ซึ่งกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์นั้น ผู้ป่วยในแต่ละรายอาจจะได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ได้ไม่เท่ากันในแต่ละสัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วยในแต่ละวันว่าจะสามารถนำมาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้หรือไม่

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการทำกิจกรรมกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น

2) ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการดูแลตนเองงดเว้นการใช้สารเสพติด

2.การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ประกอบด้วย

1) การรู้จักตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ภาษาสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง การเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้

3) การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการที่กล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายตนเองจากความวิตกกังวล

4) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา และการรับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่พึงได้รับการรักษา

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง และการคิดอย่างตายตัว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-14 โดย 10-14ถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบมาก 5-9 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบปานกลาง และ 0-4 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านตามกำหนดเวลา และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข รวมทั้งลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วย
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการนำไปปรับปรุงใช้กับโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษา
2. อาการทางลบ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การประเมินอาการทางลบ
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
 - 4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.4 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 5.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 5.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 5.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 5.4 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กลุ่ม
6. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia จึงได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

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

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรค จิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร, 2534)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโทนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) คำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่าเดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994 และ Johnson, 1993)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย คือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการ

ประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกัน เรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลกๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลก หรือสกปรก จู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ 4) Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตเห็นว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อยๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่

หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.4 การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ตันติผลลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์, 2536 และ Antai-Otong, 1995)

1.4.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาทมีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้ อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine, Triflupromazine 2) Piperidines มีฤทธิ์

ทำให้วงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperrazine เป็นยากกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine ยาที่ได้รับคามนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleischhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenylbutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก Block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D2 receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออก เนื่องจาก Chlorpromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม

Phenothiazine มี eliminative phase 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกิน ซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol Haloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่การศึกษาพบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการให้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra-pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

ก. Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

ข. Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (orticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ชากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค. Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปากเลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียาผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkison ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชักเป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignat Syndrom (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาครั้งแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครึ่งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบบ่อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อมฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวยังไม่แพร่หลาย ทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้

1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.4.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของ การบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

(1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

(2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรักษา กฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงี่ยบ (Trotzer, 1977) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

(3) นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผีตกตะกอนอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การให้ยา และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

2. อาการทางลบ (Negative symptom)

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มึลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบเป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะอาการดังนี้

2.1 ความหมาย

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

Andresen & Olsen (1982) และสมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ลักษณะอาการทางลบ คือ ลักษณะอาการดังต่อไปนี้ อาการที่มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง (Affective flattening) อาการพูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) และลักษณะอาการที่ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment)

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

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

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

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive / apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธกับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ 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 ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ โดยแสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

2.2 การประเมินอาการทางลบ

วิธีการประเมินอาการทางลบนั้น ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อๆ กันมาดังนี้

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

Kay, Fiszbein & Opler (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่า มีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and Negative Symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆ ของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง อีก 3 ข้อ ซึ่งทำให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ 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 ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม 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 โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวีดิทัศน์ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay, Opler & Lindenmayer, 1988) โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนนถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด inter-rater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า 0.70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter-rater reliability 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 ฉบับภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ เมื่อใช้ในผู้ป่วยรายเดียวกันโดยผู้วิจัยคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่ามัชฌิมเลขคณิต และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ซึ่งใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมิน ลักษณะอาการทางลบ 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) ได้สร้างเครื่องมือประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหา ของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่ง ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (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 ประเมิน โดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84

จะเห็นได้ว่าการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมิน ทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตจากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นจริงและมีความชัดเจนจากอาการที่ปรากฏอยู่ในตัวผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับ ภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ที่ประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็น ธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว ที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมอาการทางลบของผู้ป่วย จิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัย จะใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์จาก SCI-PANSS (Standardized Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale) ฉบับภาษาไทย มาประเมินในอาการที่มีปัญหาในการ ใช้ความคิดนามธรรม ส่วนในอาการอื่นๆ นั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) ซึ่ง อธิบายดังนี้ จากวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) หมายถึง การที่ผู้วิจัยเป็นผู้ไปสังเกต พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจากสถานการณ์จริง ที่มีความต่อเนื่องของ ระยะเวลาการสังเกต ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการสังเกตนั้นๆ เช่น ทำการสังเกต

ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. ทุกวัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) นั้น เป็นการสังเกตโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะทำการสังเกตอยู่ห่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม ในการเข้าไปเก็บข้อมูลจริงนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงอาจมีบางโอกาสที่มีความจำเป็นจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในบางกิจกรรม

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง

3.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง

มีผู้ให้แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ไว้ดังนี้

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมดียิ่งขึ้นและสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความ เป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำ โดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบในตนเอง ความมีอิสระ (Interdependent) การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังโดยทั่วๆ คือความสามารถที่จะรู้(knowing) กับความสามารถที่จะทำ(doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน(transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

Nursing Development Conference Group (1997) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

- 1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับการดูแล (Estimative operation)
- 2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำได้ สิ่งที่ต้องกระทำและจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Transitional operation)
- 3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Productive operation) (दारुณี จงอุดมการณ์, 2538)

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุน ส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และยังคงกล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละชนแต่ละกลุ่ม วิธีการตัดสินใจและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลนั้นไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการทั้งการเรียนรู้ ใช้ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และความพยายาม

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ก่อนลงมือปฏิบัติ บุคคลต้อง คิดพิจารณาหาความหมาย ให้เหตุผล และวางเป้าหมายมีการตัดสินใจจะกระทำ และ ประเมินผลกิจกรรมนั้นๆ การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นคุณสมบัติและเหตุผลของการดูแลตนเองที่ จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการ ดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของชีวิต ปรับให้เหมาะสมตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการชีวิต ด้วยการคงไว้ซึ่งบูรณาภาพของ โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลและความผาสุกโดยทั่วไป

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ กับ เงื่อนไขและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแต่ละช่วงวัยของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อ พัฒนาการ

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและข้อบกพร่องที่สำคัญ ร่วมกับมีผลกระทบจาก การเบี่ยงเบนจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลจนต้องได้รับการรักษา

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติเพื่อการ ดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อนและเป็นการทำอย่างสมัคร ใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจ ใช้สติปัญญาของตนเองตาม ความสามารถในการที่จะดูแลตนเองเพื่อบรรลุผลสำเร็จ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

3.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูของโรค แต่สิ่งที่สำคัญ นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบันแนวคิด การดูแลรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความ ผาสุกของตนเอง เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังนั้นบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลตนเอง ออกเป็นส่วนๆ ได้ต้องดูแลไปพร้อมๆ กันเสมอ (Hill and Smith, 1990)

จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พบว่า เครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

3.2.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีความเชื่อว่าการวัดในระดับนี้เป็นการทำนายการกระทำดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นนักวิจัยในกลุ่มนี้ยังมีความเชื่อว่า การวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน นักวิจัยกลุ่มนี้จึงใช้เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามที่บ่งบอกถึงความสามารถที่จะกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น เพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งเอเวอร์ได้รายงานถึงข้อมูลที่สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการทดสอบทฤษฎี โดยจากงานวิจัยต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือนี้พบค่า ความเที่ยงชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟา อยู่ในเกณฑ์ดี คือ .78 - .94 แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จึงเหมาะใช้กับผู้ที่มีความสุขดีมากกว่า

2) เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney & Fleischer (1979) ซึ่งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับการนำความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือนี้ไม่ได้สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างตามที่ Kearney & Fleischer ได้เสนอไว้ นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของโอเร็มได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือว่า มีเพียง 10 ข้อคำถามใน 43 ข้อคำถามของเครื่องมือ ที่ใช้วัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ และมีถึง 7 ข้อคำถามที่ไม่ได้วัดโครงสร้างใดของความความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการนี้มีความเชื่อว่า การดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของโอเรียม เมื่อนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ จำนวน 456 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า สามารถวัดพลังความสามารถได้ใน 5 ด้านใหญ่ๆ คือ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการเคลื่อนไหว แรงจูงใจ การมีทักษะต่างๆ และการมีข้อจำกัดในการรู้คิด ต่อมา Weaver (1987) ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

2) เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ซึ่งในขณะที่สร้างเครื่องมือนี้ โอเรียมไม่ได้แจกแจงพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เพียงแต่ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการคาดการณ์และปฏิบัติการดูแลตนเอง Denyes จึงสังเคราะห์เอาความรู้ในเรื่องพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นเข้ามาช่วยในการสร้างเครื่องมือนี้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่น 161 คน สามารถแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถออกได้ 6 ด้าน คือ การตัดสินใจ ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย ความรู้สึก และความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ใกล้เคียงกับแนวคิดพลังความสามารถ 10 ประการของโอเรียม เครื่องมือของเดนนีสเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในแต่ละงานวิจัยมีการเลือกใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว พบว่าการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี ควรเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณที่ควบคู่กันไป จากแนวคิดการดูแลตนเองที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำต่อตนเองโดยตรง และไม่สามารถแยกจากการดูแลตนเองออกเป็นส่วนๆ ได้ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลคนทั้งคนที่รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างผสมผสาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1990) ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และใช้แนวคิดนี้ในการประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกายและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990) และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่ดี ซึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษา ประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

1. อาหาร ต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบถ้วน ตามหลักโภชนาการ และตามความต้องการของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารสด หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มที่มีสารเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ร่างกายขาดอาหาร ส่วนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง (เอก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

2. น้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับน้ำให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ

3. อากาศ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกาย

4. การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดยาเสพติด หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย เชื่อว่าสามารถต้านทานเชื้อโรคและ

ป้องกันมะเร็งได้ด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีความเสี่ยงทางจิตประสาท (เจก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

5. การพักผ่อน ควรดูแลตนเองในการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอองมีนง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูพิติย์ ปานปรีชา, 2531)

6. การดูแลสุขภาพจิตเป็นส่วนบุคคล ควรดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ ในเรื่องการแต่งกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ฯลฯ

7. การรับประทานอาหารและปัสสาวะ ควรดูแลตนเองในเรื่องการขับถ่าย

8. ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

(1) การมีความรู้ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(2) การรับรู้และสนใจดูแลตนเองและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

2) การดูแลด้านสุขภาพจิต

การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความแข็งแรงด้านจิตใจ ที่มีพื้นฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. การรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self awareness) คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนาศา นุญทอง, 2535) ตนเอง (Self) ในภาวะโดยทั่วไป ตนมี 2 อย่าง คือ “ตนจริง” และ “ตนในอุดมคติ” ตนจริง เป็นสภาพที่เกี่ยวกับตนเอง ข้อดี ข้อเสีย จุดด้อย จุดเด่น ความสามารถ ความถนัด และส่วนอื่นๆ ที่เป็นส่วนรวมทั้งหมดของบุคคลทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรือมีอยู่จริง ส่วนตนในอุดมคติ เป็นสภาพที่ใฝ่ฝันอยากจะเป็น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

การรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์ วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith,

1990) การรู้จักตนเองยังทำให้บุคคลทราบถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเองที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสถานการณ์ต่างๆ และยังทำให้ทราบถึงความต้องการของตนเองอีกด้วย การรู้จักตนเองเป็นการที่บุคคลรู้ตัวเองในขณะนี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) การรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับ การที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การรู้จักตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลมีมาตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีผลทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือมีอุดมการณ์ ใดๆที่เป็นสิ่งที่สำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing Inner Awareness) มีหลายวิธีในการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความตระหนักในตนเอง โดยการสร้างจินตนาการ การคิดถึงสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ การผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนความคิดภายใน การวิเคราะห์ความฝันและการใช้ความคิดที่รอบคอบ การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองในลักษณะของ “ตนจริง” (Real self) คือ มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เรียกว่า “อัตมโนทัศน์” (Self concept) ที่ตรงกับความจริงที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ จากแนวคิดของฮิลล์และสมิท กิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Hill and Smith, 1990)

1) การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมที่ตนนับถืออยู่ ซึ่งมีความสำคัญเพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่าง จะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตน และช่วยหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมของตนเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำให้ค่านิยมกระจ่าง กระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต (Stuart & Sundeen, 1987)

2) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจการพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองเช่น “ฉันรู้สึกกว่า” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของคนอื่น

3) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองในการดำรงชีวิตมีความสำคัญเพราะบุคคลจะแสดงออกในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมใด ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตน และความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อชีวิตของตน

รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผนมุ่งมั่นกระทำและ
ประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบผลสำเร็จ จะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองควบคุมตนเองได้ มี
ความสามารถและมีอำนาจในตัวเอง

จากการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการตระหนักถึงความทุกข์
ทรมานจากการมีอาการทางจิตที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รับรู้อาการทางจิตที่เกิดขึ้นและพยายาม
ค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้น

2. การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่เป็นลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของความคิด การ
รับรู้ และอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความ
บกพร่องในการติดต่อสื่อสาร นับเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อมี
ความบกพร่องเกิดขึ้นมักจะนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม และเป็นสาเหตุของการเกิด
ปัญหาภายในครอบครัวได้

การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและ
กระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) การสื่อสารเป็นความ
จำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของ
ชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง
(วาสนา จันทร์สว่าง, 2531)

การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพคือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร
รับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การ
มีความรู้สึกพร้อมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย
และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เวรดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2536) การ
สื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถของ
บุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การวิเคราะห์ การ
แลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) และการฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม
(Assertiveness Training) Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านจิตใจในด้าน
การติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- 1) การประเมินแบบแผนและรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
- 2) การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการให้ และการรับข้อมูลข่าวสารที่

ถูกต้อง

- 3) ยอมรับและจำกัดการแสดงออกของความวิตกกังวล ระหว่างการติดต่อสื่อสาร
- 4) ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเท่าๆ กัน ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการแสดงออก
- 5) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับบทบาทของวัฒนธรรม และคุณค่าของกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 6) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับการทำนายทักษะการติดต่อสื่อสาร ในกลุ่มที่มีความแตกต่าง
- 7) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม

ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต ลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจ เมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจเมื่อสามารถทำงานสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล

การกำหนดการใช้เวลาและวางแผนในแต่ละวัน สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานได้โดยเป็นการวางแผนการใช้เวลาในระยะยาว และเป็นเป้าหมายการปฏิบัติโดยตรง การวางแผนการใช้เวลา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อการดำรงชีวิตประจำวันของสุขภาพจิตที่ลึ้มหรือละเอียดง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น (Hill and Smith, 1990) การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้หลายวิธีได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

1) การประเมินและการใช้เวลาในแต่ละวัน เพื่อให้บุคคลศึกษาว่าในแต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด นับว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมากในการดูแลตนเอง

2) การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน ช่วยให้บุคคลคำนึงถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้ใช้เวลาในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใด

ในการดำรงชีวิตประจำวัน การบริหารเวลานับว่ามีความสำคัญมาก สามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้ การบริหารเวลานับเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง

4. การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อเกิดปัญหาคงจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาก็ไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1985)

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการที่ผู้ป่วยป่วยซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anti-Otong, 1995)

ทักษะในการเผชิญปัญหานั้น เป็นการเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1985) ได้เสนอขั้นตอนไว้สรุปได้ดังนี้

การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัวแหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง
วิธีการแก้ปัญหา วางแผนและลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

การสร้างทักษะการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ และหาวิธีแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลุดพ้นจากความกดดัน หรือความทุกข์จากปัญหาและการแก้ปัญหาได้ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าและเกิดความผาสุกทางอารมณ์ (D'Zurilla, 1988)

ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการกำเริบ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลและสังคมรอบข้าง เพื่อให้ตนเองมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยจิตเภทแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบริบทของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นคุณค่าของตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเองในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น

ระบบการสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบนี้จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การที่เข้าใจระบบการสนับสนุนทางสังคมได้ดีขึ้น ต้องเข้าใจองค์ประกอบของระบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่นอร์เบค (Norbeck) เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) (จินตนา ฐนิพันธุ์, 2534)

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม แสดงถึงลักษณะของการติดต่อทางสังคมของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ คือ ขนาดของกลุ่มซึ่งจะมีผลต่อแหล่งการสนับสนุน ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มมีผลต่อการได้รับการสนับสนุน ระยะเวลาที่มีการติดต่อดำเนินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งผลต่อการได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ความสม่ำเสมอในการพบปะกัน หรือความถี่ในการติดต่อจะช่วยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ รวมทั้งวิธีการที่ใช้ในการติดต่อจะมีผลต่อสัมพันธภาพและการสนับสนุนที่บุคคลจะได้รับ สิ่งเหล่านี้บุคคลกระทำเพื่อการดูแลตนเองมีผลต่อการตอบสนองของภาวะเครียด นับเป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของบุคคล เพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้

ระบบสนับสนุนทางสังคม ย่อมมีผลต่อการเตรียมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตมากขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกันมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่ง Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพและความผาสุก และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกส่วนตัว เป็นความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การยอมรับ ความรัก ความพอใจ คุณค่าและความต้องการส่วนตัว

การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

จากโครงสร้างของการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลด้านร่างกายและจิตใจของ Hill and Smith (1990) และแนวคิดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ทำให้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือประเมินขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นการประเมินว่าได้ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4. แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ในแง่มุมมองสุขภาพ โดยมองบุคคลในลักษณะเน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เน้นการผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเข้าเป็นองค์รวม

4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างให้กับบุคคลที่มีการผสมผสานร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกันเป็นหน่วยเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับสมดุลของระบบพลังงานในร่างกายมนุษย์ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูตามธรรมชาติ เพื่อดำรงความเป็นหน่วยรวมของบุคคล และการสร้างเสริมสุขภาพที่บรรลุความมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพะ โดยสะท้อนออกมาในลักษณะเป็นหน่วยรวมด้วยการรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

4.2 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยที่ศาสตร์ทางการพยาบาลต้องการ ข้อมูล ความรู้ในระดับลึก ซึ่งความรู้ประกอบด้วย กายวิภาคสรีระวิทยา พยาธิวิทยา กระบวนการดูแลแบบองค์รวม การบำบัดแบบดั้งเดิมและการรักษา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนศิลป์ทางการพยาบาล คือ การสร้างความรู้สึกลึกอย่างแรงกล้า การแสดงออกอย่างมีศิลป์ ก็คือการฟื้นฟู ส่วนการที่พยาบาลตอบสนองต่อเสียงเรียกให้บริกรนั้นคือจิตวิญญาณและการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลแบบองค์รวมต้องไวที่จะปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างศาสตร์และศิลป์ ระหว่างการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับทักษะความรู้สึกลึกที่เกิดในใจ รวมทั้งมีโอกาสที่จะเลือกวิธีการต่างๆ ที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดความสมดุล และกลมกลืนของระบบพลังงานในตัวบุคคล มองชีวิตมนุษย์เป็นเสมือนธรรมชาติของประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นหน่วยเดียว ซึ่งมีผู้รู้ให้มุมมองไว้หลากหลายลักษณะดังนี้

AHNA (American Holistic Nurse Association) ได้พรรณนาเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูในตัวบุคคลที่มีลักษณะเป็นหน่วยรวม (Dossey , 1977)

Rubin (อ้างถึงในนพรัตน์ ไชยธานี, 2544) กล่าวว่าองค์รวมเป็นปัจเจกบุคคลที่มีมุมมองในแง่การผสมผสานทั้งการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลลัพธ์จากการผสมผสานจะเป็นหน่วยเดียวตามธรรมชาติ

Johnson (1990) แยกแยะมุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวมในแง่การผสมผสานกลมกลืน และสมดุลของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จุดเน้น คือ หน่วยรวมของปัจเจกบุคคลและกระบวนการของการฟื้นฟูด้วยตนเอง ความเจ็บป่วยเป็นโอกาสที่จะเติบโต และเพิ่มการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ความสนใจอยู่ที่สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ การรับผิดชอบด้วยตนเองของผู้รับบริการ การสร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิต นอกจากนี้ยังรวมแนวคิดของทางเลือก ทางเสริมเข้ากับมุมมองขององค์รวมอีกด้วย

Dossey (2001) และ Frisch (2000) ให้มุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวม 2 ลักษณะ คือ (1) ต้องแยกแยะตัวบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (biopsychosocialspiritual) (2) ต้องทำความเข้าใจว่าปัจเจกบุคคล (individual) เป็นหน่วยรวมที่มีเพียงหน่วยเดียวซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล และต้องอยู่ในกระบวนการที่กระทำร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตระหนักรู้เสมอว่าหน่วยรวมมีความยิ่งใหญ่กว่าการเอาแต่ละส่วนมารวมกัน

แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมพอจะสรุปได้ตามประเด็นต่อไปนี้

1. การพยาบาลแบบองค์รวมจะเข้าใจบุคคลในแบบการผสมผสาน ที่มีการกระทำซึ่งกันและกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในภายนอกตัวบุคคล
2. การพยาบาลแบบองค์รวมจะดูแลปัจเจกบุคคลในลักษณะเป็นหน่วยเดียว ดูแลครอบครัวในลักษณะเป็นหน่วยเดียว ดูแลชุมชนในลักษณะเป็นหน่วยเดียว
3. การพยาบาลแบบองค์รวมสนใจกระบวนการและรูปแบบการผสมผสานจนสมดุล อาทิ เช่น กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นต้น
4. การพยาบาลแบบองค์รวมใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นกระบวนการของกระบวนการฟื้นฟู เน้นคุณค่าของความเป็นมนุษย์เพื่อเข้าถึงจิตวิญญาณ
5. การพยาบาลแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู และบรรเทาแรงบีบคั้นทุกขั้ทรมาน
6. การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการวิจัย ความเชี่ยวชาญ ความรู้สึกที่เกิดในใจและการสร้างสรรค์ โดยที่ขณะปฏิบัติการพยาบาลต้องผสมผสานการดูแลตนเอง การรับผิดชอบตนเอง การไตร่ตรองสะท้อนการมีชีวิตและจิตวิญญาณให้กับผู้รับบริการ
7. พยาบาลแบบองค์รวมจะเป็นผู้ร่วมในการบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคลครอบครัว ชุมชน โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู ในขณะที่ผู้รับบริการต้องกระทำกระบวนการฟื้นฟู

4.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

พยาบาลส่วนใหญ่มักจะเคยชินกับการกระทำกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ แต่เมื่อใช้การพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากเป็นผู้กระทำ (doing to, doing for) มาเป็นผู้กระทำกับ (doing with, being with) เมื่อต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์แบบนี้ สิ่งสำคัญก็คือผู้รับบริการต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากผู้ถูกกระทำมาเป็นผู้ร่วมกระทำด้วย จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพขององค์รวม

การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมจะใช้แนวคิดต่อไปนี้เป็นหลัก

1. แนวคิดมนุษย์เป็นหน่วยเดียว จุดเน้นคือความเป็นปัจเจกบุคคล โดยพยาบาลต้องแยกแยะว่า บุคคลมีมุมมองอย่างไรเกี่ยวกับตัวเอง โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพ บุคคลตอบสนองความต้องการในแต่ละมิติอย่างไร ซึ่งการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินว่าเขาต้องการอะไร เมื่อรู้ความต้องการแล้วพยาบาลจึงตอบสนอง

ความต้องการของผู้รับบริการ และการตอบสนองไม่ใช่ทำเป็นมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล เนื่องจากบุคคลเป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะของตัวเองแตกต่างจากบุคคลอื่น

2. แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยในบริบทของผู้รับบริการ จุดเน้น คือ ความเชื่อ พฤติกรรม ความสนใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องใช้มุมมองของสุขภาพในบริบทของผู้รับบริการจึงจะทำให้พยาบาลเข้าใจ รู้ว่าผู้รับบริการมีประสบการณ์ด้านสุขภาพอย่างไร มีปฏิริยาตอบสนองต่อสุขภาพอย่างไร ทำไมจึงตอบสนองเช่นนั้น เป็นต้น เมื่อพยาบาลเข้าใจพยาบาลก็สามารถแยกแยะ พัฒนาสุขภาพของแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยที่กระทำกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะบุคคลเป็นปัจเจกบุคคล

3. แนวคิดการเจ็บป่วยเป็นเสมือนโอกาส จุดเน้นคือเมื่อเจ็บป่วยทำให้ต้องควบคุมชีวิต พร้อมทั้งแสวงหาหนทางที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยนั้นได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงตั้งเป้าหมายในชีวิต และเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เพื่อจะได้เรียนรู้ และสามารถพัฒนาการเจริญเติบโตต่อไปได้ พยาบาลจะมีบทบาทในการสร้างความรู้สึกที่มีพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ พยาบาลจะสงบและมีท่าทีการพูดแบบเชิงบวก

4. แนวคิดการเป็นหุ้นส่วนหรือเป็นคู่ขาของพยาบาลและผู้รับบริการ จุดเน้นคือความสัมพันธ์อย่างกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วมในความเป็นหุ้นส่วน โดยต้องแบ่งปันความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ พยาบาลจะสร้างสถานการณ์ให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู โดยเริ่มต้นที่การประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบความเชื่อ แบบแผนชีวิต การให้ความหมาย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พยาบาลกระทำบทบาทผู้อำนวยความสะดวก พยายามแยกแยะสิ่งเร้า แบ่งปันข้อมูล เคารพประสบการณ์ของผู้รับบริการ และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการกระทำบทบาทผู้ตัดสินใจ ผู้แสวงหาข้อมูล สร้างพลังอำนาจให้เกิดในตัว รู้ว่าตัวเองเป็นใคร จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างไร พึงระลึกเสมอว่าผู้รับบริการไม่ใช่ผู้ถูกกระทำหรือผู้ที่หมดทางช่วยเหลือ

5. แนวคิดการดูแลตนเอง จุดเน้นคือความรับผิดชอบของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล สาระความรู้ โดยคำนึงถึงความต้องการและระดับความรู้ของผู้รับบริการ

6. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและกระบวนการของสุขภาพ จุดเน้นคือทุกสิ่งทุกอย่างมีผลต่อสุขภาพ การที่จะบรรลุสุขภาพดีมีสุขภาพะได้ ผู้รับบริการต้องตระหนักรู้ด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ต้องปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่พยาบาลเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

จากแนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมพอสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวมพยาบาลจะต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากเป็นผู้กระทำให้มาเป็นผู้กระทำกับ โดยเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัว เข้าใจในผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้ตั้งเป้าหมายในชีวิตและเป็นผู้ตัดสินใจเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ เพื่อจะได้เรียนรู้ และสามารถพัฒนาตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู อำนวยความสะดวกและเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

4.4 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1993) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยให้ปฏิบัติ

มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม

มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการหายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการปฏิรูปการดูแลสุขภาพตามแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์รวมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความจริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องใช้ความรู้สึกร่วมกันคิด วิเคราะห์และพิจารณาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ควรให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความตรงของข้อมูล

มาตรฐานการปฏิบัติ : ในการวางแผนการพยาบาลองค์รวม ต้องร่วมมือกับผู้ป่วยบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพในทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด ทั้งบุคคลไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม จะต้องประเมินความหมายของสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทางเป็นสื่อให้เกิดการสวดมนต์ และการเจริญของจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญของผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการดูแลลักษณะที่ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการและผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติวิชาชีพโดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำและให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้ใช้บริการดำรงรักษาภาวะการมีสุขภาพดี

5.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

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

Leininger (1994 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางวิชาการ และความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลจะตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ทั้งในการดำเนินชีวิตและความตายที่พึงพอใจของบุคคล

Mereness and Taylor (1978) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้เป็น

1. รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น
2. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

5.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองของความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)
2. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจน

การพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหา สุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ ความรู้และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย แก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3. พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.1 วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบครอบ

3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะ ยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการ พยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการ พยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็น ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา

3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสำเร็จของ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการ ดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6 จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การ มีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมี ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มี องค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การ ปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะ สุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหนาการ และกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้าน หรือในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการของมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (จินตนา ญนิพันธุ์, 2542)

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่งของอวัยวะของร่างกายในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองของความต้องการกลุ่มนี้ คือชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยังมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และ บทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยิ่งยากลำบากในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองของความต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) หมายถึง ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก (Integrated thought, belief, emotion and action) มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มี ความขัดแย้งในใจ เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะมีความสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับผิดชอบต่อชีวิตในตน กล่าวได้ว่า เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์ และการพึ่งพาสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆกัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกันไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้อง

ตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง ก็
สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการดังกล่าว เป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็น
องค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้

1. ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อความอยู่รอด
2. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-psycical needs) คือความ
ต้องการเพื่อการทำหน้าที่
3. ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพ
เพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
4. ความต้องการด้านจิต-สังคม-จิตวิญญาณ (Psycho-socisl-spiritual needs) คือความ
ต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าว
ได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม
ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการ
ปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดีในแนวองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะคือ การ
ปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระ
คือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและ
ประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของ
วิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มี
ความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการ
ดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนา
ความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ใน
การทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความ
ต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ
การเปลี่ยนแปลงของบุคคลมุ่งสู่การมีสุขภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาพะ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมหรือสุขภาพ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพจะได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

Pender (1987) กล่าวว่าสุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี และได้สรุปความหมายของสุขภาพไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นกระบวนการหรือสภาวะทางร่างกาย เช่นการปราศจากโรค 2) เป็นสภาวะด้านจิตใจที่ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ อารมณ์ 3) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ การปรับบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ 4) เป็นกระบวนการที่เป็นผลรวมของคนทั้งคน เช่นความพึงพอใจในศักยภาพของบุคคล

Roy & Andrew (1991) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะและกระบวนการของการดำรงชีวิตของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา อย่าง เป็นองค์รวม เป็นการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

นักทฤษฎีทางการพยาบาลนิยาม สุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการของบุคคลที่เป็นองค์รวม และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มุ่งการจัดการกับพฤติกรรมของผู้รับบริการให้มีความถูกต้องเหมาะสม เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความผาสุกตามศักยภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล (Yura & Walsh, 1978)

Pruitt & Jane (1994 อ้างใน พิศสมร เดชดวง, 2545) กล่าวถึงองค์ประกอบสุขภาพะใน 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ Murry & Zentner (1989) กล่าวถึงองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปรายละเอียดแต่ละมิติได้ว่า

ด้านร่างกาย คือ การมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จากสมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินกิจกรรม

ด้านจิตใจ คือ การปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับความเครียด และเผชิญความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตัวเอง ภาควุฒิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตามบทบาททางสังคม หรือการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่พอเพียง รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายในชีวิตได้

จากองค์ประกอบสุขภาพะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ในการตอบสนองของความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการ ทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล

ภาวะพื้นฐานของภาวะสุขภาพแบบองค์รวมที่สำคัญมี 5 ประการ คือ (ทัศนาศา นุญทอง, 2532 บุญทิพย์ สิรินธรังษี, 2539)

1. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เน้นที่ตัวบุคคลไม่ใช่โรค แต่เป็นภาวะการณ์ที่บุคคลมีส่วน เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในดุลยภาพของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสิ่งแวดล้อม การให้การ ดูแลจึงไม่ใช่การดูแลเฉพาะการเจ็บป่วยด้านร่างกายเท่านั้น หากแต่ต้องคำนึงถึงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด แนวคิดสร้างสรรค์ที่บุคคลมีอยู่ และความสามารถในการตัดสินใจที่บุคคลได้คิด พิจารณาแล้ว

2. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เน้นที่การป้องกันโรคเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัย และ กระบวนการหายจากความเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ ความเชื่อของ ภาวะสุขภาพองค์รวมจึงเน้นที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่จะเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิต ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและเป็นการพัฒนา สุขภาพให้สมบูรณ์ที่สุด

3. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เน้นที่การดูแลตนเอง โดยมองภาวะสุขภาพเป็นความ รับผิดชอบพื้นฐานของบุคคลผู้เป็นเจ้าของ มิใช่ของบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุข ยกเว้นเฉพาะปัญหาวิกฤติที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้รอดชีวิต ดังนั้นเพื่อส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลจะต้องปรับบทบาทของตนเอง เพื่อเป็นผู้ให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษามากยิ่งขึ้น

4. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม มองความเจ็บป่วยในแง่ดี ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งหนึ่งของ ประสบการณ์ที่ดีในชีวิต ทำให้ทราบและตระหนักถึงจุดดี จุดด้อยของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

5. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ให้ความสำคัญถึงคุณค่าทางวิญญาณ โดยที่วิญญาณ (Spirit) หมายถึง ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา หรือความเป็นมนุษย์ที่บุคคลถือปฏิบัติเป็น เป้าหมายและทิศทางในชีวิต

จากแนวคิดสุขภาพะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดีตามศักยภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในแนวองค์ และได้รับการตอบสนองของความต้องการทั้ง 4 มิติ คือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

5.4 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กลุ่ม

นอกจากการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแล้ว การดูแลพยาบาลเป็นรายกลุ่มด้วยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง เมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาของการเข้าร่วมกลุ่มมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้หลายท่าน เช่น

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5-12 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลานาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-10 คน และจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6-8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2533) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถกระทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้ผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้น หรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการฝึกดังกล่าว สรุปได้ว่าจำนวน ขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้วิจัยพิจารณาคือ กลุ่มละประมาณ 8-10 คน เข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาลประมาณ 3-6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) โดยการทำการกลุ่มใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Dr. D.J. Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ได้พัฒนาการแนวทางการ

เรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ปวยได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด

องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย

(1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

(2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) หรือการสะท้อนความคิดและการถกเถียง (Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

(3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ กลายเป็นความคิดรวบยอด

(4) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimental) เป็นการทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experiment or Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้นั้น ผู้ปวยทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ปวยมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

6. โปรแกรมการดูแลผู้ปวยจิตเภทแบบองค์รวม

โปรแกรมการดูแลผู้ปวยจิตเภทแบบองค์รวม เป็นปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้การดูแลผู้ปวยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ซึ่งได้ให้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้

1. การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ปวย

พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจ พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย สบายใจและเกิดความมั่นคงปลอดภัย

ยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิดหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่บางครั้งอาจขัดกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล

คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เลือ้อาหารและร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่า ศักดิ์ศรีของตนเอง

พูดความจริงเป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

2. การส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วย

ให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้

ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง มีเหตุมีผล ถูกต้อง เหมาะสม ประการสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยรับได้

3. การพยาบาลแบบร่วมในความรู้สึกของผู้ป่วย

เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจ เพื่อเข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสีย ความเป็นส่วนตัวของตัวเอง

4. การรับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย

พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟังโดยไม่ตัดสินใจโต้แย้ง หรือวิพากษ์ วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บความหรือวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน

นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยการเลือกการใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด เทคนิคการทำให้กระจ่างด้านค่านิยม เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เป็นต้น

5. การสร้างความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย

จุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องที่น่าประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ เช่น ความสามารถที่ตนเองประจักษ์คุณความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้น ทำให้เกิดกำลังใจมีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องราวที่ทำให้ปวดร้าวใจ อาจใช้เทคนิคให้ท้อบทสวดมนต์เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึกผิด ไถโทษ และอารมณ์อื่นๆ เกิดความรู้สึกให้อภัยและได้รับการอภัย

ปลุกเร้ากำลังใจโดยให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่างๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น “ฉันต้องทำให้ได้”

กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่าเป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยายามตั้งพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

6. การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

ปฏิบัติพิธีกรรม การเชื้ออำนาจความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนา ในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระหรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีรอมชอมให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ

7. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well-being)

เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบำบัดทางจิตวิญญาณต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก เป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลาย เช่น การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือ การพักผ่อนอย่างมีความสุข เป็นต้น

8. การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย

เป็นการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยที่การมีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธา

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้ ดังนั้นจึงต้องมีแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านร่วมด้วย ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาแล้ว องค์ประกอบดังกล่าว จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะเห็นว่าการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้

ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย โดยประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Self awareness)

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สอดคล้องกับศรีวิธนา ศุภพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

ทักษะการรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สรุปได้ดังนี้

(1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

(2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

(3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหารวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

(4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

(5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน มุ่งมั่น กระทำ และประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตน

นอกจากนี้ การที่บุคคลจะพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านการรับรู้ความรู้สึกของตนเองนั้น อาจฝึกฝนโดยการฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนในขณะนั้นว่า เรามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา และค้นหาสาเหตุของการรู้สึกที่เรามีอยู่ว่าเกิดจากอะไร การสำรวจจะต้องทำอย่างซื่อตรงต่อตนเอง เป็นการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและฟังผู้อื่นพูด คือ การให้ผู้อื่นบอกลับให้เราทราบว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การบอกลับให้เราทราบว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การบอกลับจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จึงทำหน้าที่เหมือนกระจกส่องให้เราเห็นตนเองได้

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลัง

ความสามารถ 10 ประการจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ได้แก่

(1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึง บทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละ วันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้ บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

(2) การฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึก พฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมี คุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

กิจกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารมีหลายอย่างดังนี้

- 1) การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2) การพัฒนา และการดำรงรักษาความสามารถในการให้และรับข่าวสารที่แม่นยำ ตรง
- 3) การรับรู้และการจำกัดการแสดงออก ซึ่งความวิตกกังวลระหว่าง การติดต่อสื่อสาร ให้ความสนใจการสื่อสารด้วยคำพูด และไม่ใช้คำพูดอย่างต่อเนื่อง
- 4) ศึกษาบทบาทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 5) ศึกษาทักษะในการติดต่อสื่อสารของบุคคลแต่ละวัย
- 6) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออก ในขณะที่เดียวกันต้องจำกัดการ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเฉื่อยชา

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็น ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมี ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหาร เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

- 1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้ บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้น การวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้

บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลได้ตามที่ต้องการ

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา "วันนี้ของฉัน" จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าที่ได้ใช้เวลาดูแลตนเองจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากขึ้นเพียงใด ซึ่งอาจสำรวจได้โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

- 1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ
- 2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือเมื่อถึงภาวะวิกฤติ
- 3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิตในชุมชน
- 4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม
- 5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกุล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำความดีให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง

ของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพกระทำได้โดย

(1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

(2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่งมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

(3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดยาเสพติด หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (แจก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสองแนวคิด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วย จึงควรใช้กิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำท่ายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงลึก
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่าง

กว้างขวาง

5. มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

และมืองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของการสอนดังนี้

1. การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย

2. การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง

3. สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้นำทางและให้ผู้ป่วยได้สานต่อในบางครั้ง จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมโดยตรงจึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงดังนี้

สมจิต ปทุมานนท์และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระ เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มัฏฐววรรณ ลียุทธานนท์ (2542) ศึกษาผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับต้น ชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน พบว่า ภายหลังจากทดลองการสอนและไม่ได้สอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการทดลองของนักศึกษาทั้งที่ได้รับการสอนและไม่ได้เรียนการสอนภาคปฏิบัติ ตามแนวคิดและการพยาบาลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกายและด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

รัชนี้ ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

ไปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมโดยตรง มีแต่ผลงานวิจัยที่พบว่าอาการทางลบมีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร ดังนั้นจึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงดังนี้

Ruggeri et al. (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิก และลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลี จำนวน 268 ราย โดยผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิด Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจภายใน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต พบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ได้คือ เพศ สถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26

Ho et al. (1998 อ้างใน สรินทร เขียวโสภา, 2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก และการศึกษาคุณภาพชีวิต โดยเป็นแบบการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 ราย เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองโดยอาศัยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 8 มิติ คือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ การทำงาน ความบกพร่องของสมรรถภาพ ความสนุกสนานและกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ทางสังคม และการตัดสินใจทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไม่มีงานทำ และพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาทางการเงินในระดับปานกลางและการทำหน้าที่ และพบว่าอาการทางลบสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 27 ($R^2 = -.270$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคและการรักษา

-การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

-การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย

-การได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ

-ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม

-การจัดการกับอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม

-การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

-การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนา

ความมีคุณค่าในตน

-การเปิดเผยตนเอง

-การพัฒนาศักยภาพในตนเอง

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทาง

จิตวิญญาณ

-การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย

-การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณตามสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ศรัทธาและนับถือตามความเหมาะสม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

1. การดูแลตนเองด้าน

ร่างกาย

-การมีส่วนร่วมในการดูแล

สุขภาพส่วนบุคคล

-ความพร้อมในการปฏิบัติตาม

ตัวตามแผนการดูแลรักษาที่บ้าน

2. การดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิต

-การรู้จักตนเอง

-การติดต่อสื่อสารที่มี

คุณภาพ

-การเผชิญปัญหา

-การพัฒนาาระบบ

สนับสนุนทางสังคม

อาการทางลบ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit & Hungler, 1999)

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_1		O_2	กลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และหลังได้รับการดูแลตามปกติ

O_2 หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว ซึ่งใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทางจิตของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ที่นำมาใช้โดยกลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในระหว่าง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแลตนเองได้ ทั้งชายและหญิง ที่มีการป่วยซ้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย เป็นต้น แต่สามารถพูดคุยรู้เรื่อง สามารถตอบคำถามได้
3. ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
4. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2001) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำวิธีการสุ่มแบบเจาะจงในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการแบ่งผู้ป่วยในออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยชายมีจำนวน 4 ตึกและกลุ่มผู้ป่วยหญิงมีจำนวน 4 ตึก จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ตึก โดยกำหนดให้เป็นตึกของกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ตึก และตึกของกลุ่มทดลองจำนวน 2 ตึก แล้วเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นวัดอาการทางลบของผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อเลือกระดับอาการทางลบให้มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอาการทางลบอยู่ในระดับน้อยจนถึงระดับปานกลาง โดยถือเกณฑ์ประเมินจากผู้ที่มีคะแนน 5-9 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบปานกลาง และผู้ที่มีคะแนน 0-4 คะแนนถือว่าเป็นอาการทางลบน้อย เนื่องจากผู้ป่วยในระดับน้อยและปานกลางเป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยและให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มได้โดยที่พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ทำกิจกรรม

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ได้แก่ คะแนนอาการทางลบ ซึ่งผู้วิจัยควบคุมตัวแปรดังกล่าวทั้งใน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้อยู่ในระดับเดียวกัน โดยทำการประเมินตั้งแต่วันที่ 27 ถึง 30 กรกฎาคม 2547 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน หลังจากดำเนินการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับเป็นคู่ๆ โดยดูจากคะแนนอาการทางลบที่อยู่ในระดับเดียวกัน เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ ผู้วิจัยสามารถจับคู่ได้ตรงตามกำหนดทุกคู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนของอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนอาการทางลบ		ระดับอาการทางลบ
	ทดลอง	ควบคุม	
1	8	8	ปานกลาง
2	5	5	ปานกลาง
3	5	5	ปานกลาง
4	8	8	ปานกลาง
5	5	5	ปานกลาง
6	8	8	ปานกลาง
7	6	6	ปานกลาง
8	4	4	น้อย
9	8	8	ปานกลาง
10	6	6	ปานกลาง
11	8	8	ปานกลาง
12	8	8	ปานกลาง
13	9	9	ปานกลาง
14	7	7	ปานกลาง
15	7	7	ปานกลาง
16	7	7	ปานกลาง
17	7	7	ปานกลาง
18	4	4	น้อย
19	4	4	น้อย
20	4	4	น้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยนำเสนอวิธีการไว้ 5 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการกับพฤติกรรมอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการกับพฤติกรรมอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งลักษณะของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นกำหนดโครงสร้างของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยนำเสนอวิธีการไว้ 5 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นหลักในการสร้างเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการดูแลแบบ

องค์รวม จากการศึกษาทั้ง 2 แนวคิดแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงต้องใช้เนื้อหาของแนวคิดทั้ง 2 แนวคิด มาผสมผสานกันเป็นเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติได้ โดยมีลักษณะของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ร่วมกันค้นหาปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยการที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงโรคและการรักษาที่ตนเองได้รับในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยการให้ผู้ป่วยได้พูดถึงการดูแลตนเองจากนั้นพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลกิจกรรมต่างๆ ในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยยังขาดการดูแล และมีการฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักคิดวางแผนในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะต่างๆ ในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยให้ผู้ป่วยได้การรู้จักทั้งข้อดีและข้อด้อยของตนเอง และยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยการยกกรณีศึกษา

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการฝึกทักษะด้านการผ่อนคลายจากความเครียด วิตกกังวล โดยการใช้หลักศาสนา และวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆ เข้ามาช่วยทางด้านจิตใจ และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. สร้างโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมตามลำดับ รวมทั้งรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม ตั้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นสร้างสื่อ/อุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่างๆ ที่จะนำเสนอในกิจกรรม รวมทั้งคู่มือการดูแลแบบองค์รวมที่จะใช้ในการดำเนินกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งได้หน้าตาของโปรแกรม ดังนี้ (รายละเอียดอยู่ในคู่มือการดูแลแบบองค์รวมฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

จุดประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัว เพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิด เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเองในความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

เนื้อหา

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำ และผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรม

1. พยาบาลแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่จะพบกัน และสถานที่ที่นัดหมาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
6. ยุติการสร้างสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง การช่วยเหลือจากพยาบาลจะน้อยลง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกในการยุติสัมพันธภาพ

7. บันทึกรายงานการสร้างสัมพันธภาพในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นการสร้างสัมพันธภาพในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจ ยอมรับในปัญหาและความต้องการของตนเอง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและมีความพึงพอใจในผลของการสร้างสัมพันธภาพ โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา จากการสร้างสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองที่บ้านได้

เนื้อหา

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกพูดถึงอาการที่สมาชิกต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาที่สมาชิกได้รับ
2. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบต้องมารับการรักษา
3. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน
4. ให้สมาชิกพูดในประเด็นว่า ท่านมีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบและอาการเตือนก่อนจะมีอาการกำเริบมีอะไรบ้าง
5. สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุยกันในกลุ่ม
6. สรุป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้กำลังใจในการรักษาต่อไป

การประเมิน

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ และการดูแลตนเองในการทำความสะอาดร่างกาย และการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองและมองเห็นประโยชน์ในการดูแลตนเองในด้านร่างกาย

เนื้อหา

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและครบถ้วน น้ำที่สะอาดเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลตนเองในการทำความสะอาดร่างกาย และรวมทั้งการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จะทำให้บุคคลมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส และมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ หากได้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

กิจกรรม

1. เกริ่นนำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง และให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. ให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นการดูแลตนเองเมื่อมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล
4. ให้สมาชิกทดลองจัดแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองใน 1 วัน
5. ให้สมาชิกที่เป็นตัวแทนนำเสนอผลงานของกลุ่ม
6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุป

การประเมิน

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในปัจจุบัน การยอมรับฟังผู้อื่น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ตามที่ตนเองสนใจ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

เนื้อหา

1. การพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นว่าเมื่อมีความไม่สบายใจ สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร
2. ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอยู่อาศัย
3. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และวิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน
4. ให้สมาชิกได้ทำการสาธิตการติดต่อสื่อสารในทางบวก
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและสรุปสิ่งที่ได้

การประเมิน

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ รวมทั้งสังเกตความสนใจและการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

เนื้อหา

1. การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีความแตกต่างจากคนปกติ แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้ว แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว มักจะถูกล้อเลียนหรือไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

2. การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองนั้น จะต้องมองเห็นข้อดี ข้อดีของตนเอง และการได้รับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มอ่านเรื่อง ชีวิตของน้อย ให้สมาชิกฟัง
 2. สุ่มถามสมาชิก ว่าสมาชิกรู้สึกอย่างไรกับชีวิตของน้อย
 3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นถ้าสมาชิกเป็นน้อย สมาชิกจะรู้สึกอย่างไร ที่ถูกมองว่าเป็นคนไม่มีประโยชน์ ไร้คุณค่า และถ้าสมาชิกเป็นน้อยจะปฏิบัติตัวอย่างไร จึงจะทำให้พี่สาวและเพื่อนบ้านเข้าใจตน
 4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญ
 5. ตั้งประเด็นคำถามว่าถ้าสมาชิกได้กลับไปอยู่บ้านอย่างน้อย สมาชิกจะใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวได้อย่างไร
 6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากสมาชิกและส่งเสริมให้สมาชิกเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง
- การประเมินผล
- ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการได้ตอบคำถามต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ ศรัทธา ตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกว่าจิตใจไม่สงบได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ
3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีวิธีการผ่อนคลาย เมื่อตนเองมีความทุกข์ใจและสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

เนื้อหา

1. การปฏิบัติตนตามคำสอนทางศาสนาและค่านิยม ความเชื่อที่ตนเองนับถือ จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ เป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิธีหนึ่ง ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. การผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบและเป็น การส่งเสริมทางจิตวิญญาณวิธีหนึ่งที่สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน ไม่ยุ่งยาก ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

กิจกรรม

1. เกริ่นนำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านจิตวิญญาณ โดยพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม สิ่งที่น่าสนใจเคารพนับถือและศรัทธา จากนั้นเปิดประเด็นว่าจากที่ผ่านมามีสมาธิไม่สบายใจหรือตึงเครียด สมาธิทำอย่างไรเพื่อให้สบายใจขึ้น
2. ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายว่ามีวิธีใดที่ช่วยให้สบายใจขึ้น
3. สุ่มสมาชิก 1 คนให้สรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย
4. สรุปเพิ่มเติมและบรรยายเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการผ่อนคลายความตึงเครียด
5. สาธิตวิธีการคลายความตึงเครียดและให้สมาชิกฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกฝึกปฏิบัติวิธีคลายความตึงเครียด
7. สอบถามความรู้สึกของสมาชิกหลังฝึกผ่อนคลายในแต่ละวิธี
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุป

การประเมิน

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกชั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมโดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้คือ

1) ควรปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มให้อยู่ในช่วง 45 - 60 นาที และควรปรับระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมให้อยู่ในช่วง 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานสุด 3-4 สัปดาห์

2) ควรปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เช่น การดูแลตนเองในการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางลมมักจะไม่เข้าใจในจุดนี้

3) ควรทำกิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด กับผู้ป่วยทุกคนก่อนที่จะทำกิจกรรมที่ 2 โดยที่แต่ละครั้งไม่ควรเกิน 30 นาที/คน

4) การทำแต่ละกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมกลุ่ม ควรเรียงลำดับกิจกรรมจากการเริ่มให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ต่อมาเป็นการสอนทักษะ และจึงค่อยมาเป็นการสอนด้านทัศนคติ สุดท้ายเป็นเรื่องของ Belief and Value (ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ) เพราะก่อนอื่นผู้ป่วยจะต้องได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องก่อน ที่จะไปถึงทักษะ ต่อด้วย Attitude และ Belief and Value ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด

หลังปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ไม่ได้นำมาเป็นตึกที่ใช้ในการทดลอง กลุ่มละประมาณ 3-5 คนต่อ 1 กิจกรรม ในวันที่ 19 ถึง 21 กรกฎาคม 2547 เวลา 15.00 -16.00 น. จนกระทั่งครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินกลุ่ม

จากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ต้องปรับเนื้อหาในส่วนของ การให้ความรู้ให้สั้นและกระชับขึ้น ในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอนการดูแลสุขภาพร่างกาย ที่มีเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงทำการปรับให้สั้นลง ส่วนระยะเวลาของการทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้สามารถดำเนินการไปได้ดี ยกเว้นให้กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่มี

ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจทำกิจกรรมในช่วงการทำสมาธิ เนื่องจากต้องใช้เวลาเกินกว่า 45 นาที ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ และไม่สนใจในกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอตัดการทำสมาธิออกจากกิจกรรมการผ่อนคลาย คงเหลือไว้แต่การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเท่านั้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา รายได้ และศาสนา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของของ Hill and Smith (1985) และแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช โดยขั้นตอนการสร้างดังนี้คือ

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะแนวคิดของ Hill and Smith (1985) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเอง 2 ด้าน คือ

1.1 ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นต้น และความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาที่บ้าน เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

1.2 ความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

2. ศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ การนอนไม่หลับ การรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรู้จักตนเอง เป็นต้น

3. นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากการศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยมาทำโครงสร้างของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการดูแลด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิต

4. ออกแบบเครื่องมือของแบบประเมินชุดนี้เป็นแบบสังเกตการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า แบ่งคำตอบเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ
1. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย	
- การมีส่วนร่วมในการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคลขณะอยู่โรงพยาบาล	11
- ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษาที่บ้าน	4
2. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	
- การรู้จักตนเอง	5
- การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ	5
- การเผชิญปัญหา	3
- การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	4
รวม	32

สำหรับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสังเกตการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและประเมินจากข้อความในแต่ละข้อว่าผู้ป่วยนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้มากน้อยเพียงใด ตามเกณฑ์การประเมิน และให้นำน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อดังนี้

มาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเองทั้งหมด ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ด้วยตนเองและหรือมีผู้อื่นให้คำแนะนำ ชี้แนะ ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือตลอดเวลา ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางลบ

ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากการสร้างเครื่องมือขึ้นโดยหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ครอบคลุมอาการทางลบทั้งหมดประกอบด้วยการประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการเฉื่อยชา (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)

มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive / apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty of abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversation) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) โดยอาศัยเครื่องมือจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fisbein & Opler (1987) ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ประเมินโดยตรงจากการสังเกต 6 ข้อและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือสอบถามจากบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วย 7 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน คือ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินอาการทางลบ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำกรอบแนวคิด คำจำกัดความ โครงสร้างของเครื่องมือ ข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่สร้างขึ้น แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเป็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คำนวณค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบรูณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ปรับข้อความให้ชัดเจนขึ้น โดยการเพิ่มข้อความที่จะช่วยให้เข้าใจความหมายของคำ ซึ่งจะสามารถประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย มองเห็นภาพได้ชัดเจน ตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ

2) เพิ่มเนื้อหาของเกณฑ์ในบางข้อ เพื่อให้สามารถประเมินความแตกต่างของความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละระดับได้ เช่น เกณฑ์ของจำนวนน้ำดื่มที่เพียงพอของร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น จำนวน 2 ข้อ

ส่วนแบบประเมินอาการทางลบ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) แล้ว ได้ค่าเท่ากับ 0.71

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วทั้งสองชุด คือ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินอาการทางลบ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในการทดลองนี้ ใช้นักจิตวิทยาที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 10 คน (Burns & Grove, 2001) ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาความสอดคล้องกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) โดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ท่าน ทำการทดลองเครื่องมือในช่วงของการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่เวลา 8 - 16 นาฬิกา ในวันที่ 16 ถึง 19 กรกฎาคม 2547 ในกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาวิเคราะห์หาค่า Inter-rater Reliability โดยใช้สูตรของ Kappa และพิจารณาค่า Inter-rater Reliability ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.40 ถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 แสดงว่าเครื่องมือมีค่า Inter-rater Reliability ในระดับปานกลาง และมากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 แสดงว่าเครื่องมือมีค่า Inter-rater Reliability ในระดับสูง (Fleiss, 1981) และจากการนำแบบประเมินอาการทางลบมาวิเคราะห์หาค่า Inter-rater Reliability ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเท่ากับ .88 และได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบโดยรวมเท่ากับ .94 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองในการวิจัยนี้ มีจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาความรู้ที่จะให้แกผู้ป่วยจิตเภทในโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการกับอาการทางลบ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถามโดยการปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1) ข้อความทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,5,6,8,9,12,13,15,16,19 และข้อ 20

2) ข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,4,7,10,11,14,17 และข้อ 18

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมที่อยู่และข้อมูลที่เป็นเจ้าของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเป็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขภาษาบางคำให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองนี้ใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในวันที่ 20 ถึง 23 กรกฎาคม 2547 นำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตร คูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2544) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ความยากง่ายเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,3,5,6,9,12,13,14,15,19 และ 20 มีความสัมพันธ์เกิน 0.8 ทำให้เป็นข้อคำถามที่มีความยากเกินไป และเมื่อนำมาวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,3,5,6,9,12,13,15 และ 16 มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับข้อคำถาม

ชุดที่ 2 แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem Scale, 1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) เป็นแบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเห็น	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	4	1
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	3	2
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง	2	3
ไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

การกำหนดค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระหว่าง 10-40 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมที่อยู่และข้อมูลที่เป็นเจ้าของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน ความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน

ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเป็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 1

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองนี้ใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในวันที่ 20 ถึง 23 กรกฎาคม 2547 นำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงขั้นการทดลองใช้เครื่องมือเท่ากับ .71 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งในข้อที่ต้องปรับแก้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 4 ชุด เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานการพยาบาลโดยตรงในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ขอใช้สถานที่ในการทดลอง

3.3 แง้วันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน และเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองอีก 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน คือ กลุ่มที่ 1 นัดทำการทดลอง วันที่ 2 ถึง 13 สิงหาคม 2547 ส่วนกลุ่มที่ 2 นัดทำการทดลองวันที่ 16 สิงหาคม ถึง 27 สิงหาคม 2547

ขั้นที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ในระยะเวลาดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การเตรียมตรวจต่างๆ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกิจกรรมบำบัดที่จะได้รับภายในตึก ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มชุมนุมบำบัด และกลุ่มการดูแลตนเอง และกลุ่มบำบัดรวมที่ศูนย์ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มอาชีวบำบัด และกลุ่มนันทนาการ ซึ่งกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์นั้น ผู้ป่วยในแต่ละรายอาจได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ได้ไม่เท่ากันในแต่ละสัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วยในแต่ละวันว่าจะสามารถนำมาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้หรือไม่

2. **กลุ่มทดลอง** จะได้รับการพยาบาลปกติตามกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปของตึกและสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่สร้างขึ้นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 -10 คน ตามกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มหอผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ตารางการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่	ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1 (10 ราย)	2 สัปดาห์ (2 ถึง 13 สิงหาคม 2547)	2,4,6,10 และ 12 สิงหาคม 2547 (30 นาที / ราย) 3 สิงหาคม 2547 (45 นาที) 5 สิงหาคม 2547 (45 นาที) 9 สิงหาคม 2547 (45 นาที) 11 สิงหาคม 2547 (45 นาที) 13 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กลุ่มที่	ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
2 (10 ราย)	2 สัปดาห์ (16 ถึง 27 สิงหาคม 2547)	16,18,20,24 และ 26 สิงหาคม 2547 (30 นาที / ราย) 17 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
		19 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย
		23 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	การพัฒนาทักษะด้านสังคม
		25 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน
		27 สิงหาคม 2547 (45 นาที)	การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

จุดประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัว เพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิด เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเองในความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

กิจกรรม

1. พยาบาลแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่จะพบกัน และสถานที่ที่นัดหมาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
6. ยุติการสร้างสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง การช่วยเหลือจากพยาบาลจะน้อยลง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกในการยุติสัมพันธภาพ
7. บันทึกรายงานการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นการสร้างสัมพันธภาพในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

การประเมินผล

จากการสร้างสัมพันธภาพบำบัดกับผู้ป่วย 5 ครั้งต่อราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง ลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวส่วนใหญ่มักจะเป็นการวิพากษ์วิจารณ์ การใช้ น้ำเสียง และท่าทางที่ตำหนิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ครบถ้วน ซึ่งผู้ป่วยยอมรับปัญหานี้ทำให้ตนเองรู้สึกตึงเครียด และได้ใช้อารมณ์โต้ตอบกลับอย่างรุนแรง เช่น การทำร้ายมารดา หรือทุบตีน้อง และเป็นสาเหตุที่ทำให้ตนเองกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีก ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่มีโอกาสที่จะได้พูดอธิบาย ทุกคนในบ้านมองตนเองเป็นภาระของครอบครัว ในบางครอบครัวมีท่าทีรังเกียจผู้ป่วย ผู้ป่วยเล่าว่า “หนูไม่ได้กินข้าวร่วมกับคนที่บ้าน เค้ารังเกียจหนู เค้ายจะเอามาให้หนูกินที่ห้อง” และในบางครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์สูงในลักษณะที่หึงหวง จับคู่กับผู้ป่วยมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความเป็นอิสระ มันเป็นเรื่องที่กดดัน ไม่รู้จะแสดงออกอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ต้องใช้สัมพันธภาพบำบัดมากกว่า 5 ครั้งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเองบ้าง จากปัญหาของการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของครอบครัวด้วย โดยพบว่าผู้ป่วย 1 รายมีปัญหาสัมพันธภาพกับบิดา ผู้ป่วยรู้สึกว่าบิดาไม่รักตนเอง เพราะบิดาไม่เคยกอดหรือหอมตนเองเลยตั้งแต่จำความได้ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเห็นเพื่อนที่โรงเรียนที่มีพ่อมารับและจะกอดหอมเพื่อน ทำให้ตนเองรู้สึกอิจฉาเพื่อน รู้สึกว่าน้อยใจบิดาของตนเอง ซึ่งขณะเล่าผู้ป่วยมีน้ำตา

คลอและมีน้ำเสียงเบาลง ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวเมื่อผู้วิจัยให้แนวทางในการใช้การสื่อสารที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโปรแกรม และทำให้ผู้ป่วยมองเห็นสาเหตุและความเป็นจริง หรือความต้องการจริงๆ ที่ผู้ป่วยต้องการอยากจะทำให้เกิดคืออะไร โดยให้ผู้ป่วยร่วมหาทางที่จะไปแก้ไขและตั้งเป้าหมายของตนเองก่อนกลับบ้าน มีผู้ป่วย 10 รายได้แนวทางที่จะนำไปใช้กับครอบครัวของตนเอง มีเพียงผู้ป่วยอีก 2 ราย ที่ยังไม่เข้าใจถึงปัญหาและไม่ยอมรับในปัญหาของตนเอง โดยบอกว่า เป็นปัญหาของญาติที่ต้องแก้ไขไม่ใช่ตนเอง เพราะตนเองเป็นผู้ที่ป่วยทางจิต

ปัญหาที่พบรองลงมา เป็นปัญหาของการกลับไปใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ และยาบ้า ซึ่งพบในผู้ป่วยชาย โดยพบว่ากลับไปใช้ยาบ้า 1 ราย ใช้สุรา 2 ราย และติดบุหรี่ 3 ราย ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นปัญหาที่ทำให้ตนเองกลับมาป่วยซ้ำ แต่เมื่อกลับไปบ้านจะทนไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมและได้กลับไปใช้สารเสพติดเกือบทุกครั้ง โดยเฉพาะการใช้บุหรี่พบว่า ผู้ป่วยยังแอบใช้ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยอมรับถึงปัญหาและบอกถึงแนวทางที่จะแก้ไขตนเอง หลังจากที่ได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายของสัมพันธภาพบำบัด แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่แน่ใจว่าตนเองจะทนกับสภาพเดิมของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ได้หรือไม่ จากการใช้สัมพันธภาพบำบัดผู้ป่วยแสดงท่าทีพึงพอใจมาก ผู้ป่วยบอกว่า “การที่พี่มาคุยกับหนู หนูรู้สึกว่ามีโอกาสจะช่วยหนูจริงๆ เวลาที่หนูอยากจะทำอะไรแต่ไม่มีใครอยากฟัง หนูรู้สึกทุกข์ใจจริงๆ นะพี่” ผู้ป่วยจะแสดงท่าทีดีใจ เข้ามาเดินจูงมือผู้วิจัยไปพูดคุย และเล่าปัญหาอย่างเปิดเผยให้ผู้วิจัยฟังในช่วงระยะหลังๆ ของสัมพันธภาพบำบัด หลังจากบอกญาติสัมพันธภาพผู้ป่วย 3 คน กล่าวขอบคุณผู้วิจัยที่ให้ตนเองได้เข้าร่วมวิจัย เพราะทำให้ตนเองได้เข้าใจตนเองมากขึ้น และเห็นแนวทางที่จะจัดการกับปัญหาของตนเอง และมีวิธีการที่จะผ่อนคลายตนเองเมื่อมีความรู้สึกเครียด

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองที่บ้านได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสลับกันพูดถึงอาการที่สมาชิกต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาที่สมาชิกได้รับ
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบต้องมารับการรักษา
3. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย

4. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดในประเด็นเกี่ยวกับท่านมีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบและอาการเตือนก่อนจะมีอาการกำเริบมีอะไรบ้าง
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุยกันในกลุ่ม
7. ผู้นำกลุ่มสรุป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้กำลังใจในการรักษาต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนมากให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมโดยให้ความสนใจและตั้งใจฟังถึงเนื้อหา ของโรคจิตเภท มีการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในขณะที่ให้พูดในประเด็นของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ตนเองมีอาการกำเริบ มีผู้ป่วย 4-5 รายต่อกลุ่มที่จะไม่กล้าแสดงออก จะนั่งเงียบเฉย ต้องมีการกระตุ้นในตอบเป็นระยะๆ โดยใช้พลังของกลุ่ม หลังจากเปิดโอกาสให้อภิปรายเรื่องสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย 5 ราย มีสาเหตุของอาการกำเริบที่คล้ายคลึงกัน เช่น การกลับไปใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ และยาบ้า โดยมากพบในผู้ป่วยชาย ส่วนอีกสาเหตุหนึ่งก็คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วย โดยพบในผู้ป่วยเกือบทุกรายทั้งผู้ป่วยชายและหญิง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นปัญหาที่ทำให้ตนเองต้องกลับมาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ และการดูแลตนเองในการทำความสะอาดร่างกาย และการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองและมองเห็นประโยชน์ในการดูแลตนเองในด้านร่างกาย

กิจกรรม

1. กลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นว่าที่ผ่านมามีสมาชิกสนใจและดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกในด้านใดบ้าง
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นการดูแลตนเองเมื่อมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและบรรยายเรื่องอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทดลองจัดแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองใน 1 วัน
5. ให้สมาชิกที่เป็นตัวแทนนำเสนอผลงานของกลุ่ม
6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุป

การประเมินผล

ผู้ปวยมีส่วนร่วมในการพูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตามความเชื่อ ค่านิยมต่างๆ ที่ปฏิบัติกันมาในครอบครัวของตนเองได้โดยมีผู้ปวย 2 รายได้เล่าถึงอาหารที่ครอบครัวของตนเองรับประทานเป็นประจำ รวมทั้งให้ความสนใจซักถามถึงวิธีการดูแลตนเองให้แข็งแรง มีสุขภาพดี ผู้ปวย 3 รายเป็นผู้ปวยหญิง 2 ราย และผู้ปวยชาย 1 ราย ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ผู้ปวยปฏิบัติเป็นประจำขณะอยู่บ้านให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟัง โดยเฉพาะหัวข้อเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเกิดอุบัติเหตุข้างเคียงของยา ผู้ปวยให้ความสนใจมากโดยจะมีการพูดคุยในประเด็นนี้นานประมาณ 15 นาที มีผู้ปวย 1 รายได้นำไปสังเกตอาการของเพื่อนผู้ปวยด้วยกันและนำมาบอกกับผู้วิจัย ซึ่งพบว่า ผู้ปวยมีความสามารถสังเกตอาการแพ้ยาของเพื่อนได้ ผู้ปวยรู้สึกพอใจแสดงสีหน้ายิ้มแย้มเมื่อผู้วิจัยกล่าวชม และบอกว่า "ถ้าหนูไม่ได้เข้ากลุ่มกับพี่ หนูก็ยังไม่รู้ว่าอาการที่เพื่อนคันอยู่เนี่ยะ เกิดจากการแพ้ยาหรอก"

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ปวยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. ผู้ปวยบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นว่าเมื่อมีความไม่สบายใจ สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอยู่อาศัย
3. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และวิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ทำการสาธิตการติดต่อสื่อสารในทางบวก
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและสรุปสิ่งที่ได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา มักจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะกับคนที่ใกล้ชิด เช่น มารดา บิดา โดยคอยช่วยเหลือในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลคอยเตือนเรื่องการรับประทานยา การพามาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ช่วยเหลือโดยเป็นที่ปรึกษาเวลาที่มีเรื่องกังวลใจ ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ แต่ก็จะมีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ ร่วมกับการสื่อสารทางลบในครอบครัว ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ส่วนความช่วยเหลือในชุมชนผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนเมืองเป็นส่วนมาก ทำให้ขาดการช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากสังคมในชุมชนเมืองมักจะอยู่กันแบบตัวใครตัวมัน โดยมีผู้ป่วยชาย 1 ราย บอกว่า “พี่รู้ไหม แถวบ้านผมมันอยู่แบบตัวใครตัวมัน คนข้างบ้านนะ ผมยังไม่รู้จักเลย” “ผมเคยขอให้เค้าช่วยถอยรถที่หน้าบ้านให้หน่อย เค้ายังยื่นเฉย จนผมโมโหแม่ต้องมาเรียกเข้าบ้าน” มีผู้ป่วย 10 ราย ที่รับรู้ถึงว่าตนเองใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทอง 30 บาท เพราะญาติบอก แต่เมื่อถามถึงวิธีใช้ผู้ป่วย 15 ราย ไม่รู้ถึงวิธีการใช้ที่ถูกต้องตามขั้นตอน เมื่อพยาบาลได้ให้ความรู้ไป ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นประโยชน์กับตนเองมากและจะนำไปบอกกับญาติของตนเอง แต่มีผู้ป่วย 2 ราย ที่บอกว่ายังไม่ค่อยอยากที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลนี้เลยแม้จะต้องจ่ายเงินเอง เพราะว่ากินยาที่อื่นแล้วรู้สึกว่าจะตนเองไม่ดีขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงถึงการติดต่อสื่อสารทางบวกเพื่อสามารถนำกลับไปใช้ในครอบครัว พบว่า ในผู้ป่วยชายสามารถแสดงได้ดีเกินความคาดหมาย และมีการวิพากษ์วิจารณ์ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อกันได้มากกว่าผู้ป่วยหญิง เช่น ผู้ป่วยในกลุ่มบอกว่าถ้าเพื่อนพูดอย่างนี้ ก็คงไม่มีใครอยากให้ความช่วยเหลือซึ่งในผู้ป่วย 2 ราย ที่ไม่สามารถสื่อสารทางบวกได้ขณะอยู่ในกลุ่ม ยอมรับคำพูดของเพื่อน แสดงว่าการใช้พลังของกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงวิธีการสื่อสารทางบวกได้เช่นกัน

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มอ่านเรื่องชีวิตของน้อย ให้สมาชิกฟัง
2. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิกว่าสมาชิกรู้สึกอย่างไรกับชีวิตของน้อย
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับถ้าสมาชิกเป็นน้อย สมาชิกจะรู้สึกอย่างไร ที่ถูกมองว่าเป็นคนไม่มีประโยชน์ ไร้คุณค่า และจะปฏิบัติตัวอย่างไร จึงจะทำให้พี่สาวและเพื่อนบ้านเข้าใจตน

4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ทั้งหมด
5. ผู้นำกลุ่มตั้งประเด็นคำถามว่าถ้าสมาชิกได้กลับไปอยู่บ้านอย่างน้อย สมาชิกจะใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวได้อย่างไร
6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากสมาชิกและส่งเสริมให้สมาชิกเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง

การประเมินผล

เมื่อผู้ป่วยได้ฟังกรณีศึกษาจากสื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว มีผู้ป่วย 3 รายบอกว่าคล้ายกับเรื่องของตนเอง โดยบอกว่า “หนูเคยเจอเพื่อนพี่ชาย มั่นว่าหนูบ้า หนูก็เลยด่าเค้ากลับไป” “เหมือนผมเลย เวลาผมมีปัญหา ผมไม่อยากคุยกับใคร” “หนูก็มีพี่สาวเหมือนน้อย พี่สาวก็ดูแลหนูตลอด แต่หนูก็ยังทำให้พี่เค้าเดือดร้อน” ผู้ป่วยทุกคนสนใจร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่ผู้นำกลุ่มตั้งให้ มีการวิพากษ์วิจารณ์ร่วมกันถึงสิ่งที่ตัวละครไม่ควรทำ และควรทำเป็นระยะๆ ภายในกลุ่มที่จัดให้ร่วมอภิปราย บางคนมีการเปรียบเทียบตนเองว่าถ้าเป็นตัวละครนั้นจะไม่ทำสิ่งนี้ สิ่งนั้นกับเพื่อนที่อยู่ในกลุ่ม สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นโดยบอกกับเพื่อนว่าถ้าตนเองได้กลับไปอยู่ที่บ้าน ตัวเองจะทำตัวดีๆ จะได้ไม่ต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลบ่อยๆ ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริม และให้กำลังใจในความคิดเห็นที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยนำเสนอต่อกลุ่ม ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองว่าจะทำได้ ด้วยการแสดงสีหน้ายิ้มแย้มเมื่อผู้วิจัยกล่าวชื่นชมหลังจากที่ผู้วิจัยถามย้ำว่าจะทำได้อย่างที่ตนเองคิดได้หรือไม่

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ ศรัทธา ตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกว่าจิตใจไม่สงบได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ
3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีวิธีการผ่อนคลาย เมื่อตนเองมีความทุกข์ใจและสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านจิตวิญญาณ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม สิ่งที่สมาชิกเคารพนับถือและศรัทธา จากนั้นเปิดประเด็นว่าจากที่ผ่านมาเมื่อสมาชิกไม่สบายใจหรือตึงเครียด สมาชิกทำอย่างไรเพื่อให้อบายใจขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายว่ามีวิธีใดที่ช่วยให้สบายใจขึ้น

3. ผู้นำกลุ่มสุ่มสมาชิก 1 คนให้สรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย
4. ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมและบรรยายเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการผ่อนคลายความตึงเครียด
5. ผู้นำกลุ่มสาธิตวิธีการคลายความตึงเครียดและให้สมาชิกฝึกปฏิบัติตาม
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกปฏิบัติวิธีคลายความตึงเครียด
7. ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้สึกของสมาชิกหลังฝึกผ่อนคลายในแต่ละวิธี
8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุป

การประเมินผล

ผู้วิจัยให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของความเชื่อ ค่านิยมต่างๆ ที่ตนเองนับถือโดยยอมเปิดเผยในกลุ่ม ส่วนมากผู้วิจัยได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองร่วมกับครอบครัวบ้าง เช่น การทำบุญใส่บาตรเมื่อไม่สบายใจ การสวดมนต์เพื่อให้นอนหลับฝันดี เป็นต้น ผู้วิจัยสนับสนุน และให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติแล้วเกิดความสบายใจ เช่น มีผู้วิจัยบางรายบอกว่า “การรักษาทั้งหมดกับการรอน้ำมนต์เป็นสิ่งที่ทำได้พร้อมกัน เพราะจะทำให้เราหายเร็วขึ้น” และการที่ผู้วิจัยนำวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดมาสอนให้ผู้วิจัยรับรู้วิธีการหนึ่ง มีผู้วิจัย 8 รายให้ความสนใจและตั้งใจฝึกปฏิบัติในระหว่างที่ทำกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งมีผู้วิจัยชายและหญิงหลายรายขอให้ผู้นำกลุ่มนำรายละเอียดวิธีปฏิบัติแจ้งให้กับตนเองก่อนที่จะกลับบ้าน เพื่อจะได้ไปทำต่อที่บ้านและเอาไปสอนให้กับเพื่อนที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมด้วย เพราะผู้วิจัยคิดว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายสามารถทำได้ด้วยตนเอง

การกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยมีการกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ และวัดระดับความมีคุณค่าในตน จำนวน 10 ข้อ รายงานผลการกำกับการทดลองดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่	คะแนนวัดความรู้ในการดูแลตนเองและ การจัดการกับอาการทางลบ	คะแนนความมีคุณค่าในตน
1	17	36
2	17	31
3	12	30
4	17	17
5	14	29
6	16	27
7	17	34
8	17	30
9	18	24
10	18	37
11	15	22
12	17	31
13	16	26
14	18	35
15	15	25
16	15	25
17	16	23
18	18	36
19	18	34
20	15	24

จากการรายงานผล พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มีคะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบต่ำกว่า 75% หรือ ต่ำกว่า 15 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายและการจัดการกับอาการทางลบในข้อที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้เป็นรายบุคคลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงข้อสงสัยหลังจากการกำกับการทดลองสิ้นสุด และได้มีการติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ชุดเดิม พบว่า ผู้ป่วยสามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนระดับคะแนนความมีคุณค่าในตนพบผู้ป่วย 1 ราย ที่มีคะแนนอยู่ในระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ผู้วิจัยได้เข้าไปช่วยเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองกับผู้ป่วยเป็นเวลาอีก 1 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยได้รับกิจกรรม

สัมพันธภาพบำบัดเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยรายอื่นๆ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งก่อนจำหน่าย ได้วัดควมามีคุณค่าในตนซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นมาอยู่ในระดับพอควร หรือปานกลาง

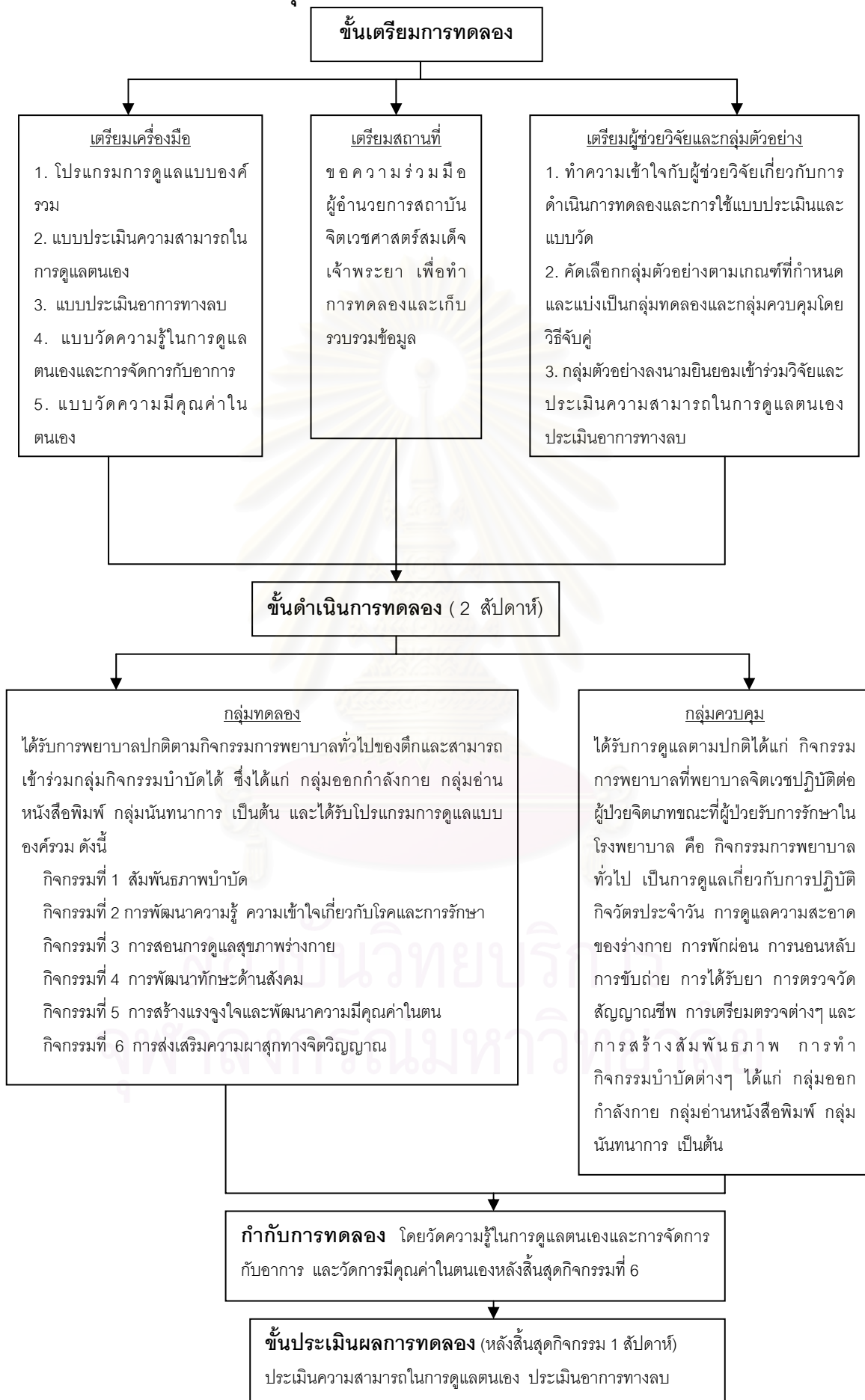
ขั้นที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) กลุ่มทดลอง ในกลุ่มที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และอาการทางลบก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่ 2 สิงหาคม 2547 และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบหลังการทดลอง (Post-test) ในวันที่ 20 สิงหาคม 2547 ส่วนในกลุ่มที่ 2 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่ 16 สิงหาคม 2547 และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบหลังการทดลอง (Post-test) ในวันที่ 3 กันยายน 2547

2) กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบก่อนการทดลอง (Pre-test) และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบหลังการทดลอง (Post-test) ในช่วงระยะเวลาเดียวกับกลุ่มทดลองโดยผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมจะไม่ได้อยู่หอผู้ป่วยเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติ Paired t-test
3. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
4. คะแนนอาการทางลบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติ Paired t-test
5. คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
6. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	50	10	50
หญิง	10	50	10	50
อายุ				
20 - 29 ปี	4	20	6	30
30 - 39 ปี	11	55	9	45
40 - 49 ปี	4	20	2	10
50 - 59 ปี	1	5	3	15
สถานภาพสมรส				
โสด	14	70	17	85
คู่	2	10	2	10
แยก / ร้าง	4	20	1	5
หม้าย / หย่า	0	0	0	0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	5	25	3	15
มัธยมศึกษา	11	55	12	60
อนุปริญญา	3	15	2	10
ปริญญาตรี	1	5	3	15

จากตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี มีสถานภาพโสด และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต รายได้ และศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล				
1 - 5 ครั้ง	14	70	11	55
6 - 10 ครั้ง	4	20	4	20
11 - 15 ครั้ง	2	10	2	10
16 ครั้งขึ้นไป	0	0	3	15
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต				
น้อยกว่า 1 - 5 ปี	7	35	5	25
มากกว่า 5 - 10 ปี	7	35	8	40
มากกว่า 10 - 15 ปี	2	10	3	15
มากกว่า 15 - 20 ปี	1	5	1	5
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	3	15	3	15
รายได้				
น้อยกว่า 5,000 บาท	7	35	0	0
มากกว่า 5,000-10,000 บาท	11	55	12	60
มากกว่า 10,000-20,000 บาท	2	10	6	30
20,000 บาทขึ้นไป	0	0	2	10
ศาสนา				
พุทธ	20	100	18	90
อิสลาม	0	0	2	10

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 - 5 ครั้ง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงมากกว่า 5 - 10 ปี มีรายได้มากกว่า 5,000 - 10,000 บาท และนับถือศาสนาพุทธ

**ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

ความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
ด้านร่างกาย	2.30	.199	มาก	2.26	.286	มาก	0.54
การดูแลสุขภาพส่วน บุคคล	2.46	.168		2.40	.335		0.70
ความพร้อมในการ ปฏิบัติตัวตามแผนการ รักษา	2.14	.262		2.11	.308		0.28
ด้านสุขภาพจิต	1.70	.244	ปานกลาง	1.75	.352	ปานกลาง	-0.53
การรู้จักตนเอง	1.81	.340		1.84	.461		-0.23
การติดต่อสื่อสาร	1.91	.219		1.92	.375		-0.10
การเผชิญปัญหา	1.47	.313		1.62	.499		-1.14
การพัฒนาทางสังคม	1.62	.286		1.64	.329		-0.13
รวม	11.41	1.30	มาก	11.53	1.80	มาก	-0.24

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
ด้านร่างกาย	2.86	.184	มาก	2.27	.279	มาก	7.84*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.88	.141		2.41	.333		5.85*
ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา	2.84	.247		2.14	.298		8.09*
ด้านสุขภาพจิต	2.50	.303	มาก	1.78	.321	ปานกลาง	7.26*
การรู้จักตนเอง	2.65	.274		1.90	.451		6.34*
การติดต่อสื่อสาร	2.72	.300		1.93	.340		7.20*
การเผชิญปัญหา	2.45	.449		1.63	.388		6.15*
การพัฒนาทางสังคม	2.20	.418		1.62	.319		4.89*
รวม	15.74	1.50	มาก	11.70	1.63	มาก	8.14*

*p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test)

ความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
ด้านร่างกาย	2.86	.184	มาก	2.30	.199	มาก	14.00*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล							
บุคคล	2.88	.141		2.46	.168		12.22*
ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา							
รักษา	2.84	.247		2.14	.262		11.85*
ด้านสุขภาพจิต	2.50	.303	มาก	1.70	.244	ปานกลาง	16.89*
การรู้จักตนเอง	2.65	.274		1.81	.340		21.00*
การติดต่อสื่อสาร	2.72	.300		1.91	.219		10.28*
การเผชิญปัญหา	2.45	.449		1.47	.313		11.51*
การพัฒนาทางสังคม	2.20	.418		1.62	.286		6.60*
รวม	15.74	1.50	มาก	11.41	1.30	มาก	18.00*

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

ความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
ด้านร่างกาย	2.27	.279	มาก	2.26	.286	มาก	0.40
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.41	.333		2.40	.335		0.29
ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา	2.14	.298		2.11	.308	41	0.37
ด้านสุขภาพจิต	1.78	.321	ปานกลาง	1.75	.352	ปานกลาง	1.22
การรู้จักตนเอง	1.90	.451		1.84	.461		0.95
การติดต่อสื่อสาร	1.93	.340		1.92	.375		1.00
การเผชิญปัญหา	1.63	.388		1.62	.499		0.33
การพัฒนาทางสังคม	1.62	.319		1.64	.329		-0.29
รวม	11.70	1.63	มาก	11.53	1.80	มาก	0.94

*p<.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
อาการเฉื่อยชา	1.10	.308		0.80	.410		2.61*
การแยกตัวทางอารมณ์	1.25	.444		1.50	.607		-1.49
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง	1.20	.616		0.95	.605		1.30
อาการแยกตัวจากสังคม	1.10	.718		1.25	.716		-0.66
มีปัญหาในการใช้							
ความคิดนามธรรม	0.95	.759		1.10	.788		-0.61
การสนทนาไม่เกิดขึ้น							
อย่างธรรมชาติและไม่							
สิ้นไหว	0.50	.607		0.55	.759		-0.23
การคิดอย่างตายตัว	0.45	.510		0.05	.224		3.21*
รวม	6.55	1.67	ปานกลาง	6.20	1.64	ปานกลาง	0.67

*p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวมทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบด้านอาการเฉื่อยชา และด้านการคิดอย่างตายตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
อาการเฉื่อยชา	0.50	.607		0.95	.510		-2.54*
การแยกตัวทางอารมณ์	0.25	.444		1.40	.598		-6.90*
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง	0.20	.410		0.80	.523		-4.04*
อาการแยกตัวจากสังคม	0.25	.444		1.15	.617		-5.00*
มีปัญหาในการใช้							
ความคิดนามธรรม	0.90	.718		1.25	.786		-1.47
การสนทนาไม่เกิดขึ้น							
อย่างธรรมชาติและไม่							
สิ้นไหว	0.05	.224		0.55	.605		-3.47*
การคิดอย่างตายตัว	0.15	.366		0.30	.407		-1.12
รวม	2.30	1.95	น้อย	6.40	1.63	ปานกลาง	-7.21*

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวมทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบด้านมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม และด้านการคิดอย่างตายตัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
อาการเฉื่อยชา	0.50	.607		1.10	.308		4.48*
การแยกตัวทางอารมณ์	0.25	.444		1.25	.444		7.96*
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง	0.20	.410		1.20	.616		7.96*
อาการแยกตัวจากสังคม	0.25	.444		1.10	.718		6.47*
มีปัญหาในการใช้							
ความคิดนามธรรม	0.90	.718		0.95	.759		1.00
การสนทนาไม่เกิดขึ้น							
อย่างธรรมชาติและไม่							
สิ้นไหว	0.05	.224		0.50	.607		3.33*
การคิดอย่างตายตัว	0.15	.366		0.45	.510		2.85*
รวม	2.30	1.95	น้อย	6.55	1.67	ปานกลาง	13.14*

*p<.05

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองรวมทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบด้านมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
อาการเฉื่อยชา	0.95	.510		0.80	.410		1.37
การแยกตัวทางอารมณ์	1.40	.598		1.50	.607		-1.00
มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง	0.80	.523		0.95	.605		-1.37
อาการแยกตัวจากสังคม	1.15	.617		1.25	.716		-1.00
มีปัญหาในการใช้							
ความคิดนามธรรม	1.25	.786		1.10	.788		1.37
การสนทนาไม่เกิดขึ้น							
อย่างธรรมชาติและไม่							
สิ้นไหว	0.55	.605		0.55	.759		0.00
การคิดอย่างตายตัว	0.30	.407		0.05	.224		2.51*
รวม	6.40	1.63	ปานกลาง	6.20	1.64	ปานกลาง	0.54

*p<.05

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองรวมทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบด้านการคิดอย่างตายตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

การใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีอาการทางลบลดลงแล้ว หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการเข้าโปรแกรมและประโยชน์ที่ผู้ป่วยคิดว่าได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความต้องการและความคิดเห็นร่วมกันอย่างเป็นอิสระ โดยไม่ขัดต่อความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย จากการบอกเล่าของผู้ป่วยพูดว่า “หนูดีใจจังที่ได้เล่าเรื่องต่างๆ ให้พี่ได้ฟัง ทำให้หนูรู้สึกสบายใจขึ้น หนูไม่เคยเล่าเรื่องของหนูให้ใครฟังเลย เพราะว่าพอจะเล่า คำก็บอกว่าหนูคิดมากไปเองหรือเปล่า”

2. ช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น เช่น บุคลากรในตึก และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยเฉพาะเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีเพื่อนที่เข้าใจ เห็นใจ คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งได้รับคำแนะนำ ความรู้เพิ่มเติม และเกิดความมั่นใจในสิ่งที่ตนเองคิดจะปฏิบัติ จากการบอกเล่าของผู้ป่วยพูดว่า “พี่รู้ไหม ตั้งแต่หนูมาเข้ากลุ่มของพี่ หนูได้เพื่อนที่เข้าใจหนูเพิ่มขึ้นอีกหลายคนเลย

3. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญที่สุดที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้ จากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่พูดว่า “ผมนี่แหละ จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะผมรู้ว่าผมป่วยเป็นอะไร” หรือ “หนูใช้ไหมคะที่จะต้องจัดการกับปัญหาตนเองถึงจะสำเร็จ”

4. ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดการร่วมมือกันในการปรึกษา ร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาหลังจากที่ให้ผู้ป่วยระดมความคิดในการวิเคราะห์ประเด็นที่กำหนด

5. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของแต่ละคนได้ เมื่อเกิดความคับข้องใจหรือสงสัย เช่น ในเหตุการณ์เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว มีผู้ป่วยหญิง 1 ราย สามารถสังเกตเห็นเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันมีอาการแพ้ยา จึงมาบอกให้ผู้วิจัยช่วยไปดู ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “หลังจากที่หนูได้ฟังพี่พูดในกลุ่มว่าคนที่แพ้ยา จะมีผื่นขึ้นตามตัว หนูเห็นเพื่อนที่นอนอยู่ข้างๆ มีผื่นขึ้นที่แขน หนูกลัวเพื่อนจะเป็นมากจึงอยากให้พี่ไปดูให้หนูหน่อย” และมีผู้ป่วยอีกหลายคนเริ่มเข้าใจและสนใจถึงอาการที่ตนเองมีอาการแสดงจากอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยาอยู่ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก มือสั่น ทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาวิธีจัดการกับอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยชายที่รู้สึกพึงพอใจที่ตนเองได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ โดยผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าไม่เข้ามาอยู่โรงพยาบาลก็ไม่รู้หรอกว่า ค่าใช้บัตรนี้อย่างไร เพราะเวลาไป

เอาบัตร เค้่าไม่เห็นชี้แจงให้ทราบเหมือนที่พี่พยาบาลพูดเลย แม่ผมยังงงๆ เลย เดี่ยวผมกลับไปจะไปบอกแม่ให้รู้ด้วย”

6. ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคจิตเภทที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา ต้องใช้ระยะเวลานาน ต้องดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อจะได้ไม่ต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีก

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะว่า อยากให้มีการจัดกลุ่มกิจกรรมแบบนี้ให้กับเพื่อนผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเพื่อนจะได้รับความรู้เหมือนกับตนเองเพราะคิดว่ามันมีประโยชน์และสามารถทำได้ด้วยตนเองได้ง่ายๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ในระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ถึง 3 กันยายน พ.ศ. 2547 มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในการคัดเลือกทีก็ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการแบ่งทีก็ผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีก็ผู้ป่วยชายจำนวน 4 ทีก็ และทีก็ผู้ป่วยหญิงจำนวน 4 ทีก็ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากเพื่อเลือกทีก็ผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ทีก็ เป็นทีก็ของกลุ่มควบคุม 2 ทีก็ และ ทีก็ของกลุ่มทดลอง 2 ทีก็ แล้วเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นวัดคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยทั้งหมด ที่คัดเลือกไว้ 40 คน จับคู่โดยการใช่วิธี Matched pair ตามคะแนนอาการทางลบ โดยจับเป็นคู่ๆ เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (รายกลุ่ม)

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย (รายกลุ่ม)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะด้านสังคม (รายกลุ่ม)

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน (รายกลุ่ม)

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายกลุ่ม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Hill and Smith (1985) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย และความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 32 ข้อ เป็นแบบสังเกตมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางลบ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจาก การสร้างเครื่องมือขึ้นโดยหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ครอบคลุมอาการทางลบทั้งหมดประกอบด้วย การประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการเฉื่อยชา การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม

การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหล การคิดอย่างตายตัว โดยอาศัยเครื่องมือ จาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fisbein & Opler (1987) ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ประเมินโดยตรงจากการสังเกต 6 ข้อและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือสอบถามจากบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วย 7 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเวลาการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงความแตกต่างในรูปแบบการพยาบาลของแต่ละกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (pretest-test)

2. ระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมที่สร้างขึ้น โดยการใช้กลุ่มกิจกรรมในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง จำนวน 5 ครั้ง และสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล 5 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดำเนินการทดลองกลุ่มเวลา 17.00 -18.00 น. ในวันราชการ ตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม 2547 ถึง 3 กันยายน 2547 ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำตึก คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ การเตรียมตรวจต่างๆ และการสร้างสัมพันธภาพ ส่วนกิจกรรมบำบัดที่จะได้รับภายในตึก ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มชุมนุมบำบัด และกลุ่มการดูแลตนเอง และกลุ่มบำบัดรวมที่ศูนย์ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มวางแผนจำหน่าย

กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มอาชีวบำบัด และกลุ่มนันทนาการ รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองมีการกำกับการทดลองทันที หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (post-test) ด้วยแบบประเมินชุดเดิม โดยกลุ่มสุดท้ายประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบวันที่ 3 กันยายน 2547

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติ Paired t-test รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ($\bar{X}=15.74$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ($\bar{X}=11.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบ ($\bar{X}=2.30$) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ($\bar{X}=6.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล

ตนเอง ($\bar{X}=15.74$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=11.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบ ($\bar{X}=2.30$) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=6.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการวิจัย 4 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีอาการทางลบน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
3. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีอาการทางลบน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการทดลอง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายและความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และเมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2

ด้าน นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการวิจัย พบว่า การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องมาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการใช้สัมพันธภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเข้ามาร่วมอยู่ในการดำเนินโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจัดว่าเป็นสัมพันธภาพของผู้ประกอบวิชาชีพให้การช่วยเหลือหรือบำบัด โดยทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตรงกันว่า จะร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ตกลงจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมักไม่รู้ว่ตนเองนั้นมีปัญหาอะไร หรือไม่ยอมรับในปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดปัญหาหลังจากการกลับไปอยู่กับครอบครัว เช่น ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่โรงพยาบาล พยาบาลมีความสำคัญที่จะปฏิบัติตัวเป็นเสมือนกระจกเงาที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้พิจารณาตนเอง โดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มและสัมพันธภาพรายบุคคล โดยที่แต่ละขั้นตอนของโปรแกรม เช่น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความครอบคลุมการดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และทั้งนี้เพราะโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ได้เน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) โดยเฉพาะกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน ทำให้เกิดการพัฒนารูจักตนเอง เข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับตนเอง

การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตน สามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ภายในตัวตนเองนั้น เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และเกิดความตั้งใจของตนเอง โดยแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม (Potter and Perry, 1989) ทั้งนี้

เพราะการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปบ้านแล้วดูแลตนเองได้นั้น ผู้ป่วยควรเป็นผู้รับผิดชอบ สุขภาพของตนเอง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องปรับ บทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วย โดยที่พยาบาลให้อำนาจแก่ผู้ป่วย เนื่องจากมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยทุกรายมีศักยภาพ มีความสามารถในการดูแลและพัฒนาตนเองได้ บทบาทของพยาบาล จะเป็นผู้ให้ความรู้ แนะนำ เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกและ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือการพ้นหายจากความ เจ็บป่วยด้วยตนเอง

จากการที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ในลักษณะ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยมีความเป็นอิสระ ได้ใช้ประสบการณ์ตรง ความรู้สึกของตนเอง มาแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยอื่นภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและ กันภายในกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์จากเพื่อนเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้าน ต่างๆ ของแต่ละคนในทางที่ดีและไม่ดี โดยมีพยาบาลเป็นสื่อกลางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็น แนวทาง หรือสิ่งที่ตนเองควรนำไปปฏิบัติใช้กับตนเอง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีขึ้น มี กำลังใจขึ้น ที่อย่างน้อยก็มีเพื่อนที่ปัญหาคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกับของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกว่ามีความทุกข์จากการ เจ็บป่วยก็ลดลง เกิดการยอมรับและร่วมกันตั้งเป้าหมาย ความหวังของตนเองในการที่จะดูแล ตนเองต่อไป

และทั้งนี้เนื่องจากในการดูแลปัจจุบัน ผู้ป่วยนั้นจะอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นๆ เมื่อมีอาการทางจิตบรรเทาลง ก็จะได้รับกำหนดยกกลับบ้าน ทำให้มีโอกาสและระยะเวลาใน การพัฒนาทักษะทางด้านการสื่อสารน้อย และจากการปฏิบัติงานของการพยาบาลที่เป็นแบบมุ่งที่ การทำงานประจำให้เสร็จในแต่ละเวร ทำให้ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพบำบัดกับผู้ป่วยและไม่มี เวลาพอที่จะสอนหรือฝึกฝนทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร แต่ถ้านำโปรแกรมการดูแลแบบ องค์รวมเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะทางด้านการติดต่อสื่อสารที่มี คุณภาพ ทั้งนี้เพราะการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก เนื่องจากการ ที่ผู้ป่วยจิตเภทเจ็บป่วยมานานหลายๆ ครั้งทำให้มีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งมีความ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลสันและคเนิส (Wilson & Kneisl, 1988) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช จะประสบกับปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลในเรื่องของการอยู่ลำพังกับ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิด และยังมีการศึกษาของอีกหลายท่านก็ สนับสนุนถึงความคิดนี้ เช่น Buckwater & Kerfoot, 1982, Johnson, 1997 เป็นต้น ดังจะเห็น ได้จากคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลอง ($\bar{X}=2.72$) ในรายด้านการ ติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=1.91$) แสดงว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจ สามารถที่

จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ หลังจากที่ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มร่วมกันเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในทางบวกที่จะทำให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร และในส่วนของการวางแผนทางการเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของหลังการทดลองก็พบว่า มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านนี้สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมได้เกิดการเรียนรู้และมองเห็นถึงแนวทางวิธีที่จะเผชิญปัญหาได้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับความเครียดของตนเอง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การรู้จักสถานที่ที่ให้บริการรักษาแก่ตนเองและยังรวมถึงสิทธิที่ตนเองพึงจะได้รับจากการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เกิดจากที่ผู้ป่วยได้รับรู้จากการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งไม่ขัดต่อความเชื่อ ค่านิยม ความศรัทธาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ศักยภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความพร้อมในการที่จะกลับไปดูแลตนเองเมื่อกลับสู่สังคมหลังจากที่จำหน่าย

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ

2. อาการทางลบในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการวิจัย พบว่า การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยจะต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความรู้ซึ่งกันและกัน โดยเป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือ ผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังความรู้จากการบรรยายเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและผู้วิจัย และการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบน้อยลง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักจะมีอาการเฉื่อยชา อาการแยกตัวจากอารมณ์ อาการแยกตัวจากสังคม รวมทั้งมีมนุษยสัมพันธ์บกพร่อง แต่เมื่อผู้ป่วยมาอยู่ในกลุ่มก็จะต้องปฏิบัติตามกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการคิด การพูด ต้องกระตือรือร้นและใส่ใจในกิจกรรม รวมทั้งกิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัดรายบุคคลที่ร่วมอยู่ในโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมทำให้มีผลให้พฤติกรรมกรรมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยก็เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย สามารถเปิดเผยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุงจิต วรมุณีนทร (2525) ที่พบว่า การใช้สัมพันธ์ภาพ

เพื่อการบำบัดมีผลที่ให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง และการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับสังคมดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Atkinson, J.M., 1996) และจากการให้การดูแลแบบของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับผู้อื่นสามารถพัฒนาการทำงานร่วมกับผู้อื่นใน แต่ละกิจกรรมที่ให้ช่วยกันคิด เขียน พูดในประเด็นต่างๆ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองได้ และสามารถที่จะพูดสื่อสารให้คนอื่นรับรู้ความต้องการ ความรู้สึกของตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพราะอาการทางลบนั้นมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ถ้าเราได้ช่วยพัฒนาในส่วนนี้ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่จะทำให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่สังคม

จากการพิจารณาคะแนนอาการทางลบ จำแนกตามรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในด้านมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม แทบจะไม่มี ความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเป็นข้อที่น่าสังเกตได้ว่า อาการทางลบในด้านนี้ถึงแม้ว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังพบอาการที่หลงเหลืออยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตในระยะนานๆ และยังมีอาการกลับมาป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็จะทำให้ส่งผลให้มีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะในส่วนของด้านความคิดและจากพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีช่องว่างของสมองกว้าง เนื้อสมองมีน้อยจึงทำให้เกิดอาการดังกล่าว

จะเห็นได้ว่า การดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบของครอบครัวมีผลต่อการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ

ดังนั้น สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบของครอบครัว มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและอาการทางลบลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการให้การดูแลแบบของครอบครัว ที่เน้นความพร้อมแก่ผู้ป่วยในการที่จะดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ซึ่งถือเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยได้มีการคิด ตัดสินใจด้วยตนเองที่จะนำไปปฏิบัติ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทั้งทางความรู้สึก อารมณ์ ความต้องการของตนเอง เพราะการที่พยาบาลให้แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นเราทำกันมานานแล้ว แต่ก็ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีพอควร ฉะนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิด ได้พูด ได้บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้เรารู้ได้ถึงค่านิยม ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลไม่ขัดแย้งกันในการที่จะเลือกตัดสินใจในปฏิบัติการการดูแลตนเอง และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการลดปัญหาในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน ที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแล

ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียทางด้านบุคคลและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ในการนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปใช้ ผู้ที่นำโปรแกรมนี้ไปใช้จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งมีพื้นฐานการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญก่อนนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อสามารถปรับปรุงกิจกรรมและเนื้อหาให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตลอดไป

2. การใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมควรมีการติดตามผลหลังการจำหน่ายระยะยาว ทุก 1,3 เดือน เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความคงอยู่ของความสามารถในการดูแลตนเองและการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สำหรับดูแลกลุ่มผู้ป่วยนอก หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำขึ้นเป็นระยะๆ

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. โรคจิตเภท. ใน เกษม ต้นติผลาชีวะ (บรรณาธิการ). **ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. **พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. 2536. **งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี**. งานวิจัยโรงพยาบาลราชบุรี.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 3 (1) : 22-42.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. ใน **เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน** : 58-98. (29-30 กรกฎาคม). ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง**. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชูเกียรติ ปานปรีชา. 2531. ความเครียด. ใน **เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาจิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ดรุณี เลิศปรีชา. 2545. **การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารา ศัตรูลี, ดวงตา กุศลรัตนญาณ และสมสกุล สุภัทรพันธุ์. 2539. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ดรุณี จงอุดมการณ์และคณะ. 2538. **องค์ประกอบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ทัศนาศา บัญฑทอง. 2532. มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. **วารสารพยาบาล**. 38 (1) : 27-29.
- ทัศนาศา บัญฑทอง. 2535. แนวคิดและหลักการพยาบาลจิตเวช. ใน กัญญา กาญจนบุรานนท์ (บรรณาธิการ). **เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการณเลือกสรร การพยาบาลมารดาและทารกและการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. 2543. Poly in inpatient department at Somdet Chopraya Hospital. รายงานการวิจัย.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. **กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลลา บุญผาสงษ์. 2545. **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิต**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. ม.ป.ป. **Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนูชาติธนานนท์. 2539. **สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพในสังคมไทย**. เอกสารในการสัมมนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ประจำปี พ.ศ.2539. เชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2547. การพยาบาลแบบองค์รวม : แนวคิด หลักการ และแนวปฏิบัติ. **เอกสารประกอบการอบรมโครงการการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. ณ โรงแรมแกรนด์ไฮเว็ลล์กรุงเทพฯ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (27-29 มีนาคม).
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. 2531. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2534. การลดปัญหาสุขภาพจิตโดยการฝึกการกล้าแสดงออก. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 11 (2) : 15-21.

- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เทมการพิมพ์.**
- บุญใจ ศรีสถิตนราภุร. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิช.**
- บุญทิพย์ สิรินธรังศรี. 2539. **การดูแลแบบองค์รวม : ผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ปานัน บุญหลง. 2534. **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสยามเจริญพานิช.**
- ประคอง กรรณสุด. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุทธาการพิมพ์.**
- ไปรยทิพย์ กลีพันธ์. 2541. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. 2538. **มาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อน. กรุงเทพมหานคร. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.**
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. 2540. **ตรวจบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรง. 13 (1) : 29-36.**
- พิศสมร เดชดวง. 2545. **การศึกษาสุขภาพวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- พยุงจิต วรมนินทร. 2525. **ผลของการใช้กระบวนการสัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ. 2539. **การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4 (2) : 136-138.**
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. 2541. **ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2533. **แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล.** สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** 13 (กรกฎาคม - ธันวาคม).
- พหล วงศาโรจน์. 2541. **การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ.** รายงานการวิจัยส่วนบุคคลของการศึกษาลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรรุ่นที่ 39 ประจำปีการศึกษา 2539-2540.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. 2534. **จิตเวชศาสตร์เล่ม 3.** เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัฏฐวรรณ ลียุทธานนท์. 2542. **ผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.** รายงานการวิจัย.
- มานิช หล่อตระกูล. 2541. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. **วารสารคลินิก.** 67 (14) : 761-765.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมช สுகินิชย์. 2542. **จิตเวชศาสตร์รามาทิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สุวิชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมช สுகินิชย์. 2543. **จิตเวชศาสตร์รามาทิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สุวิชาญการพิมพ์.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. 2535. **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี ศรีหิรัญ. 2541. **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระวี ภาวิไล. 2531. **ศาสนากับปรัชญา.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กะรัต.
- เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์. การสื่อสารกับคุณภาพการพยาบาล. **วารสารเกื้อการุณย์.** 3 (1) : 32-36.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. 2529. **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.** กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วาสนา จันท์สว่าง. 2531. การสื่อสารในมน้าวเพื่อการพยาบาลสาธารณสุข. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข.** 2(1) : 55-63.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. **สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม.** นนทบุรี : พิมพ์ดี.

- ศรีรัตน ศุภพิทยากุล. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทานพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตกับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา แซ่ลิ้ม. 2539. **ผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2536. **คืนผู้มีปัญหาทางจิตให้ชุมชน : พุดง่ายทำยากจริงหรือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 15 (3) : 11-19.**
- ชากุล สิ้นไชย. 2530. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำ.** รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิต ปทุมานนท์และคณะ. 2541. **ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.** รายงานการวิจัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินติ้ง.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2531. **ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม. การประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมนทัศน์ในการพยาบาลแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สมชาย จักรพันธุ์. 2543. **แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต (อัดสำเนา).**
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์เรือนแก้ว.**
- สรินทร์ เขียวโสม. 2545. **ผลของการเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2538. **แนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อสุขภาพสตรี. วันที่ 22-24 มีนาคม 2538. ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ บางขุนนนท์.**
- สายใจ พัวพันธ์. 2530. **ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังตัดเต้านมออก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุขภาพจิต, กรม. 2541. **คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม**. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. 2545. **สถิติโรงพยาบาลจิตเวช**. รายงานประจำเดือน กองแผนงาน.
- สุขภาพจิต, กรม. 2546. **สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546. **การสาธารณสุขไทย 2542-2543**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุกัญญา พีรวรรณกุล. 2541. **ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความสำนึกในคุณค่าตนเองของเยาวชนชายในสถานสงเคราะห์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิณี พัดวิสัย. 2545. **ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมณฑา บุญชัย. 2545. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หุลย์ส์ จำปาเทศ. 2533. **จิตวิทยาสัมพันธ์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. 2542. **การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้การปรึกษาที่บ้าน**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 13 : 32 - 44.

- อัมพร โอตระกุล. 2538. ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์**. 27 (กรกฎาคม - กันยายน) : 121 - 133.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี เจ พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- 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.
- American Holistic Nurse Association. 1993. **Description the AHNA** [online]. Available from : <http://ahan.org/Description.html> [2003, October 15]
- Aberti, R.E., and Emmons, L.E.1970. **Your perfect right : a guide to assertive living**. California : Impect.
- Antai-Otong, D., and Kangable, S. 1995. **Psychiatric Nursing : Biological and behavioral concept**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- 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.
- Banduru, A. 1986. **Social foundation of thought and action : A social cognitive therapy**. New Jersey : Prentice - Hall.
- Bolander, V.B. 1994. **Sorensen and Luckman's Basic Nursing. A Psychophysiology Approach**. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Buckwater, C., and Kerfoot, M. 1982. Teaching patients self-care : A Critical aspect of Psychiatric discharge planning. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**. 1 (20) : 15-20.
- Burgess, A.W. 1990. **Psychiatric nursing : In the hospital and the community**. Norwalk : Appleton & Lange.
- Burns, N., and Groue, S.K. 2001. **The Practice of Nursing Research : Conduct,Critique and Utilization**. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders.

- Carpenter, W.T. 1988. Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia : The concept. **American Journal Psychiatry**. 145 (5) : 578-583.
- D’Zurilla, T. 1988. Problem-solving therapies. In K.S. Dobson (Ed.). **Handbook of cognitive behavioral therapies**. London : Hutchinson.
- Dossey, B.M. 1997. **Core Curriculum for Holistic Nursing**. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers.
- Dossey, B.M. 2001. Holistic Nursing. **Nursing Clinics of North America**. 36 (1) : 1-15.
- 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. 2000. Nursing theory in holistic nursing practice. **Holistic Nursing : A Handbook for Practice**. 3rd ed. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers.
- 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.
- Greasley, P., Chiu, L.F., and Gartland, R.M. 2001. The Concept of spiritual care in mental health nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 33 (5) : 629-637.
- Hill, L., and Smith, N. 1985. **Self-Care Nursing**. Englewood Cliff, New Jersey : Prentice Hall.
- Hill, L., and Smith, N. 1990. **Self-Care Nursing**. New Jersey. Meridith Publishing.
- 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 : McGraw-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.
- McBride, A.B., and Austin, J.K. 1996. **Psychiatric-Mental Health Nursing.** Pennsylvania : W.B. Saunders.
- Murry, R.B., and Zentner, J.P. 1989. **Nursing concepts for health protion.** New York : Prentice Hall.
- 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.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing:Concept of Practice.** 5th ed. St. Louis : Mosby-year book.
- Orem, D.E. 2001. **Nursing:Concept of Practice.** 6th ed. St. Louis : Mosby-year book.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. Brief psychiatric rating scale. **Psychological Report.** 10 : 799-812.
- Pander, N.J. 1987. **Health Promotion in nursing practice.** 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Pander, N.J. 1996. **Health promotion in nursing practice.** 3rd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Peri, T.C. 1995. Promotion spirituality in person's with acquired immunodeficiency syndrome : A nursing intervention. **Holistic Nursing Practice.** 10 (1) : 98-76.
- Polit, D.F., and Huggler, B.P. 1999. **Nursing Research : Principles and Methods.** Philadelphia : J.B. Lippincott.

- Potter, P.A., and Perry, A.G. 1989. **Fundamentals of nursing : Concepts process and practice**. St. Louis : The C.U. Mosby Company.
- 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.
- Roy, S.C., and Andrew, H.A. 1991. **The Roy Adaptation Model : The Definition statement**. Norwalk : Appleton & Lange.
- Ruggeri, M., et al. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services : the South-verona outcome project 5. **Acta Psychiatry Scandinava**. 105 : 131-140.
- Ruggeri, M., et al. 2001. Subjective and objective dimentions 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.
- Sandock, J.B., and Sadock,A.V. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Singh, M.M., and Kay, S.R. 1975. A comparative study of haloperidol and chlorpromazine in terms of clinical effects and therapeutic reversal with benzotropine in schizophrenia : Theoretical implications for potency differences among neuroleptics. **Psychopharmacologic**. 43 : 103-113.
- Stapleton, S. 1992. Chapter 7. **Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease**. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness*. 2nd ed. Edit by Miller, J. F. p. 163-178. Philadelphia : F. A. Davis.
- Stuart, G.W., and Sundeen, J.J. 1987. **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis : C.V. Mosby.

- Tandon, R., and Jibson, M. 2002. **Negative symptoms of schizophrenia : How to treat them most effectively** [online]. Available from :
http://www.currentpsychiatry.com/2002_09/09_02_schizo.asp. [2004, September 12]
- 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.
- Videbeck, L.S. 2001. **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Yura, H., and Walsh, M. 1978. **The Nursing Process**. New York : Appleton-Century-Crofts.

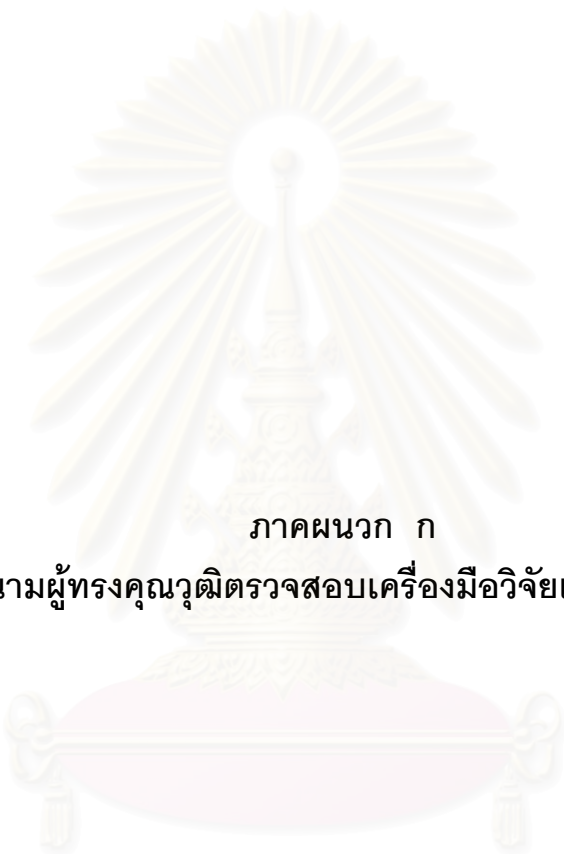


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและผู้ช่วยวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

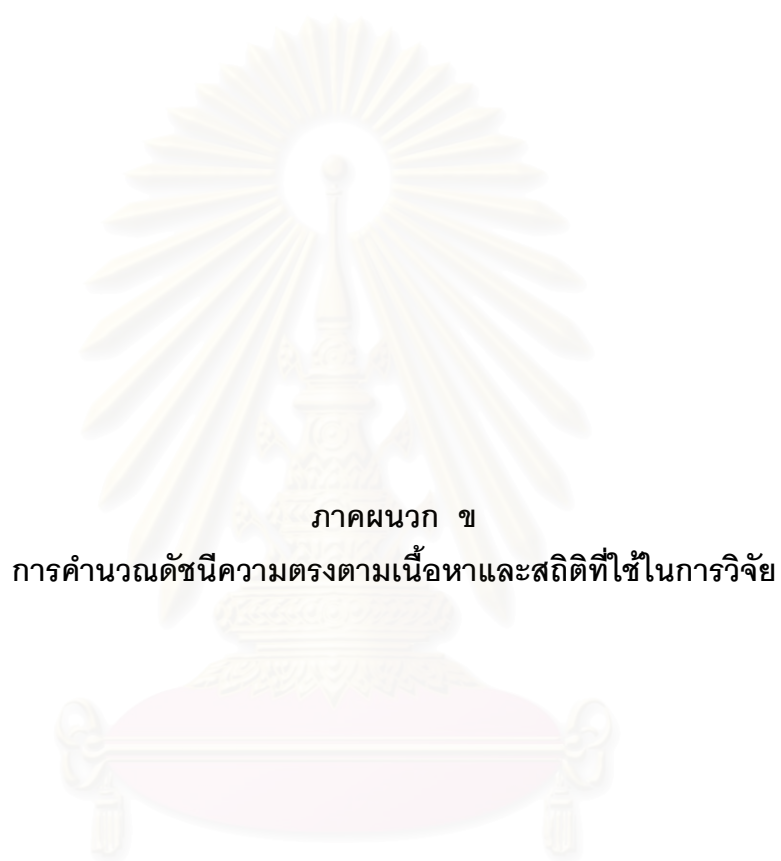
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|---|
| 1. นายแพทย์นพดล ฤดีวานิช | นายแพทย์ 8 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. นางมาลี แจ่มพงษ์ | นักสังคมสงเคราะห์ 8 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นางเชื้ออารี สาลิกา | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นางดวงตา กุลรัตนญาณ | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 5. นางนพรัตน์ ไชยขำนิ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 6. นายนคร ศรีสุโข | นักจิตวิทยา 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 7. รองศาสตราจารย์พวงเพ็ญ เจียมบุญญารัช | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |

ผู้ช่วยวิจัย

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. นางสาวอรรวรรณ พวกไธสง | พยาบาลวิชาชีพ 5 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. นางกาญจนา สุติใจ | พยาบาลวิชาชีพ 4 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544)

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

1. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right)$$

เมื่อ α	คือ	สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
k	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
S_x^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์, 2540)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

$$df = n - 1$$

เมื่อ t	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
D	คือ	ผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่
n	คือ	จำนวนคู่

3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) มีดังนี้

$$3.1 \text{ เมื่อ } \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$\text{ใช้สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S^2 p \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}, \text{ df} = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ S^2_p เป็นความแปรปรวน ซึ่งคำนวณได้จาก

$$S^2_p = \frac{(n_1-1)S^2_1 + (n_2-1)S^2_2}{n_1 + n_2 - 2}$$

3.2 เมื่อ $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

ใช้สูตร
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}{\frac{\left(\frac{S^2_1}{n_1}\right)^2}{n_1-1} + \frac{\left(\frac{S^2_2}{n_2}\right)^2}{n_2-1}}$$

เมื่อ	\bar{X}_1	คือ	ค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	\bar{X}_2	คือ	ค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	S^2_1	คือ	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง
	S^2_2	คือ	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม
	n_1	คือ	จำนวนตัวอย่างของกลุ่มทดลอง
	n_2	คือ	จำนวนตัวอย่างของกลุ่มควบคุม

4. หาค่าความคงที่ภายในของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบ โดยใช้สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarson 20 หรือ KR-20) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

เมื่อ	r_{tt}	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	P	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
	q	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
	S^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

3. หาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) ในแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตร Kappa ดังนี้ (Fleiss, 1981)

$$P = \frac{P_o}{P_o + P_E}$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต
	P_o	คือ	จำนวนการประเมินที่สอดคล้อง
	P_E	คือ	จำนวนการประเมินที่ไม่สอดคล้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



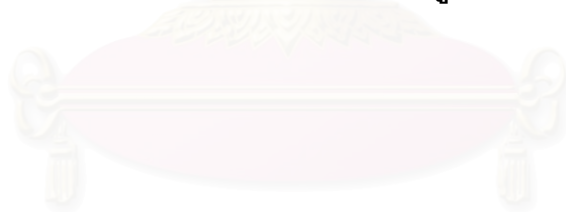
ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ผู้สนใจศึกษาและใช้เครื่องมือฉบับนี้ โปรดติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้วิจัย)

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้วิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวอัญชลิ ศรีสุพรรณ ที่อยู่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้ป่วยจิตเภท / ผู้ดูแล

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอม

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามพยาน

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทนี้ ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
มุ่งเน้น 2 ประเด็นใหญ่ คือ

1. ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย
2. ความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางลบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง

แบบประเมินฉบับนี้ เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภท ผู้ใช้แบบประเมินคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยการให้สังเกตจากพฤติกรรมและการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แล้วให้คะแนนตามความสามารถของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> แยก/ร้าง	<input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า
4. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต.....ปี.....เดือน
6. ระดับการศึกษา.....
7. รายได้.....บาท/เดือน
8. ศาสนา.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

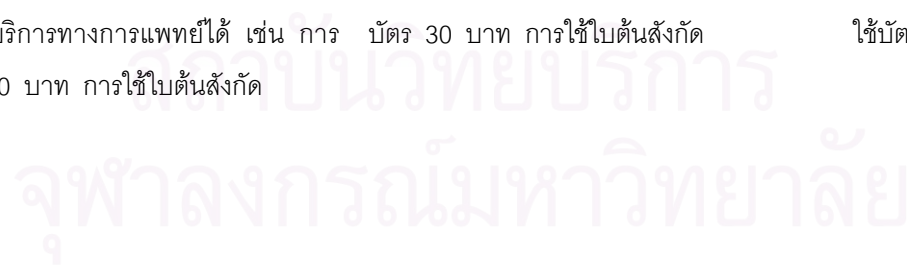
วิธีการประเมินและให้คะแนน : ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมตามรายการกิจกรรม โดยผู้ประเมินสังเกตความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วย

1.ความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเอง	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	รวม
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพส่วนบุคคลขณะอยู่ โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยเดินถือถาดอาหารไปรับประทานอาหาร ได้เอง	<input type="checkbox"/> -บางมือต้องมีภาระกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย เดิน ถือถาดอาหารไปรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยไม่สนใจถือถาดอาหารเองต้องมี ผู้อื่นช่วยเหลือ	
1. รับประทานอาหารด้วยตนเอง และมากเพียงพอกับความต้องการ ของร่างกายในแต่ละวัน	-รู้จักใช้ช้อนในการช่วยรับประทานอาหาร -รับประทานอาหารได้อย่างเรียบร้อยไม่หก เลอะเทอะ -รับประทานอาหารได้เองจนหมดถาดทั้ง 3 มือ	-รู้จักใช้ช้อนในการช่วยรับประทานอาหาร -รับประทานอาหารได้เอง มีหกเลอะเทอะบ้าง -รับประทานอาหารได้เองเกือบหมดถาด 2-3 มือ	-ไม่รับประทานอาหารเองต้องมีผู้อื่นคอย เตือนหรือคอยช่วยเหลือบ่อยให้จึงยอม รับประทานอาหารได้ -รับประทานได้ไม่ถึงครึ่งถาดในแต่ละมือ อาหารหรือในบางครั้งไม่ยอมรับประทาน อาหารเลย	
2. เก็บถาดอาหารได้ถูกบริเวณที่ ทำความสะอาด	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยเดินถือถาดอาหารไปไว้บริเวณที่ ทำความสะอาดถาดอาหารได้อย่างถูกต้อง ทั้ง 3 มือ	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยเดินถือถาดอาหารไปไว้บริเวณที่ทำ ความสะอาดถาดอาหารได้อย่างถูกต้อง 1-2 มือ	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยไม่สนใจเก็บถาดอาหาร ต้องมี ผู้อื่นกระตุ้นเตือนทุกมือจึงจะปฏิบัติได้	
15. ปฏิบัติตัวหลีกเลี่ยงการใช้สิ่ง เสพติดได้ เช่น บุหรี่ เป็นต้น	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และยินยอมงด เว้นหรือหลีกเลี่ยงการเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด และสามารถปฏิบัติตัวไม่ใช้สิ่งเสพติดได้เอง ทุกวัน	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยสามารถงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการ เสพสิ่งเสพติดทุกชนิดได้เป็นบางวัน โดยต้อง มีผู้อื่นคอยกระตุ้นเตือนหรือชี้แนะจึงงดเว้นได้	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยยังคงเสพสิ่งเสพติดทุกวัน แม้มี ผู้อื่นคอยกระตุ้นเตือนหรือชี้แนะ	

2. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การดูแลตนเอง	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	รวม
การรู้จักตนเอง				
16. การรับรู้เรื่องราวของตนเองตามความเป็นจริง	<input type="checkbox"/> -รู้จักชื่อสกุลจริงและชื่อเล่นของตนเอง -มีการแสดงปฏิกิริยารับรู้และได้ตอบเมื่อเรียกชื่อในที่ -บอกได้ว่าตนเองเป็นใคร ทำอาชีพอะไร บ้านอยู่ที่ไหน	<input type="checkbox"/> -รู้จักชื่อสกุลจริงและชื่อเล่นของตนเอง -มีการแสดงปฏิกิริยารับรู้และได้ตอบเมื่อเรียกชื่อ -เกือบทุกครั้ง -สับสน ไม่แน่ใจ บอกไม่ได้ว่าตนเองเป็นใคร ทำอาชีพอะไร บ้านอยู่ที่ไหน	<input type="checkbox"/> -บอกชื่อสกุลจริงและชื่อเล่นของตนเอง -ไม่ได้ -ไม่มีการแสดงปฏิกิริยารับรู้และได้ตอบเมื่อเรียกชื่อ -สับสน บอกไม่ได้ว่าตนเองเป็นใคร ทำอาชีพอะไร บ้านอยู่ที่ไหน	
17. มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยแสดงสีหน้า แววตาที่แสดงความพึงพอใจเมื่อได้รับคำชมเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนไม่มีความคิดที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ของตนเอง	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยแสดงสีหน้า แววตาที่แสดงความพึงพอใจเมื่อได้รับคำชมเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตน แต่ยังมีความคิดอยากจะปรับปรุงรูปลักษณ์ของตนในบางส่วนให้ดีขึ้นกว่าเดิม	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้าหรือแววตาที่แสดงความพึงพอใจเมื่อได้รับคำชมเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตน และไม่สนใจในรูปลักษณ์ของตนเอง	
32. รับรู้สิทธิในการรักษาของตนเองได้	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากการรับบริการทางการแพทย์ได้ 3 ข้อขึ้นไป -ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของตนเองที่สามารถนำมาใช้บริการทางการแพทย์ได้ เช่น การใช้บัตร 30 บาท การใช้ใบต้นสังกัด	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากการรับบริการทางการแพทย์ได้ 1-2 ข้อ -ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของตนเองที่สามารถนำมาใช้บริการทางการแพทย์ได้ เช่น การใช้บัตร 30 บาท การใช้ใบต้นสังกัด	<input type="checkbox"/> -ผู้ป่วยไม่ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากการรับบริการทางการแพทย์ -ผู้ป่วยไม่ทราบถึงสิทธิของตนเองที่สามารถนำมาใช้บริการทางการแพทย์ได้ เช่น การใช้บัตร 30 บาท การใช้ใบต้นสังกัด	



ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย 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. นั่งก้มหน้า ไม่สบตาระหว่างสนทนา.....

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยรู้สึกเลย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ.....
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าเป็นคนไร้ประโยชน์
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

กิจกรรมที่ 1

สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

จุดประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัว เพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิด เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเองในความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำ และผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรม

1. พยาบาลแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่จะพบกัน และสถานที่ที่นัดหมาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

6. ยุติการสร้างสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง การช่วยเหลือจากพยาบาลจะน้อยลง และโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกในการยุติสัมพันธภาพ

7. บันทึกรายงานการสร้างสัมพันธภาพในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นการสร้างสัมพันธภาพในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกสัมพันธภาพบำบัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจ ยอมรับในปัญหาและความต้องการของตนเอง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและมีความพึงพอใจในผลของการสร้างสัมพันธภาพ โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา จากการสร้างสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง

เวลา สัปดาห์ที่ 1 คนละ 3 ครั้ง/สัปดาห์, สัปดาห์ที่ 2 คนละ 2 ครั้ง/สัปดาห์
ครั้งละ 30 นาที/คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกสัมพันธภาพบำบัด

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....
 โรค.....จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
 ผู้บำบัดชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือนปี	ปัญหาที่พบ	การจัดการกับปัญหา	ผลลัพธ์ที่ได้	การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย		
				ดี ขึ้น	คง เดิม	เลว ลง



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 4

การพัฒนาทักษะทางสังคม (รายกลุ่ม)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

1. การพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบชี้แจงที่ 1
2. ใบความรู้ที่ 1
3. ใบงานที่ 1

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ รวมทั้งสังเกตความสนใจและการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วย

เวลา 45 นาที

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์ประกอบ / กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ / อุปกรณ์
<p>ขั้นรู้ชัดเห็นจริง</p> <p>◀ ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ เวลา 5 นาที</p> <p>◀ สะท้อนความคิด / อภิปราย กลุ่ม 3-4 คน เวลา 10 นาที</p> <p>◀ ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที</p> <p>ขั้นลงมือกระทำ</p> <p>◀ ประยุกต์แนวคิด เวลา 10 นาที</p> <p>◀ ความคิดรวบยอด เวลา 10 นาที</p>	<p>◀ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยในประเด็น “เมื่อมีความไม่สบายใจ สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร “</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอยู่อาศัย</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้รับการอภิปราย</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่อง “การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และวิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน “</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ทำการสาธิตการติดต่อสื่อสารในทางบวก</p> <p>◀ ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและสรุปสิ่งที่ได้</p>	<p>◀ ใบชี้แจงที่ 1</p> <p>◀ ใบความรู้ที่ 1</p> <p>◀ ใบงานที่ 1</p>

ใบชี้แจงที่ 1
เมื่อมีความไม่สบายใจ สมาชิกได้รับการ
ช่วยเหลือจากใคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบความรู้ที่ 1 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่น รับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น เป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ มี 2 วิธี

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่ แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่า ใช้บทบาทสอดคล้องหรือเหมาะสมกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้ บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม เช่น การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ทั้งนี้เพราะการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

วิธีการสื่อสารทางบวก

ในขณะที่การสื่อสารทางลบมักจะเน้นที่การพูดถึงความคิด หรือการกระทำของอีกฝ่าย หนึ่ง เช่น ทำไมคุณ คุณไม่เคย ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวกนั้นเป็นการสื่อสารความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจนไม่คลุมเครือ เพื่อให้ได้รับการ ตอบสนองตามที่ต้องการ การพูดเริ่มกับตัวเอง เช่น ฉัน พี่ น้อง ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวก เป็นการบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปได้ของผู้พูด

ตัวอย่าง

- แม่รู้สึกเสียใจที่ถูกพูดไม่เพราะกับแม่
- ดิฉันอยากให้คุณช่วยทำงานบ้านให้ฉันเพราะฉันรู้สึกไม่สบาย
- หนูไม่อยากให้แม่บ่นที่หนูตื่นสาย
- พ่ออยากให้คุณช่วยล้างจานหลังจากกินข้าวเสร็จ

ใบงานที่ 1 ทักษะการสื่อสาร

คำชี้แจง

1. ให้ผู้ปว้ยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม
2. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนสมาชิก ออกมาฝึกปฏิบัติตามประเด็นที่กำหนดให้โดยสลับกันฝึก โดยทีในแต่ละประเด็นจะต้องไม่ใช่สมาชิกคนเดิม

ประเด็น

1. เมื่อต้องการให้แม่พาไปเที่ยวนอกบ้าน
2. เมื่อต้องการให้พ่อพามาหาแพทย์ที่โรงพยาบาล
3. เมื่อต้องการให้แม่บ้านทำกับข้าวให้
4. เมื่อต้องการให้เพื่อนหยิบสมุดให้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

เกณฑ์	ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
1. การรับรู้ เวลา สถานที่	ถูกต้อง / ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	สับสน	ถูกต้องใน เรื่องใกล้ตัว	+ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว
2. การจัดการ กับความคิด อารมณ์ และ การแสดงออก ของตนเอง (การควบคุม ตนเอง)	*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือทำลาย ทรัพย์สิน	*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือทำลาย ทรัพย์สิน	*มีแนวโน้ม (เสี่ยง) ที่จะ เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือ ทำลาย ทรัพย์สิน	เป็นอันตราย ต่อตนเองใน ส่วนคุณค่า และการทำ หน้าที่	ไม่เป็นอันตราย แต่ไม่เป็น ประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม
3. ศักยภาพ ส่วนบุคคล					
3.1 การดูแล ตนเองเรื่อง กิจวัตร ประจำวัน	ต้องการทำให้ หรือทำได้เอง บางส่วน	ต้องการทำให้	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ช่วยเหลือ	ดูแลตนเองได้ โดยมีการประ คับ ประคอง สนับสนุน อย่างใกล้ชิด (บอกซ้ำๆ)	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุน สอน และจัด สิ่งแวดล้อมเป็น ครั้งคราว

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเร่งรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
3.2การดำรง ตนในฐานะ สมาชิกของ สังคม					
-การเข้าร่วม กิจกรรมการ อยู่ร่วมกัน	X	X	±	ได้โดยไม่ต้อง รับผิดชอบ	ได้และร่วม รับผิดชอบ
-การพูดคุย ทักทายใน กลุ่มเพื่อน บุคลากร	X	X	±	ได้แต่ไม่มีการ ริเริ่ม	ได้โดยเริ่มต้น เอง
3.3การมี สัมพันธภาพ เชิงบำบัด					
-ไว้วางใจ พยาบาล	X	X	./	/	/
-ฟัง ได้ตอบ -คิด แสดง ความคิด	X	X	X	+	/
-บอกความ รู้สี่ของ ตนเอง	X	X	X	(X)+	+

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ป่วยแรก รับ	ผู้ป่วยแรงรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
3.4 สมรรถภาพทางกาย					
- พยาธิสภาพทางกาย	* อุบัติเหตุ มีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต (ABC) * มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital Organ	* เสี่ยงต่อชีวิต	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต	มี ไม่รุนแรง	ไม่มี
- ผลกระทบจากการรักษาทางกาย	* มีอันตรายต่อชีวิต * มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital Organ	* เสี่ยงต่อชีวิต * มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital Signs	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต	มี เสี่ยงปานกลางต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต ไม่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital Organ

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

X หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

* หมายถึง มีพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคอด้มนีโดยไม่ต้องดูเกณฑ์อื่น

± หมายถึง มีการกระทำหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การพูดคุย ทักทายในผู้ป่วยแรกรับ พบครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยทักทายดี ต่อไปอาจไม่พูดคุยเลยก็ได้

/ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ เกิดเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2514 ที่จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา เมื่อปีการศึกษา 2535 ต่อมาเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2539 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ. 2545 จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยา และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย