

ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF TRANSITIONAL DISCHARGE MODEL ON QUALITY OF LIFE
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Duangkamol Saraburi



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญฤทธิชัย)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

ดวงกมล สาระบุรี : ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF TRANSITIONAL DISCHARGE MODEL ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วสุ่มเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน 2) แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Relationship Form) และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL -BREF -THAI) 4) แบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชน 5) แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือชุดที่ 1, 2, 4 และ 5 ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบที่ (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577305036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: TRANSITIONAL DISCHARGE MODEL / SCHIZOPHRENIA / QUALITY OF LIFE / PEPLAU

DUANGKAMOL SARABURI: THE EFFECT OF TRANSITIONAL DISCHARGE MODEL ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., pp.

This study is a quasi-experimental pretest-posttest two groups research design. The objective were to compare: 1) quality of life of schizophrenic patients before and after received transitional discharge model, and 2) quality of life of schizophrenic patients who received transitional discharge model and those who received regular nursing care. Forty in-patients admitted at Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria, were matched-pairs with gender and number of year after diagnosis and then randomly assigned to control and experimental group, 20 subjects in each group. The experimental group received transitional discharge model whereas the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) the transitional discharge model, 2) the relationship form, 3) the WHOQOL –BREF –THAI, 4) the test on knowledge of community nurse, and 5) the test on knowledge of schizophrenic patients. The 1st, 2nd, 4th and 5th instruments were tested for content validity by panel of 5 experts. The reliability of the 3rd instrument was report by Chronbach's Alpha as of .74. The t-test was used in data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1. After the experiment, quality of life of schizophrenic patients who received transitional discharge model was significantly higher than that before, at the .05 level;
2. after the experiment, quality of life of schizophrenic patients who received transitional discharge model was significantly higher than those of patients who participated in regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ซึ่งกรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำแนะนำ คำปรึกษาที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ รวมถึงพยาบาลในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทฉบับนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และระลึกถึงพระคุณของ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด น้องๆ สามีและบุตรสาว ที่เข้าใจ ให้กำลังใจ และให้แรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา.....	5
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	27
3. แนวคิดของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model:TDM).....	35
4. รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน.....	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	51

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปผลการวิจัย.....	102
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	107
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	111
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการศึกษา.....	113
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	116
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	127
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	132
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	135
รายการอ้างอิง.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	147

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched – Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นคู่.....	53
ตารางที่ 2	ตารางกำหนดการโครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบเปลี่ยนผ่าน.....	67
ตารางที่ 3	คะแนนความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้ความรู้.....	86
ตารางที่ 4	คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชน ก่อนและหลังการให้ความรู้.....	87
ตารางที่ 5	ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภท.....	89
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา.....	93
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลเมื่อป่วย.....	94
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (N= 20).....	95
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (N=20).....	95
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง (N=กลุ่มละ 20).....	96
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง (N=กลุ่มละ 20).....	96
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (N=กลุ่มละ 20).....	97

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N= กลุ่มละ 20)..... 97



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองทางด้านความคิด การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เป็นโรคที่รุนแรงซึ่งยากต่อการรักษา อีกทั้งเป็นโรคเรื้อรังซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน จึงจะสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติได้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำบากในการดำเนินชีวิตอย่างมากแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อตามมาทั้งต่อ ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุจรธา, 2547) อีกทั้งยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อความพิการทางด้านจิตใจมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ (Elizabeth, 1998.; Carson, 2000) โดยก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่เป็นสาเหตุของความพิการในประเทศที่กำลังพัฒนา (องค์การอนามัยโลก, 2012: ออนไลน์) และยังพบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนวัยอันควร (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยมีความชุกร้อยละ 11 ของประชากรที่อายุเกิน 18 ปี (Schizophrenia Facts and Statistics, 2010: Online.) และมีอัตราการครองเตียงถึงร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลจิตเวช (Carson, 2000) สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.8 และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) โดยจะพบในวัยทำงานสูงสุดทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2553) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นโดย มีจำนวน 1,055,548, 1,091,646 และ 1,076,155 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2555 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ 33,015 ราย 34,463 ราย และ 33,573 ราย และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวน 1,202 ราย 1,708 ราย และ 1,954 ราย ในปี 2556 – 2558 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2559)

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังโดยผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ ทำให้จำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน สูงเป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวน จำนวน 37 ราย 79 ราย และ 73 ราย ในปี

2556 – 2558 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2559) แต่อย่างไรก็ตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบันมุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ดังนั้นเมื่ออาการทุเลาลงผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านโดยเร็วในขณะที่อาจมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เนื่องจากถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตเดิมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) แต่ภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักประสบปัญหาคือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวอยู่ในชุมชนได้ ทั้งนี้สาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อมและเกิดทักษะในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2542) ซึ่งการขาดความสามารถในการปรับตัวนี้สอดคล้อง ผลการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยจิตเวชจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยมักจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น และเมื่อถูกกดดันก็จะมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) เกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยเสื่อมลงมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Bregger, Schreiber, and Pickar, 1991) ซึ่งความเสื่อมทางด้านดูแลตนเองและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามมา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี, จินท์ จุฑาทิ ชัยเสนา ตาลลาส, 2558)

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่านโยบายการเร่งรัดผู้ป่วยให้กลับไปรักษาตัวที่บ้านและในชุมชน นำไปสู่ช่องว่างของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล โดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ไปสู่การดูแลโดยสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในชุมชนและการดูแลโดยครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (transition from hospital to community) เป็นประเด็นที่ซับซ้อนและมีความท้าทาย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ง่าย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงของการเปลี่ยนผ่านนี้ (Forchuk, 2012) ซึ่งสภาพการณ์นี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตตามมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศของ Gupta et al. (1998) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพ

ชีวิตในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 รวมถึงการศึกษาอีกหลายเรื่อง เช่น Yu-Tao Xiang et al. (2007); Mercier et al. (1998); Bobes and Gonzalez (1997) และ Lehman et al. (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ผลการศึกษาในต่างประเทศต่างข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยหลายเรื่อง เช่น นรวิรี พุ่มจันทร์ (2548) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามแนวคิดของ WHO (1996) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี, และกนกวรรณ บุญอริยะ (2552) ซึ่งใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ อธิภา ธาณี (2551) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) เช่นกัน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 และระดับดีเพียงร้อยละ 27.00 รวมถึงการศึกษาในปัจจุบันของ เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทรายเก่าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถึงร้อยละ 60 มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี ซึ่งการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ และเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทของประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด (Boyer, Millier, Perthame, Aballea, Auquier, and Toumi, 2013)

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี หรือ ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL Group, 1996) ส่วน Gill and Feinstein (1994) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า เป็นการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาทางสุขภาพ และองค์ประกอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ สภาวะด้านจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Spilker, 1990) ทั้งนี้จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่านอกจากการขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว การขาดการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นการศึกษาของ Caron et al.(1998) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช และการศึกษาของ Baker et al.(1992) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยร่วมกับชุมชนได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ (2552) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้น ในการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อช่วยผู้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพร้อมและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามความเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model: TDM) ตามแนวคิดของ Forchuk, Hartfrd, Blomqvist, Martin, Chan, and Donner (2002) เป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยผู้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพร้อมในระยะเปลี่ยนผ่านและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กัน เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่พัฒนามาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) โดยมีสมมติฐาน 3 ข้อ คือ 1) สัมพันธภาพที่ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และ กลุ่มเพื่อน จะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย 2) การเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงระยะเวลาที่เสี่ยงสำหรับผู้ป่วยทางจิต และ 3) การสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพ (network relationship) ในช่วงการเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นสภาพได้ ดังนั้น รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยผู้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา ทำให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังผลการวิจัยหลายเรื่องในต่างประเทศที่สนับสนุนถึงประสิทธิผลของการดูแลในรูปแบบนี้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เช่น Forchuk and Brown (1998); Forchuk et al. (2002); Forchuk, Martin, Chan, and Jensen (2005) และ Reynold, Lauder, Sharkey, Maciver, Veitch, and Cameron (2004) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีมีการนำการดูแลในรูปแบบนี้มาใช้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model) ของ Forchuk et al. (2002) มาประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วย จิต

เกณฑ์ในประเทศไทยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การขาดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน (นรวิรัช พุ่มจันทร์, 2548; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555) โดยพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยขาดปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อม และ ขาดทักษะในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; โปรรยทิพย์ กลิพันธ์, 2542) และ 2) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Baker et al., 1992; Caron et al., 1998; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ, 2552; วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การพยาบาลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model_TDM) ของ Forchuck et al. (2002) มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่สามารถจัดการกับปัญหาทั้ง 2 ประการอันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดคุณภาพชีวิตที่ดีดังกล่าวข้างต้น โดยการดูแลตามรูปแบบนี้ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) มาเป็นเครื่องมือในการช่วยให้พยาบาลเข้าใจในตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยเข้าใจในตัวเอง จนเกิดการตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่เป็สาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวปัญหาที่แท้จริงและนำพลังงานที่ใช้ในการหมกมุ่นกับความรูสึกที่กำลังเผชิญอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม ซึ่งการที่พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Forchuk et al. (1998) ที่ได้นำสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดนี้มาใช้เป็นสื่อกลางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้าง

เสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการนำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ร่วมกับทฤษฎีการทำกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของ Heinrichs, Hanlon and Carpenter (1984) มาใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น อีกทั้งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำการพยาบาลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านของ Forchuck et al. (2002) มาประยุกต์ให้เหมาะสมเพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลที่ให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการ คือ 1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (continuity of therapeutic relationship) โดยให้เกิดความเหลื่อมกัน (overlap) ระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน ดังนั้น จึงเป็นรูปแบบการดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงในชุมชน สอดคล้องกับ Forchuck et al. (2005) ที่กล่าวว่าองค์ประกอบหลักสำคัญ 2 ประการซึ่งทำให้การดูแลแบบเปลี่ยนผ่าน (TDM) ประสบผลสำเร็จในการศึกษานำร่องประกอบด้วย 1) การดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันของพยาบาลเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกับพยาบาลในชุมชน (overlap of in-patient and community staff) โดยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลเปลี่ยนผ่านก็ยังมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยไปจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพยาบาลที่ดูแลในชุมชนได้ และ 2) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันซึ่งอยู่ในชุมชน โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะตามแนวคิดของ Peplau (1952) คือ ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Exploitation phase) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) และ ระยะสรุปผล (Resolution phase)

การใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Peplau (1952) ดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลเปลี่ยนผ่านสามารถเป็นสื่อกลางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จนทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้ต้องอาศัยบุคคลหลักที่รับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ในการเปลี่ยนผ่าน 2 คน ได้แก่ 1) พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (transitional nurse) ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพเป็นเครื่องมือค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและประสานความร่วมมือกับ ทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหา และมีบทบาทในการดูแลที่คาบเกี่ยวกับพยาบาลในชุมชน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน พยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับพยาบาลในชุมชน อีกทั้งยังทำหน้าที่ติดตามประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วย และทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงและให้คำปรึกษา (Coaching and Mentoring) แก่พยาบาลในชุมชนเมื่อสัมพันธภาพไม่สามารถดำเนินเข้าสู่ระยะแก้ไขปัญหาได้ และ 2) พยาบาลในชุมชน (community staff) ที่ได้รับการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้แก่ รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และ ทักษะการเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ ซึ่งพยาบาลในชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับการนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงสาเหตุของปัญหา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีความเชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต่อเนื่องและยาวนานกว่าสัมพันธภาพกับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน (Forchuk et al., 2005)

แนวคิดที่สำคัญอีกอย่างของ TDM คือ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันที่อาศัยในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน โดยการให้กำลังใจและแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ดีให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท แต่เนื่องจากในสังคมไทยนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทถือเป็นเรื่องที่น่ารังเกียจและยังถูกตีตราจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะเปิดเผยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz and Angermayer (2003) รวมทั้งการศึกษาของ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และ ชนกพร จิตปัญญา (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปจากคนในสังคมมากที่สุดโรคจิตเวชอื่นๆ ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ และในบางชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นั้นอาจไม่มีผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นอยู่อาศัยอยู่ จึงทำให้มีความเป็นไปได้น้อยที่จะใช้การสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน แต่จากข้อมูลความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ, 2554) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ปรับการได้รับการสนับสนุน

จากเพื่อนผู้ป่วย มาเป็นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือสัมพันธภาพในครอบครัว (นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ให้การสนับสนุนโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวนับว่ามีบทบาทมากในการสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์และคุณค่าอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าและมีแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) จะเห็นได้ว่าญาติและผู้ดูแลมีส่วนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การสนับสนุนให้กำลังใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แต่ในทางตรงข้ามพบว่า การไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล มีความสัมพันธ์กับการกลับมาป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท (หทัยรัฐณ์ วารินทร์ , 2555) ดังนั้นการดูแลจากครอบครัวจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพของผู้ป่วยเอง

โดยกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินการในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาล จะใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ เป็นระยะที่พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (transition nurse) เริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยตามแนวคิดของ Peplau (1952) ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที จนกระทั่งเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะการแก้ไขปัญหามาตามลำดับ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลเปลี่ยนผ่านจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ที่อาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ โดยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล พยาบาลเปลี่ยนผ่านจะต้องวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านในชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยเอง Forchuk and Brown (1998)

2. ระยะก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 วัน โดยระยะนี้ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นช่วงของการเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลในชุมชน เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้และฝึกฝนทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยการอบรมให้ความรู้ในเรื่องสำคัญๆ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและทักษะการสื่อสาร 3) ความรู้เรื่องโรค

จิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4) การเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และ 7) การเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลใน ระยะวิกฤติ

3. ระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยระยะนี้ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ ชุมชนได้มักมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง ดังนั้น พยาบาลเปลี่ยนผ่านจึง ต้องเข้ามามีบทบาทที่คาบเกี่ยวกับพยาบาลในชุมชน เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลใน ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล และดำเนินการไปพร้อมๆกันกับการที่พยาบาลในชุมชน เริ่มต้นมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย จนกระทั่งสัมพันธภาพสามารถเข้าสู่ระยะดำเนินการ แก้ไขปัญหาได้ ทั้งนี้พยาบาล เปลี่ยนผ่านจะคอยเป็นผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนให้พยาบาลในชุมชนมี สัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะตามแนวคิดของ Peplau (1952) และเมื่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจนถึงระยะ ดำเนินการแก้ไขปัญหาได้แล้ว พยาบาลเปลี่ยนผ่านจึงจะสามารถยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วยลงได้ โดย ในระหว่างที่พยาบาลเปลี่ยนผ่านทำงานคาบเกี่ยวกับพยาบาลในชุมชน พยาบาลเปลี่ยนผ่านจะมีการ ติดตามผู้ป่วยและญาติใน 3 ช่องทาง เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นดังนี้ 1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง อีกทั้งยังเป็นช่องทางที่ช่วยสนับสนุนและเป็นพี่ เลี้ยงให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลในชุมชน 2) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตาม ความก้าวหน้าและประเมินปัญหาของผู้ป่วย และ 3) การติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัด ที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ในระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว ผู้ป่วยจะ ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยเอง โดยสมาชิกในครอบครัวจะทำหน้าที่ให้ทั้งการ สนับสนุนทางสังคมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Forchuk et al., 2002; Forchuk et al., 2005; Reynold et al., 2004)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย ครั้งนี้ดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยน ผ่านจะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
- 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยน ผ่านจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) โดยทำการทดลองการใช้รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20-59 ปี เป็นผู้ป่วยที่เตรียมวางแผนการจำหน่าย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 2 ปีขึ้นไป มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- 1) ตัวแปรต้น คือรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
- 2) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชในกลุ่มของความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวคิดทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดย ซึ่งมีคุณสมบัติคือ 1) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 2 ปีขึ้นไป 2) มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน และ 3) มีบทบาทในการให้ความร่วมมือกับพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน ในการสร้างสัมพันธภาพ มีความกระตือรือร้นในการวางแผนจำหน่ายตนเองร่วมกับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน และใช้สัมพันธภาพในการสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI) ตามแนวคิดของ WHO ซึ่งพัฒนาโดยสุวัณณ์ มหัตถ์นิรันดร์กุลและคณะ (2545) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สภาพด้านร่างกายของตนเองซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ว่าจะไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นต้น
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น การรับรู้ว่าจะมีชีวิตรอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น

รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลไปจนถึงภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งพัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการประยุกต์จากแนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model) ของ Forchuk et al. (2002) ซึ่งให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการซึ่งทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงอันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือ 1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) โดยให้เกิดความใกล้ชิดกันระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่าน พยาบาลในชุมชน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จำนวน 20 คน เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดำเนินการทั้งหมด 7 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลเปลี่ยนผ่านในช่วงที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-2) โดยมีกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลเปลี่ยนผ่านสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที จากนั้นร่วมแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา มีการประเมิน

ระยะของสัมพันธภาพ โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship form ของ Forchuk and Brown (1989) และประสานสหวิชาชีพช่วยแก้ไขปัญหากลุ่มผู้ป่วยตามความเหมาะสม และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (Transition nurse) เริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยตามแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักและเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลเปลี่ยนผ่าน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ถือเป็นจุดเริ่มต้นซึ่งนำไปสู่สัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าสู่ระยะระบุงปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดผู้ป่วย ตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM) ของ Forchuk et al. (2002) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการแก้ไขปัญหากลุ่มผู้ป่วย โดยมีกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลเปลี่ยนผ่านจะต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกหมดหวังของผู้ป่วยบรรเทาลง และรู้สึกว่าเขาเองก็เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยในการแก้ปัญหานั้นพยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล มีกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลเปลี่ยนผ่านและผู้ป่วยจิตเภทวางแผนการจำหน่ายร่วมกันเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายในการเปลี่ยนผ่านไปสู่ชุมชน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการ การประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการ การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 2. ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในชุมชน หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลในชุมชนให้มีความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านชุมชน ใช้ระยะเวลา

ดำเนินการ 1 วัน (ในสัปดาห์ที่ 2) โดยดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ทั้งหมด 7 หัวข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน พยาบาลในชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลในชุมชนให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4) ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง 7) ทักษะการเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับความรู้ที่ได้รับการอบรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 การดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลหลังจากที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นการเปลี่ยนผ่านการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปในชุมชน ซึ่งเป็นระยะที่พยาบาลเปลี่ยนผ่านจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เหลื่อมซ้อนกันกับพยาบาลในชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 3-4) โดยมีกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลเปลี่ยนผ่านสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพยาบาลในชุมชน จนกระทั่งเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหายุติสัมพันธภาพ โดยมีการติดตาม 3 รูปแบบที่กล่าวข้างต้น หากพยาบาลชุมชนและผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระยะดำเนินการแก้ไขได้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ พยาบาลเปลี่ยนผ่านจะต้องเป็นที่เล็งและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในชุมชน โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship form ของ Forchuk and Brown (1989) ในการประเมินระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภท ส่วนพยาบาลในชุมชนมีหน้าที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทจนเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยพยาบาลเปลี่ยนผ่าน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 3) โดยมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย คือ พยาบาลเปลี่ยนผ่านจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้พูดคุยและฝึกการสื่อสารระหว่างกัน เนื่องจากสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องจะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงบทบาทในการเป็นแหล่งสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยพยาบาลในชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลในชุมชนหลังจากสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยได้ถึงในระยะเวลาแก้ไขปัญหมาแล้ว ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5-6) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พยาบาลเปลี่ยนผ่าน หมายถึง พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบของการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ตั้งแต่รับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายไปอยู่ในชุมชน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพยาบาลเปลี่ยนผ่าน ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริง และทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหา นอกจากนี้ยังต้องทำงานคาบเกี่ยวกับพยาบาลในชุมชนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายสู่ชุมชน โดยทำหน้าที่ในการช่วยให้ผู้ป่วย จิตเภทกับพยาบาลในชุมชนมีสัมพันธภาพระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาก็จะสามารถยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทได้อีกทั้งยังทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายและประสานให้ผู้ป่วยได้พบกับเพื่อนผู้ป่วยในชุมชน

พยาบาลในชุมชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้ความชำนาญหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต.ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน โดยทำงานคาบเกี่ยวกับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน ในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จนเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนหลังจากที่พยาบาลเปลี่ยนผ่านยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี จังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการเข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนของตนเอง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ โดยได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงในชุมชนซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ตามบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกไปสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายของการดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM)
4. รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้พอสรุปได้ดังนี้

Sadock and Sadock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มที่มีอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภท คือสภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) โดยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิด พฤติกรรมแปลกๆ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

อรพรรณลือ บุญวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

WHO (2013) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีลักษณะอาการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังและความรุนแรงที่สุดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออก เช่น หลงผิด และประสาทหลอน

สรุปความหมายของโรคจิตเภท ได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีกลุ่มอาการหลากหลาย เช่น มีการแสดงออกมาในลักษณะของอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมแปลกๆ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลต่อการทำหน้าที่หลายๆ ด้าน ในชีวิตของผู้ป่วย

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอนว่าความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมคืออะไร เชื่อว่ามี heterogeneous genetic basic ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยังมีความใกล้ชิดทาง

สายเลือดมากก็ยังมีโอกาสเป็นสูง มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยด้านสารเคมีในสมอง (NeurochemicalFactor)

สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) มีการเพิ่มขึ้นของ dopamine บริเวณ mesolimbic pathway สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวก หากสาร dopamine ทำงานน้อย จะพบในส่วนบริเวณ prefrontal สารสื่อประสาทอีกชนิดที่มีความน่าสนใจ คือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin-2 receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ส่วนสารอื่นๆ เช่น Norepinephrine, GABA, และ glutamate ซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงานของ dopamine ก็อาจสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทได้เช่นกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์, 2552)

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคและประสาทสรีรวิทยา (Neuroanatomy and Neuropathology)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ มีปริมาณการลดลงของ amygdala และ hippocampus มีการสูญเสียของ cortical gray matter และ ventricular enlargement จะสัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งมีระดับการทำงานที่แย่ง และการสูญเสีย frontal cortical volume จะสัมพันธ์กับการลดลงของกลุ่มอาการลบได้ซ้ำ แต่กลับมีกลุ่มอาการทางบวกที่เร็วขึ้น รวมทั้งการลดจำนวนเซลล์สมองบริเวณ frontal และ temporal cortex จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบที่แย่ง (Cahn et al., 2002; Gur et al., 1998; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์, 2552)

1.2.4 ปัจจัยระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอด (Prenatal and perinatal factor)

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอดสูงกว่าบุคคลทั่วไปโดยพบว่าปัจจัยหลายอย่างจะเพิ่มภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภท เช่น น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม ภาวะหลังคลอด หรือการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโต (Cannon et al., 2002; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์, 2552;)

1.2.5 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor)

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีความไวต่อความเครียดมากกว่าผู้อื่น ตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้สภาพครอบครัวยังมีผลต่อสภาพของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน และพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552; อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวก (positive symptom) และอาการทางลบ (negative symptom) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) อาการของโรคจิต (psychotic dimension) 2) ความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (disorganized dimension) ซึ่งจัดไว้ในกลุ่มอาการดังนี้

-อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusions) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) การหลงผิดที่มีลักษณะแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusions) ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

- อาการประสาทหลอน (hallucinations) ได้แก่ เสียงที่ได้ยินเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน เป็นการได้ยินเสียงคนอื่นพูดเรื่องราวของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) ประสาทหลอนรองลงมาคือการเห็นภาพหลอน ภาพหลอนอาจจะเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนประสาทหลอนทางกลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรู้อรสแปลก ๆ อาจจะพบได้แต่ไม่บ่อย

- อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (disorganized thought and speech) ผู้ป่วยมักคิดในลักษณะที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็จะเปลี่ยนเรื่องทันที โดยเรื่องที่เปลี่ยนไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเล็กน้อย (loosening of association) หรือ

อาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมากๆ การวางคำในประโยคจะสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ (neologism) ผู้ป่วยจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ (lack of insight)

- อาการด้านพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) พฤติกรรมจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดเจน อาจเกิดจากการหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความคิดแปลกๆ เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่ยอมนอน แต่งตัวแปลกๆ บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมากจนต้องพามาพบแพทย์

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms)

เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการขาดในสิ่งที่ควรมีในคนทั่วไป ได้แก่ พุดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้นเฉื่อยชาลง ระยะหลังมักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน ได้แก่ สมาธิแย่ มีความพร่องในการจำชั่วคราว (working memory)

โดยสรุปโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมไม่เป็นระเบียบแบบแผน ซึ่งลักษณะของอาการจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (positive symptom) และอาการทางลบ (negative symptom)

1.4 การดำเนินโรค ระยะของการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป จะมีปัญหาของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ความบกพร่องนี้อาจประกอบไปด้วย การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป มีปัญหาด้านอารมณ์ การสื่อสาร ความนึกคิด สุขนิสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน สัมพันธภาพกับญาติหรือเพื่อน คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยมักมีอาการชัดเจน ส่วนมากมีอาการด้านบวก

1.4.3 อาการหลงเหลือ (residual) อาการจะมีลักษณะคล้ายกับอาการระยะก่อนเริ่มอาการแต่อาการประสาทหลอน หลงผิดยังคงหลงเหลืออยู่ และอาจมีอาการรุนแรงฉับพลันมาอีกในช่วงต่อๆมาได้ (acute exacerbation) (มานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

สรุปการดำเนินโรค มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจเป็นแบบเฉียบพลัน บางรายอาการอาจจะน้อยไม่ชัดเจน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัดแล้วญาติจึงนำมาับการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแล้วบางรายอาจหายขาดหรืออาจยังคงเป็นๆ หายๆ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ และ

ความพร่องในหน้าที่การงาน มีการเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองไร้ค่า ประเมินตนเองผิดไปจากความจริงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นโรคที่น่ารังเกียจ เกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเน้นแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ในแต่ละวิธีมีส่วนช่วยผู้ให้ป่วยอาการทุเลาและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขช่วยป้องกันการกลับมาซ้ำซ้ำได้

1.5.1 การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention) การรักษาด้วยยา

นั้นเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการให้สงบแล้วยังช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคโดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) **ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase)** เป้าหมายของการรักษาในระยะต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบโดยเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นฤทธิ์ของยาจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็ว หากการรักษาผู้ป่วยสักระยะประมาณ 2 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นอาจจะมีการพิจารณาปรับขนาดเพิ่มมากขึ้นหรือมีการเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ดี เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (มาน็อกซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

2) **ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase)** หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง ขนาดยาที่ได้รับควรสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนเพื่อควบคุมอาการต่อไป การลดยาลงเร็ว หรือ หยุดยาในช่วงนี้ก็อาจจะทำให้อาการผู้ป่วยกลับมากำเริบได้ (มาน็อกซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

3) **ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase)** เป็นช่วงที่อาการผู้ป่วยทุเลาลง แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อ เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบ หลังจากนั้นก็ค่อยๆปรับลดยาลง จนถึงระดับยาต่ำสุดที่ควบคุมได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจำเป็นต้องให้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์ ระยะเวลา (long acting) (มาน็อกซ์ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

ปัจจุบันมีการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้นเนื่องจากมียากกลุ่มใหม่ที่มีฤทธิ์ในการรักษาอาการทางบวกได้ผลดี และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาน้อยกว่ายากกลุ่มเดิม เช่น ยาคโลซาปีน (clozapine) ริสเพอริโดล (risperidone)

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)

โดยทั่วไปจะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย (มาน็อกซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

1.5.3 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions)

เป็นการรักษาที่ใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ มักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคม แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแต่ปัญหาทางสังคมยังมีต่อไป การรักษาที่ยังเหมาะสมกับผู้ป่วย ที่มีอาการด้านลบ ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจทำให้การรักษาผู้ป่วยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การรักษาทางจิตสังคมโดยกล่าวสรุปมีดังต่อไปนี้

1) กลุ่มบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, and Lambert, 2005)

2) กลุ่มบำบัด (group therapy) วิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การสร้างสัมพันธ์กับคนอื่น การแก้ปัญหา การใช้เหตุผลตามสภาพความจริง การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, and Lambert, 2005)

3) กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิกจะได้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มจากการรับฟังปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่มและจากข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจที่เกิดจากผู้ป่วยถึงผู้ป่วย และจากผู้บำบัด เกิดบรรยากาศที่ไม่เครียด เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในกลุ่ม (ภัทรภรณ์ ทุงปันคำ, 2551)

4) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) วัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาพฤติกรรมถดถอยแลพฤติกรรมไม่สมวัย เช่น การฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การดำรงชีวิต วิธีการที่นิยมคือการวางเงื่อนไข ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมที่ต้องการ การให้รางวัลซึ่งเป็นการแสดงว่าผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง (McGorry, Killackey, Lambert, and Lambert, 2005)

5) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักษะเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่อาการสงบควบคู่กับการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, and Lambert, 2005)

6) **ครอบครัวบำบัด (family therapy)** มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมถูกต้องและสร้างสรรค์ ลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (high expressed emotion) ของสมาชิกในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสระบายความทุกข์ใจ แสดงความเห็นใจ ทำให้ผ่อนคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

กล่าวโดยสรุป การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกจนการวางแผนการกลับไปอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสถานบริการในระดับปฐมภูมิ การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำได้

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.6.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ให้การพยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน โดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดตนเองและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยตนเอง

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยทำให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

-พยาบาลจะต้องการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ป่วยจากสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

-การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสม

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผน พยาบาลควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางด้านสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.6.2 การใช้กระบวนการทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.6.2.1. การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านร่างกาย โดยใช้การสังเกตและสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย 2) การประเมินด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด 3) การประเมินด้านการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 4) การประเมินด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย และ 5) การประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.6.2.2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ควรพิจารณาทั้งทางด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการต่างๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms และอาการด้าน negative symptoms ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

1.6.2.3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในระยะแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว จนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังในการเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดการวางแผนการพยาบาลที่เน้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

- พัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพเขตต่างๆ

1.6.2.4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิค
การพยาบาลดังนี้

- เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการ

เผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่

เหมาะสม

- ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วง

ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.6.2.5. การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของ
ผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนภายหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การ
ประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นใน
ภาวะที่ไม่รู้สติ
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา
และการบำบัดทางชีวภาพ
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคล
อื่น และสังคมดีขึ้น
- ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการพัฒนาบทบาทของตนในครอบครัวดี
ขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้
อารมณ์และพฤติกรรมแสดงออก ดังนั้น พยาบาลควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและ
รอบคอบ ประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครบทุกๆ ด้าน การวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องให้ตรงกับการ
ประเมินปัญหาที่พบ แล้วจึงวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกด้านทั้ง

ด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม อีกทั้งต้องประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันมีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น จึงได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขาพยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต กันอย่างกว้างขวาง

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางเป็นแนวคิดระกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำคือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีเด่นของบุคคล

Ferrans and Power (1985, 1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึก ผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับ จุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึก ผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตามประสบการณ์ของคนแต่ละคน ภายใต้ องค์ประกอบที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญ ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans and Power (1985, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George and Bearon แล้วสรุปเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำบัดฟื้นฟูประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างสุขภาพในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัยมีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนเอง ศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) แบ่งองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย(Physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆหรือรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ถึงเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างมีอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

- 3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
- 4) การมีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์
- 5) การมีสันติภาพ เช่น การอ่านหนังสือฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้น เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากในการสรุปถึงการใช้เครื่องมือชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่เป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ ที่นำมาใช้ในการวิจัย โดยแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตตามชนิดของตัวชี้บ่ง 2 ชนิด คือ

2.3.1 ตัวชี้บ่งเชิงวัตถุวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ ได้แก่ ข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

2.3.2 ตัวชี้บ่งเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึก อารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิต (UNESCO, 1980; Zhan et al., 1992; Meeberg, 1993)

มีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่างๆ ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992), Heinrichs, Hanlon and Carpenter (1984) และ The WHOQOL Group (1996) เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF –THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุม

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.4.1 การศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น และคนปกติสรุปได้ดังนี้ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ (Gupta et al., 1998)

รวมถึงการศึกษาอีกหลายเรื่อง เช่น Yu-Tao Xiang et al. (2007); Mercier et al. (1998); Bobes and Gonzalez (1997) และ Lehman et al. (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยหลายเรื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภรา เลิศ และคณะ, 2552; ธีรภา ธานี, 2551; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555)

2.4.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ได้มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี หรือความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL Group, 1996) ส่วน Gill and Feinstein (1994) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า เป็นการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาทางสุขภาพ และองค์ประกอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ สภาวะด้านจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Spilker, 1990)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในในต่างประเทศมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ส่วนในประเทศไทยผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของ The WHOQOL Group (1996) ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) 4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และมีอีกหลายแนวคิดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้วิจัย

2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทคือ การไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อมและขาดทักษะในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; โปรยทิพย์ กลิพันธ์, 2542) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (Mercier and King, 1994) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs and Gonzalaze, 1997) การขาดการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นการศึกษาของ Caron et al.(1998) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช และการศึกษาของ Baker et al.(1992) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยร่วมกับชุมชนได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาของ รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ (2552) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ให้การสนับสนุนโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวนับว่ามีบทบาทมากในการสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์และคุณค่าอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าและมีแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) การไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล มีความสัมพันธ์กับการกลับมาป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท (หทัยรัฐณ์ วารินทร์ , 2555)

สรุปได้ว่า การขาดการเตรียมความพร้อมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน การขาดการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ในการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพร้อมและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวตามความเหมาะสม

2.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนั้นบทบาท

ของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้คือ

2.6.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986)

2.6.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุน ชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งร่างกายและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตพลระบบครอบครัว (จอมสุพรรณโณ, 2542)

2.6.3 บทบาทเป็นผู้บริการจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต

2.6.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลสามารถสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ และมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆ เข้าร่วมในการให้คำปรึกษา เช่น การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนพันธ์, 2542) พยาบาลจิตเวชควรมีการนำเอาทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้โดยทักษะที่นำมาช่วยเหลือในการให้คำปรึกษามีดังต่อไปนี้ (วรรณมา คงสุริยะนาวัน, 2542)

1. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) พยาบาลจิตเวชต้องแสดงให้บุคคลรับรู้ ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้ เข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเขา ตั้งใจฟังและร่วมแบ่งปันความรู้สึกและปัญหาพร้อมคล้ายกัน ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

2. การให้เกียรติ (Respect) โดยต้องมีการแสดงการให้เกียรติ ยอมรับ โดยมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การแนะนำตน เข้าไปทำความรู้จักทักทาย กล่าวยกย่องชมเชย การประสานสายตาและตั้งใจฟังด้วยความเอาใจใส่

3. ความจริงใจ (Genuineness) โดยการแสดงความจริงใจด้วยการเปิดเผยตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำพูด หลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเองเร็วเกินไป และไม่แสดงว่าพยาบาลต้องการจัดการให้คำแนะนำหรือใช้อิทธิพลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของพยาบาลเอง

4. ปฏิกริยาตอบสนอง (exploratory responding) ส่วนใหญ่ทักษะที่สำคัญของพยาบาล คือ การฟัง การใช้เทคนิคการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การแสดงความกระจำงของตนและการสรุป

5. บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าทดลองจนมีความสามารถในการทำผลวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยให้ดีขึ้นซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

นอกจากนี้ Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1. พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนความสามารถ และการกระทำสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานๆได้

2. พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล โดยต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความชอบ ความไม่ชอบ เป็นต้น จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ และให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนตามแผนอย่างต่อเนื่อง

3. พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและที่สำคัญที่สุดคือการทำที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4. พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5. พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีม ร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ การเป็นผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดมีโอกาสได้รับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุม

3. แนวคิดของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model:TDM)

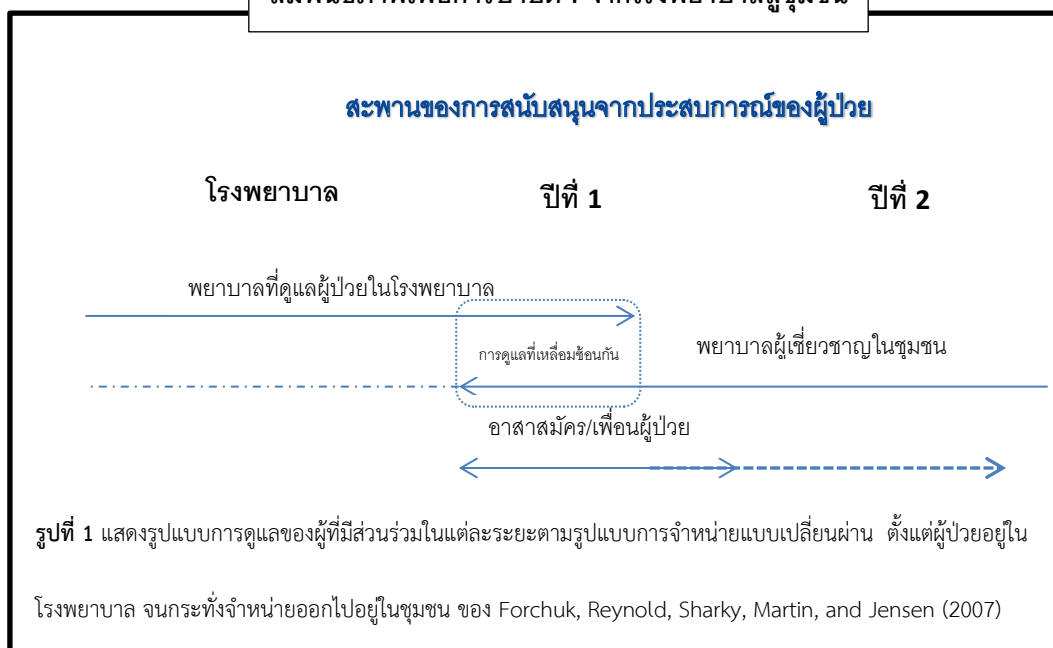
การพยาบาลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model_TDM) ของ Forchuck et al. (2002) เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการ คือ 1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (continuity of therapeutic relationship) โดยให้เกิดความเหลื่อมกัน (overlap) ระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน และเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยด้วยกัน ดังนั้น จึงเป็นรูปแบบการดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงในชุมชนสอดคล้องกับ Forchuck et al., (2005) ที่กล่าวว่างค์ประกอบหลักสำคัญ 2 ประการซึ่งทำให้การดูแลแบบเปลี่ยนผ่าน (TDM) ประสบผลสำเร็จในการศึกษานำร่อง ประกอบด้วย 1) การดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันของพยาบาลในหอผู้ป่วยกับพยาบาลในชุมชน (overlap of in-patient and community staff) โดยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลในหอผู้ป่วยก็ยังมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยไปจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพยาบาลที่ดูแลในชุมชนได้ และ 2) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันซึ่งอยู่ในชุมชน ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่องจะใช้กระบวนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามระยะการสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะตามแนวคิดของ Peplau (1952) คือ ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Exploitation phase) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) และ ระยะสรุปผล (Resolution phase)

การนำกรอบแนวคิดของ Peplau (1952) มาใช้ตามรูปแบบของ TDM ต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ถือเป็นเครื่องมือในการที่ช่วยให้พยาบาลเข้าใจในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจในตัวเอง เกิดการตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ป็นสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงตัวปัญหาที่แท้จริงและนำพลังงานที่ใช้ในการหมกมุ่นกับความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ มาใช้ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่

เหมาะสม การที่พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือ และทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลเปลี่ยนผ่านสามารถเป็นสื่อกลางในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา จนทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้ต้องอาศัยบุคคลที่รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ในการเปลี่ยนผ่าน (transitional nurse) เช่น พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และ พยาบาลในชุมชน ซึ่งต้องทำงานคาบเกี่ยวกันในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วย ยังคงต้องมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและพยาบาลในชุมชนมีสัมพันธภาพในระยะแก้ไขปัญหา และติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยใน 3 รูปแบบ คือ 1) ทางโทรศัพท์ 2) การเข้าไปพบผู้ป่วยในชุมชน และ 3) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จนสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนดูแลต่อไป หรือจนกว่าจะบรรลุตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้วางไว้ก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ชุมชนนี้จะยาวนานกว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้แนวคิดที่สำคัญอีกประการ คือ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนในการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยมาอยู่ในชุมชน ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันนี้สามารถยาวนานได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามที่ผู้ป่วยและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันได้ตกลงกันได้

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน



ทั้งนี้ในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านนั้น จะเน้นการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) ที่เน้นสังคมหรือประสบการณ์มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Social or interpersonal experience) และให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ในกระบวนการใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจะต้องทำหน้าที่คล้ายนักวิเคราะห์จิต ต้องเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตในอดีตและแก้ไขที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยการสร้างประสบการณ์การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมกับผู้บำบัด (healthy relationship with the therapist) ซึ่งในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พยาบาลจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในระยะแรกอาจยอมให้ผู้ป่วยปกปิดตนเองได้บ้าง แต่ผู้บำบัดจะต้องพยายามสร้างความไว้วางใจ สร้างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการเป็นมารดาทางจิตใจ “Psychological mothering” ซึ่งมี 3 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขในเรื่องการมีสัมพันธภาพที่ตอบสนองความต้องการ

ขั้นที่ 2 ยอมรับ ให้เกียรติ สนองตอบความพร้อม และความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่มีการริเริ่มสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่เข้มแข็ง จนกระทั่งประสบความสำเร็จและเกิดความพึงพอใจ

โดยมีจุดเน้นที่กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเห็นได้จากแนวคิดเกี่ยวกับโนมตีทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (Peplau, 1952; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539; จินตนา ยูนิพันธ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) คือ ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) และระยะสรุปผล (Resolution phase) ซึ่งแต่ละระยะที่กล่าวมานี้มีทั้งความคาบเกี่ยวและความเกี่ยวพันกัน ในการดำเนินการตามทั้ง 4 ระยะนี้ พยาบาลจะมีบทบาทหลายบทบาท คือ

1. **คนแปลกหน้า (Stranger)** เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการยอมรับนับถือและทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน พยาบาลจะทำหน้าที่ต้อนรับและยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวของแต่ละคน

2. **บทบาทครู (Teacher)** เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกันกับบทบาทอื่นๆ โดยให้ความรู้ ตามความต้องการหรือความสนใจของผู้ป่วย

3. **แหล่งสนับสนุน (Resourcer)** เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ใหม่ๆที่ต้องเผชิญ และการให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะนี้ยังอาจเป็นวิธีการที่จะนำไปให้พยาบาลค้นพบปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย

4. **ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)** เป็นบทบาทในการใช้ทักษะและทัศนคติที่ฝึกมา โดยเฉพาะ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนัก กล้าเผชิญ ยอมรับ ดำเนินการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและเต็มประสิทธิภาพ บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายทุกระยะของการสร้างสัมพันธภาพที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขดี ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งคุกคามสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถใช้การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้

5. **ผู้นำ (Leadership)** ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีพันธหน้าที่ในการปกป้อง ค้ำครองให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกด้านตลอดเวลาจากบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำ ในส่วนที่จะวางแผน กำกับดูแล และทำงานร่วมกันแบบช่วยเหลือและร่วมมือกัน จนบรรลุผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

6. **ผู้ชำนาญการด้านเทคนิค (Technical Expert)** เป็นบทบาทในการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย โดยใช้ทักษะทางการพยาบาล และมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

7. **ผู้ทดแทน (Surrogate)** ในบทบาทนี้ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความเหมือน ความแตกต่างระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธ์ภาพมาก่อน โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิต พยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเหมือน ความต่าง และขอบเขตของสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพกับสัมพันธ์ภาพทางสังคม

แต่ละบทบาทที่กล่าวมานั้นจะขึ้นอยู่กับระยะของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งพยาบาลอาจต้องทำหลายบทบาทไปพร้อมๆ กัน โดยมีระยะของการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด 4 ระยะ ดังนี้ (Peplau, 1952)

1. **ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)** ในตอนแรกของระยะเริ่มต้น พยาบาลและผู้ป่วยพบกันในลักษณะของคนแปลกหน้า ในระยะนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความต้องการบางประการ พยาบาลจะต้องช่วยเหลือให้เขาค้นพบความรู้สึกหรือความต้องการนี้ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าความรู้สึกหรือความต้องการดังกล่าวเกิดจากอะไร พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยทางด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ เป็นต้น พยาบาลจึงต้องตระหนักไว้เสมอว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพเท่าเทียมกัน

สิ่งสำคัญ คือการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลต้องแสดงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหา และตระหนักว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากอะไร การค้นพบปัญหาโดยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวปัญหาที่แท้จริงและนำพลังงานไปใช้ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม เมื่อทั้งสองฝ่ายจะค้นพบปัญหาและมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่ในบรรยากาศของการช่วยเหลือและพร้อมที่จะร่วมมือดูแลสุขภาพ ในบทบาทของผู้ให้การสนับสนุนพยาบาลอาจช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการมือกับผู้ป่วยและครอบครัว จัดการกับปัญหา หรือส่งต่อไปรับการช่วยเหลือจากบุคลากรอื่นๆ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

2. **ระยะระบุปัญหา (Identification phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือได้ การดำเนินการในระยะนี้ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจทั้งด้านการรับรู้ และความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีตทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยอาจมีผลต่อการคาดหวังซึ่งกันและกันในกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการดูแลสุขภาพ ซึ่งการรับรู้และความคาดหวังของทั้งสองฝ่ายจะมีความซับซ้อนกว่าระยะเริ่มต้นมีการตอบสนองอย่างเจาะจงมากขึ้น ดังนั้นสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดจึงต้องแน่นหนาหรือมั่นคงขึ้น โดยพยาบาลจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ในระยะระบุปัญหานี้ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับปัญหาและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ความรู้สึกหมัดหวังบรรเทาลง และรู้สึกว่าตนเองก็เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)** เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนั้นเพื่อแก้ไขปัญหา ความมากน้อยของการใช้บริการขึ้นกับความสนใจและความต้องการของผู้ป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเรียกร้องความสนใจ (attention - getting) หรือแสดงพฤติกรรมอื่นๆ พยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่พบทำ ความเข้าใจและให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม

ผู้ป่วยส่วนมากมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเฉพาะช่วงเวลาที่เกิดความเจ็บป่วยเท่านั้น ผู้ป่วยประเภทนี้อาจมีความต้องการพึ่งพาและความต้องการอิสระกลับมา ซึ่งทำให้ดูเหมือนว่าสับสนและกระวนกระวายใจ อาจมีทั้งการต่อต้านและกลัวทอดทิ้ง ในกรณีเช่นนี้พยาบาลต้องให้ความสม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงแผนการติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยๆ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาและตระหนักถึงจุดด้อยของตนเอง ค้นหาและนำความเข้มแข็งหรือจุดเด่นออกมาใช้ และให้แสวงหา หรือยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างตามความจำเป็น

4. **ระยะสรุปผล (Resolution phase)** เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับสนองความต้องการแล้วโดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สัมพันธภาพระยะสรุปผลนี้อาจเริ่มตั้งแต่ในระยะระบุปัญหาก็ได้ โดยพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ และเข้าใจว่าสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ (professional relationship) ซึ่งมีความแตกต่างจากสัมพันธภาพทางสังคม (social relationship) ตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจึงต้องมีการยุติเมื่อผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือจากพยาบาล

ซึ่ง Peplau (1952) กล่าวถึงระยะของการพยาบาลทั้ง 4 ระยะว่า มีทั้งความคาบเกี่ยว (Overlapping) และความเกี่ยวพัน (Interlocking) กัน เนื่องจากในขณะที่การพยาบาลปัญหาที่ 1 เข้าสู่ระยะสรุปผลแล้ว แต่อาจเริ่มพบปัญหาอื่นๆ หรือปัญหาอื่นอาจเริ่มเกิดขึ้น ซึ่งยังคงอยู่ในระยะการกำหนดปัญหา และการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปัญหาหนึ่งอาจทำให้ปัญหาอื่นทุเลาลงด้วย ดังนั้นการนำกรอบแนวคิดของ Peplau (1952) มาใช้จึงต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและทำให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

นอกจากเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่พยาบาลในชุมชนจะต้องมีความรู้และทักษะอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยอันส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตามมา

ในการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เริ่มต้นกระบวนการจากการที่พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (transition nurse) ดูแลผู้ป่วย โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย จนกระทั่งสัมพันธภาพดำเนินเข้าสู่ระยะของการแก้ไขปัญหา ซึ่งในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พยาบาลจะต้องสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ใน

ระยะแรกอาจยอมให้ผู้ป่วยปกปิดตนเองได้บ้าง แต่ผู้บำบัดจะต้องพยายามสร้างความไว้วางใจ สร้างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยมีจุดเน้นที่กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเห็นได้จากแนวคิดเกี่ยวกับมโนคติทางการพยาบาล 4 ด้าน (Peplau, 1952; จินตนา ยูนิพันธ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

บุคคล หมายถึง ระบบตัวตน ซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่มีบางภาวะที่กระบวนการผสมผสานนี้ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากถูกขัดขวาง หรือบุคคลมีความต้องการสูงขึ้นจากเดิม บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวัง จึงจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่จำเป็นในการพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทำให้บุคคลเข้าใจเป้าหมายชีวิตของตนเองเด่นชัดขึ้น และยังเป็นวิธีการที่ทำให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้รับการตอบสนองด้วย

สุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของบุคคลทั้งด้านส่วนตัวและชุมชนไปในทางที่ดี และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อความตึงเครียดในบุคคลลดลง และถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกนี้เป็นไปได้ทั้งการส่งเสริม หรือทำลายสุขภาพ Peplau (1952) กล่าวว่า พฤติกรรมมีก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ ทำให้บุคคลรู้จักตนเองและสามารถนำประสบการณ์ในชีวิตมาผสมผสานให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในทุกๆด้าน

การพยาบาล หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสมรรถภาพทั้งทางปัญญาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นแกนสำคัญในการช่วยเหลือ

ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์ และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยว่าจะสามารถทำได้สำเร็จหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

1. **ค่านิยม (value)** หมายถึงความเชื่อ ค่านิยมที่ผู้ป่วยและพยาบาลยึดถือ เป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวัน รวมถึงเมื่อมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลด้วย

2. **วัฒนธรรมและเชื้อชาติ (culture and race)** ทั้งวัฒนธรรมและเชื้อชาติมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ทุกคน ในเรื่องการแสดงออกและการทำความเข้าใจ/แปลความหมายของการแสดงออก หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและเชื้อชาติ

ผู้ป่วยและของตนเอง จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความหมาย ของพฤติกรรม ความรู้สึกและ ประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและของตนเองได้ดีขึ้น

3. **ความคิดเบื้องต้น (preconceived ideas)** เป็นความคิดที่มีอยู่ก่อนแล้วก่อนที่ผู้ป่วยและพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังเช่น เมื่อผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจมีความคิดเบื้องต้น จากคำบอกเล่า หรือความคาดหวังว่าพยาบาลที่โรงพยาบาลนี้เป็นคนที่มีมารยาทเรียบร้อย หรือมีบุคลิกไม่เหมาะสม ความคิดเหล่านี้ ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

4. **ความเชื่อ (beliefs)** ทั้งความเชื่อของพยาบาลและของผู้ป่วย ต่างมีอิทธิพลต่อการแสดงออกขณะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม

5. **ประสบการณ์เดิม (past experiences)** ประสบการณ์เดิมของพยาบาลและผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในปัจจุบัน ดังเช่นผู้ป่วยอาจจะมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาล เมื่อพบพยาบาลผู้ป่วยจะมีการแสดงออกที่ดีต่อพยาบาล ในขณะที่หากพยาบาลมีประสบการณ์ที่ต่อการดูแลผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้พยาบาลแสดงออกที่ดีต่อผู้ป่วยเช่นกัน

6. **ความคาดหวัง (expectation)** ความคาดหวังของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันและในแต่ละคนก็ยังคงแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาด้วย ความคาดหวังของบุคคลแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ซึ่งความคาดหวังเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพยาบาลและผู้ป่วยมาก

ในระหว่างที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ เพื่อความเข้าใจตนเอง และเพื่อให้เข้าใจความหมาย และความต้องการของผู้ป่วย สำหรับพื้นฐานการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านนั้น พยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพว่าผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการเป็นอย่างไร ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือต้องได้รับการฝึกฝนและได้รับความรู้ในด้านใด จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ โดยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วย

ในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านนั้น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถือเป็นเครื่องมือหลักในการใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชนจะต้องมีความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ยอมรับปัญหาของตนเอง อันจะนำไปสู่การค้นหาคำปรึกษาในตนเองและพัฒนา

จนกระทั่งผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยได้นำแนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model) ของ Forchuk et al. (2002) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือ 1) การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) โดยให้เกิดความเหลื่อมกันระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน และเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยด้วยกัน ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกว่า 390 ราย โดยหลังการทดลองพบว่าคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และยังช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาพัฒนารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Forchuk et al. (2002) เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อความเป็นไปได้ของการวิจัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้ปรับกิจกรรมโดยแบ่งการบำบัดออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ โดยมีการปรับให้พยาบาลเปลี่ยนผ่านเป็นไม่ต้องได้รับการอบรม เนื่องจากเป็นผู้ดำเนินการวิจัยเอง และได้ปรับในส่วนของ การให้ความรู้แก่พยาบาลในชุมชน ซึ่งจากเดิมมีทั้งหมด 12 หัวข้อ ได้แก่ 1) โปรแกรมการประกันคุณภาพพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลออนแทริโอ 2) อาสาสมัคร/แหล่งสนับสนุนในการทำงาน 3) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: การสร้างและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ 4) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ 5) ขอบเขตการรักษา 6) การวางแผนจำหน่าย 7) ทรัพยากรในชุมชน 8) ความปลอดภัยในการทำงานในชุมชน 9) ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤติ 10) การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 11) ทักษะเจรจาต่อรอง 12) ความเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน โดยมีการปรับให้เหลือเพียง 7 หัวข้อ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยหัวข้อที่ 1 ได้ตัดออก เนื่องจากเป็นการดำเนินการเฉพาะในต่างประเทศ และได้ตัดหัวข้อที่ 10 การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นหัวข้อที่ผู้วิจัยเป็นการดำเนินการเองออก ส่วนหัวข้อที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน เช่น เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (หัวข้อที่ 3 และ 4) รวมเป็น 1 หัวข้อ เรื่องเกี่ยวกับ

แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ชุมชน (หัวข้อที่ 2, 7, 8, และ 12) รวบเป็น 1 หัวข้อ นอกจากนี้ในส่วนของ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยในชุมชน (หัวข้อที่ 2) ผู้วิจัยได้เปลี่ยนจากเพื่อนผู้ป่วยให้เป็น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากในประเทศไทย พบว่า กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคล ในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (ขวัญสุตา บุญเทศ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือสัมพันธภาพในครอบครัว (นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2548) การไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล มีความสัมพันธ์กับการกลับมาป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท (หทัยรัฐณ์ วารินทร์ , 2555) และผู้วิจัยได้เพิ่มเนื้อหาของกิจกรรมขึ้น 4 หัวข้อได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน และ 2) ความรู้เรื่องโรคจิต เภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ดำเนินการมีความรู้เรื่องโรคและเข้าใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีหัวข้อ กิจกรรม ดังนี้

- 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน
- 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร
- 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 4) ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
- 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน
- 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง
- 7) ทักษะการเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ

ได้มีการแบ่งบทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Forchuk et al.,1998, 2002, 2005) ดังนี้

— พยาบาลเปลี่ยนผ่าน มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และสื่อกลางในการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาไปสู่การวางแผนการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยจนกระทั่งพยาบาลในชุมชนสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้ จึงยุติสัมพันธภาพ

— พยาบาลในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน ต่อจากพยาบาลเปลี่ยนผ่าน หลังจากที่สามารสรสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยได้ในระยะแก้ไขปัญหา ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต่อเนื่อง และยาวนานกว่าพยาบาลเปลี่ยนผ่าน

— ผู้ป่วยจิตเภท มีบทบาทในการให้ความร่วมมือกับพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน มีความกระตือรือร้นในการวางแผนจำหน่ายของตนเอง เพื่อการกลับไปอยู่ในชุมชน และใช้สัมพันธภาพในการสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย

— ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีบทบาทช่วยเหลือช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย โดยคอยให้กำลังใจ กระตุ้นช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินการในรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (Transition nurse) เริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักและเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลเปลี่ยนผ่าน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ถือเป็นจุดเริ่มต้นซึ่งนำไปสู่สัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดผู้ป่วย ตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM) ของ Forchuk et al. (2002) ที่ให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการ คือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ที่ทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยในขั้นต่อไป จึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เป็นกิจกรรมที่เน้นการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย เมื่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือได้ เกิดความไว้วางใจ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยเริ่มจะยอมรับปัญหาและรู้สึกว่าคุณเองมีความพร้อม มีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยพยาบาลเปลี่ยนผ่านจะต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกหมดหวังของผู้ป่วยบรรเทาลง และรู้สึกว่าเขาก็คือเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยในการแก้ปัญหานั้นพยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพว่าผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการเป็นอย่างไร ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือต้องได้รับการฝึกฝนและได้รับความรู้ในด้านใดบ้าง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย

ได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกิจกรรมก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลเปลี่ยนผ่านและผู้ป่วยต้องวางแผนการจำหน่ายร่วมกันเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในการเปลี่ยนผ่านไปสู่ชุมชน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการ การประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการ การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 2. ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน พยาบาลในชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลในชุมชนให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4) ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง 7) ทักษะการเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับความรู้ที่ได้รับการอบรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงสาเหตุของปัญหา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต่อเนื่องและยาวนานกว่ากับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 การดูแลที่เชื่อมโยงกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน ระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก

เนื่องจากเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชนได้มักมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทที่คาบเกี่ยวกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อที่จะทำการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลในชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พยาบาลในชุมชนเริ่มต้นมีสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยที่มีพยาบาลเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลในชุมชนในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา เมื่อพยาบาลในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระยะดำเนินการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้ พยาบาลเปลี่ยนผ่านจึงสามารถยุติสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยได้ ซึ่งในกิจกรรมนี้จะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ทั้งหมด 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเป็นตัวช่วยในการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนมีสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระยะเริ่มต้น ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินประเมินระยะของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ว่าอยู่ในระยะใด หากเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อยุติสัมพันธ์ภาพ

2) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยจะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย

3) การติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยจะแบ่งเป็นการติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล 6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในครั้งนี้หากพยาบาลในชุมชนมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเข้าสู่ระยะดำเนินการไขปัญหาแล้ว จะเป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านดำเนินการยุติสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องจะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การรับทราบบทบาทและหน้าที่ของตนเองของทั้งผู้ป่วยและญาติ จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

กิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยพยาบาลในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยพยาบาลในชุมชนหลังจากที่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดถึงระยะแก้ไข

ปัญหาแล้ว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องทำหน้าที่ติดตามและคอยเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยให้แก่พยาบาลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Forchuk et al. (1998) ที่ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะบำบัดระยะยาวของโรงพยาบาล Hamilton Psychiatric Hospital (HPH) ในประเทศแคนาดาซึ่งได้เริ่มตั้งแต่ปี 1993 โดยเป็นโครงการที่เกิดจากความร่วมมือของสหวิชาชีพ งานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้ตัวอย่างของกรณีศึกษามาประกอบการนำเสนอ โดยกรณีศึกษาดังกล่าวเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชนิดหวาดระแวง มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเวลานาน 30 ปี ในช่วงที่ศึกษาผู้ป่วยยังมีอาการหวาดระแวงและหลงผิดและต้องพึ่งพาโรงพยาบาล พยาบาลได้ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎี โดยพบผู้ป่วย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งวางแผนจำหน่ายสู่ชุมชนและได้รับการดูแลต่อจากพยาบาลชุมชน จนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและคนในชุมชน สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

Forchuk et al. (2002) ได้ทำการศึกษาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นรูปแบบการเปลี่ยนผ่านที่มุ่งเน้นไปที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยได้ทดลองในหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด 26 หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยใช้การจับคู่หอผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้านเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วย ระดับความชำนาญของพยาบาล และระยะเวลาอนเรื้อนเฉลี่ยของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 390 รายทำการประเมินผลโดยการสัมภาษณ์เมื่อ 1เดือน ,6เดือน และ 1 ปีหลังจำหน่าย และสัมภาษณ์ความประพฤติเมื่อ 18 เดือน และ 24 เดือนหลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้

Reynold et al. (2004) ได้ทำการศึกษาทดลองนำร่อง เกี่ยวกับปัญหาการกลับมารักษาซ้ำและการไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชนได้ของผู้ป่วยจิตเวชที่ Hamilton Psychiatric Hospital จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 14 คนโดยนำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model: TDM) มาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรม ทำการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 เดือน พบว่า 1) มีอาการทางจิตลด

น้อยลง 2) มีระดับการทำหน้าที่ดีขึ้น 3) มีผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และ 4) ลดอัตราการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล

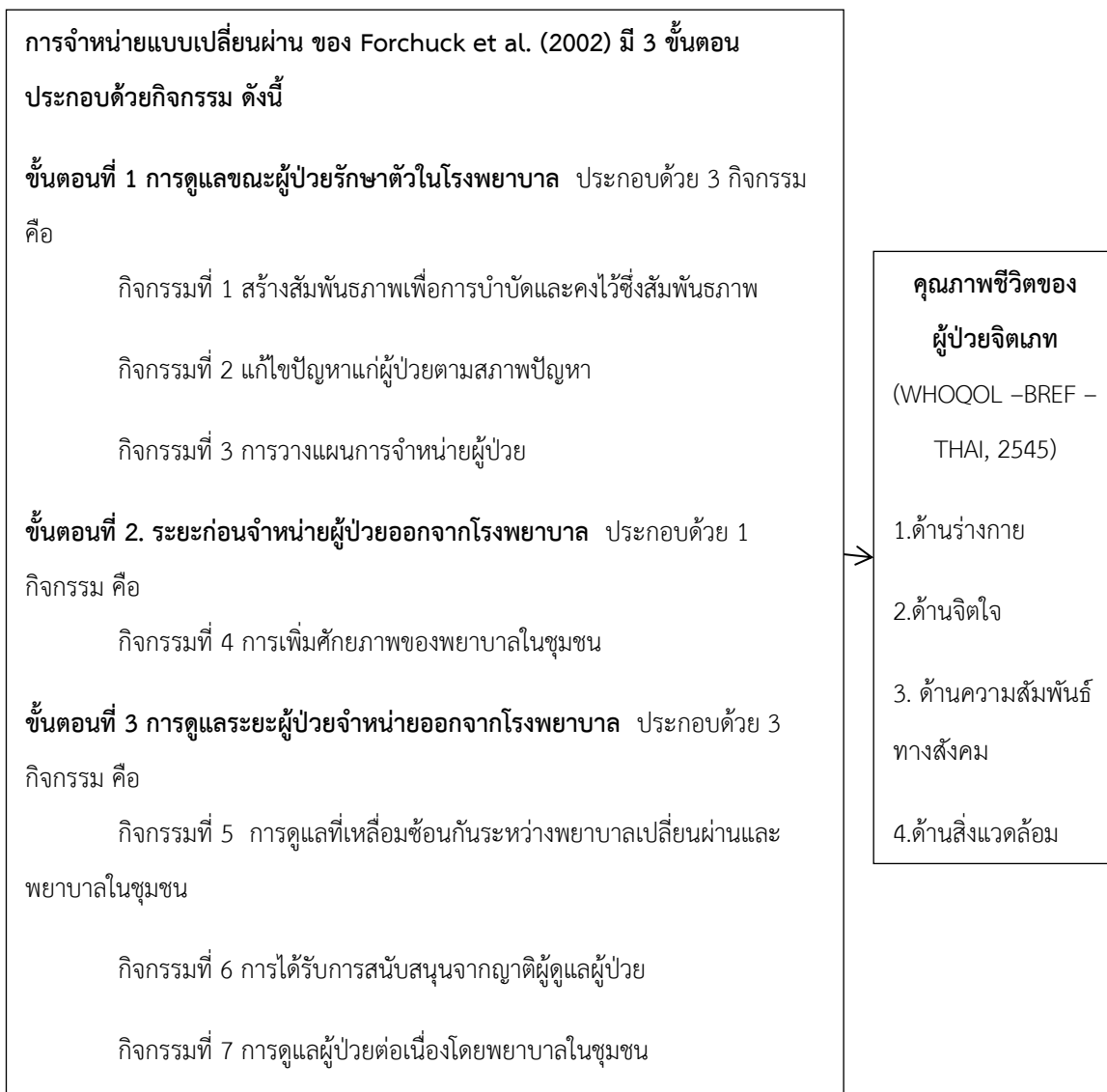
Forchuk et al. (2007) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model: TDM) ที่ได้นำไปใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จิตเวชไปสู่ชุมชน โดยการสรุปรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน จาก การศึกษาพบว่ารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เพิ่มอัตราการจำหน่ายผู้ป่วย ลดอัตราการกลับ เป็นซ้ำ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการ ดูแลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด ตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 12 ราย และกลุ่มควบคุม 12 ราย โดยเป็นการนำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ร่วมกับทฤษฎีการทำกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของ Heinrichs, Hanlon and Carpenter (1984) มาใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิต เภท จากการศึกษาพบว่าสามารถทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรคือ คุณภาพชีวิต ซึ่งประเมินโดยเครื่องมือประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ ภาษาไทย (WHOQOL -BREF -THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2545) ทั้งนี้ในการ จัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน โดยได้นำแนวคิด Transitional Discharge Model (TDM) ของ Forchuck et al.(2002) มาใช้ โดยรูปแบบที่ พัฒนาขึ้น เน้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับ การจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาการขาดคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งอาจมี สาเหตุมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนจำหน่าย จากโรงพยาบาล (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2542) และ 2) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (อัจฉริยาภรณ์ สุ พิชญ์, 2546) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ทั้งผู้ป่วยทั้งเพศหญิง และเพศชาย อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยได้ จากการสุ่มแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

Inclusion Criteria ผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยในระยะเตรียมวางแผนการจำหน่าย โดยประเมินจากแบบประเมิน สุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS) HoNos ข้อ 1.1 และ 1.2 ได้ค่าคะแนนไม่เกิน 2 คะแนน
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) ค่าคะแนน BPRS < 30 คะแนน
3. มีจำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติของพยาธิสภาพสมอง
2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis of Simple Size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งจากการศึกษาของ Reynold et al. (2004) ที่ศึกษาเรื่อง The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients เพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.29 % และมีโอกาสเกิดการคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.70 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 5 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรม (dropout) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ใช้การจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา-ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนดผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Forchuck, 2005) ระยะเวลาเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ, 2552) โดยดำเนินการทีละคู่จนครบ 20 คู่
4. ทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากเพื่อเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched – Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ระยะเวลาเจ็บป่วย	เพศ	ระยะเวลาเจ็บป่วย
1	หญิง	2 - 5 ปี	หญิง	2 - 5 ปี
2	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
3	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
4	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
5	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
6	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
7	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
8	หญิง	2 - 5 ปี	หญิง	2 - 5 ปี
9	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
10	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
11	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
12	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
13	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
14	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	หญิง	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
15	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
16	ชาย	2 - 5 ปี	ชาย	2 - 5 ปี
17	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
18	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
19	หญิง	2 - 5 ปี	หญิง	2 - 5 ปี
20	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	ชาย	ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

จากตารางที่ 1 พบว่า มีการจับคู่ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ เพศและระยะเวลาเจ็บป่วย แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิงทั้งหมดกลุ่มละ 6 คน มีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างละเท่าๆกัน คือ 2 - 5 ปี จำนวน 3 คน และตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน และผู้ป่วยเพศชาย กลุ่มละ 14 คน มีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างละเท่าๆกัน คือ 2 - 5 ปี จำนวน 7 คน และตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ก่อนทำการทดลอง ซึ่งได้รับอนุมัติเมื่อ 7 มีนาคม 2559 (รายละเอียดในภาคผนวก จ) และได้แนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ สอบถามความสมัครใจ อธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาบำบัดที่จะได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model: TDM) ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของ Forchuk et al. (2002)
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2545)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลจิตเวชชุมชน 2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วย และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989)
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS) และแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ที่พัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์-ไพบูลย์ (2544)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านของ Forchuk (2002) ทั้งนี้ผู้วิจัย

ได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Dr.Cheryl Forchuk ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้สามารถแปลเป็นภาษาไทย รวมทั้งอนุญาตให้ประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม และการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 กำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

1.3 สร้างรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน โดยผู้วิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดแนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านของ Forchuk (2002) โดยมีสมมติฐาน 3 ข้อ คือ 1) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และ กลุ่มเพื่อน จะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย 2) การเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงระยะเวลาที่เสี่ยงสำหรับผู้ป่วยทางจิต และ 3) การสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพ (network relationship) ในช่วงการเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นสภาพได้ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ระยะก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน ทั้งหมด 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาการดำเนินการทั้งหมด 6 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำแผนการทำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดแนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านของ Forchuk (2002) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่านและอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยทุกท่านเห็นด้วยกับแผนการทำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้รับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

จำนวน 5 คน จนครบทั้ง 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้ (try out) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อนำมาแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยได้แก่ จำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL -BREF -THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่ เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทั้งหมด 3 รอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

วิธีการใช้ ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปีไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1)ร่างกาย 2)ด้านจิตใจ 3)ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

การให้คะแนน ในการให้คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ชุดที่ 1 แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Relationship Form) ของ Forchuk and Brown (1989)

เป็นเครื่องมือการประเมินระยะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Peplau (1952) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Forchuk and Brown (1989) เพื่อใช้ในการประเมินระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทั้งระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วยจิตเภท และพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทว่าเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขหรือไม่ เนื่องจากในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านทั้งพยาบาลเปลี่ยนผ่าน และพยาบาลในชุมชนต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพให้เข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาจึงจะถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ อันจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ และใช้การ plot graph เพื่อดูความคืบหน้าของระยะสัมพันธภาพของผู้ป่วย โดยดูได้จากการสรุปพฤติกรรมแต่ละระยะของผู้ป่วยในตารางด้านล่างเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 ท่าน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหาและเหมาะสมกับคนไทย โดยมีค่า Cohen's kappa coefficient เท่ากับ .42 (Forchuk and Brown, 1989) กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระยะของสัมพันธภาพ โดยแบ่งตามระยะของสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะ เปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตและการพูดคุย และประเมินสภาพปัญหาระหว่างการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ถึงระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยทุกท่านเห็นด้วย โดยค่าความเที่ยงตรงระหว่างแบบประเมินกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ได้เท่ากับ .80 โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับการเพิ่มแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรม หรือการแสดงออกของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพลงในแบบประเมินสัมพันธภาพด้วย เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 คนจนครบทั้ง 3 ขั้นตอนเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชน ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจาก แบบประเมินความรู้เรื่องแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของสุรวุฒิ เพ็งเกล็ด (2550) เพื่อใช้ในการประเมินความรู้ของพยาบาลในชุมชน ภายหลังจากได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแล้ว โดยได้จัดทำเป็นแบบประเมิน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) คำถามด้านลบ 6 ข้อ (7, 11, 12, 14, 17, 22) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

คะแนนรวมของแบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชนจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยกำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ

0-13 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ

14-23 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปาน

กลาง

24-30 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง

โดยในครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่า หลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมพยาบาลในชุมชนต้องมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่านและอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามี ความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Pilot and Beck, 2004) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชนมาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชน ไปทดลองใช้กับพยาบาลในชุมชนที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20:20Kr) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) เพื่อใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองแล้ว ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามด้านบวก 16 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20 ด้านลบ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 13, 18, 19 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ซึ่งเกณฑ์การกำหนดการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

คำตอบ	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

คะแนนรวมของความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยกำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ

0-7	คะแนน หมายถึง	ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ
8-14	คะแนน หมายถึง	ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง
15-20	คะแนน หมายถึง	ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่านและอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีค่าความ

ตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Pilot and Beck, 2004) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยามาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20:20Kr) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคนและจะต้องมีค่า คะแนนของ BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงน้อย โดยแบบประเมินมีหัวข้อในการประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งหมด 18 ด้าน มีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับอาการของผู้ป่วยตั้งแต่ 1-7 คะแนน ลักษณะการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	อาการ
1	ไม่มีอาการ
2	สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3	มีอาการเล็กน้อย
4	มีอาการปานกลาง
5	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
6	มีอาการรุนแรง
7	มีอาการรุนแรงมาก

ชุดที่ 2 แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the National Outcome Scale: HoNOS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อใช้คัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระยะเตรียมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยในการดำเนินการครั้งนี้ได้ดำเนินการตามแนวทางของโรงพยาบาล และจะต้องมีค่า คะแนนของ HoNOS ข้อ 1.1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไปหรือจากพฤติกรรม ก้าวร้าวรบกวนผู้อื่น หรือวุ่นวาย อยู่ไม่สงบ และข้อ 1.2 มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โดยต้องมีคะแนนรวมกัน น้อยกว่า 2 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับอาการของผู้ป่วยตั้งแต่ 1-5 คะแนน ลักษณะการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	อาการ
0	ไม่มีปัญหา
1	มีปัญหาเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการดำเนินการใดๆ
2	มีปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด
3	มีปัญหารุนแรงปานกลาง
4	มีปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเอกสารตำราและงานวิจัยร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการดำเนินการโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยฝึกการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้เชี่ยวชาญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

1.2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3. ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

1.4. จัดทำแผนและเตรียมสถานที่ในการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองวันเวลาสถานที่

1.5. เตรียมพยาบาลที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคัดเลือกพยาบาลจากในชุมชนที่มีปัญหาที่ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาลสูง โดยต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้ความชำนาญจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมรวมทั้งให้ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและทักษะการสื่อสาร 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4) การเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง 7) การเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 1 วัน โดยเป็นการให้ความรู้และคู่มือประกอบการอบรม การฝึกทักษะจากสถานการณ์สมมติ จากนั้นประเมินความรู้ของพยาบาลในชุมชนด้วยแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในชุมชน โดยพยาบาลในชุมชนต้องสามารถทำแบบประเมินผ่านได้อย่างน้อยร้อยละ 80 ของข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

1.6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน กับกลุ่มทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ภายหลังผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ในระยะดำเนินการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ภายหลังจากประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม ได้แก่ การประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา ให้คำแนะนำตามปัญหา และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการนัดติดตามอาการตามความเหมาะสม

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2545) ในผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง ได้กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

พยาบาลเปลี่ยนผ่าน คือผู้วิจัย มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และสื่อกลางในการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาไปสู่การวางแผนการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องมีส่วนร่วมเชิงบำบัดกับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับพยาบาลในชุมชน นอกจากนี้พยาบาลเปลี่ยนผ่านยังต้องทำหน้าที่ติดตามและประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วย และทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษา (Coaching and Mentoring) แก่พยาบาลในชุมชนเมื่อสัมพันธภาพไม่สามารถดำเนินเข้าสู่ระยะแก้ไขปัญหาก็ได้

พยาบาลในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน หลังผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน โดยใช้ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบนี้พยาบาลชุมชนพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และมีความต่อเนื่อง ยาวนานกว่าพยาบาลเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วย มีบทบาทในการให้ความร่วมมือกับพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความกระตือรือร้นในการวางแผนจำหน่ายของตนเอง เพื่อการกลับไปอยู่ในชุมชน และใช้สัมพันธภาพในการสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย ตามศักยภาพของตนเอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีบทบาทในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่บ้าน ในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท

โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2545) ในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นกระบวนการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน โดยในระยะที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พยาบาลเปลี่ยนผ่านเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) กับผู้ป่วย 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30

นาที่จนกระทั่งสัมพันธ์ภาพดำเนินเข้าสู่ระยะแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา รับทราบว่าจะอะไรคือปัญหาที่แท้จริง ที่จะนำไปสู่ความร่วมมือและกระตือรือร้นที่จะหาทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสมโดยใช้แบบประเมินสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989) บันทึกข้อมูลของการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย

2. พยาบาลเปลี่ยนผ่านช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหานั้นเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือความไม่สบายใจของผู้ป่วย โดยใช้สัมพันธ์ภาพเป็นสื่อในการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยไม่รับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ พยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือหากเกิดจากผลข้างเคียงจากยาจึงทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา พยาบาลเปลี่ยนผ่านประสานกับจิตแพทย์เพื่อให้ปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หรือหากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจที่ซับซ้อน เช่น มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง อาจต้องประสานกับนักจิตวิทยาเพื่อทำจิตบำบัดกับผู้ป่วย เป็นต้น

3. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลเปลี่ยนผ่านและผู้ป่วยจิตเภทจะต้องวางแผนการจำหน่ายร่วมกันเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. หลังจากผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องมีสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วย และทำหน้าที่ในการช่วยอำนวยความสะดวกให้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) ระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทก้าวเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา จึงทำการยุติสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย แต่พยาบาลชุมชนยังคงมีสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989) เป็นเครื่องมือประเมินระยะของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในชุมชน

5. พยาบาลเปลี่ยนผ่านจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติ เพื่อให้ญาติได้ทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ให้กำลังใจ ดูแลเรื่องการรับประทานยาและคอยช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสม

6. พยาบาลเปลี่ยนผ่านทำการติดตามผู้ป่วยจิตเภทผ่านทาง 3 ช่องทาง ดังนี้

- 1) การเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- 2) การลงไปเยี่ยมในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3) การติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และร่วมหาแนวทางการแก้ไข

7. หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 สัปดาห์พยาบาลเปลี่ยนผ่านประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989) หากพยาบาลในชุมชนยังไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพจนเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ พยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษา (Coaching and Mentoring) โดยไปพบพยาบาลในชุมชนและผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาของการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยกันในการหาแนวทางเพื่อให้สัมพันธภาพเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่จากการติดตามผลของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพยาบาลในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพถึงระยะดำเนินการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยจิตเภทได้

8. เมื่อสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา พยาบาลในชุมชนใช้ทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้ฝึกในขั้นเตรียมการในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยซึ่งได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยาบาลในชุมชนทำการติดตามเยี่ยม ให้การบ้าน ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม หรือปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ พยาบาลในชุมชนใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหาสาเหตุของปัญหา หากเกิดจากการขาดความรู้ ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา หากเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา เสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา และติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม เป็นต้น

ตารางที่ 2 ตารางกำหนดการโครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบเปลี่ยนผ่าน

เวลา	กิจกรรม
08.30-09.00 น.	ชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ ของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบเปลี่ยนผ่าน
09.00-9.30 น.	บรรยาย หัวข้อ “แนวคิดรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM)” วิทยากรโดย นางสาวดวงกมล สระบุรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
09.30-12.00 น.	บรรยายและทำกิจกรรม หัวข้อ “ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา และการดูแลผู้ป่วยทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนในชุมชน การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่า การเจรจาต่อรองและการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ” วิทยากรโดย นางสาวดวงกมล สระบุรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	บรรยาย หัวข้อ “การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Interpersonal relationship)” วิทยากรโดย นางสาวดวงกมล สระบุรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
14.00- 16.00	แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเกิดความรู้และเข้าใจเรื่อง “การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทั้ง 4 ระยะ” วิทยากรโดย นางสาวดวงกมล สระบุรี และคณะ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
16.00-17.00 น.	สรุปและอภิปรายผล

หมายเหตุ : เวลา 10.30 – 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่างในห้องประชุม

เวลา 15.00 – 15.15 น. พักรับประทานอาหารว่างในห้องประชุม

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกลับเป็นซ้ำของโรค

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลเปลี่ยนผ่าน
2. ผู้ป่วยบอกถึงความสำคัญของการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพยาบาลได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุของปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกลับเป็นซ้ำของโรคได้

สาระสำคัญ

พยาบาลเปลี่ยนผ่าน (Transition nurse) เริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BRIEF-THAI) จนกระทั่งสัมพันธภาพสามารถดำเนินเข้าสู่ระยะระบุปัญหา เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย และดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดผู้ป่วย ตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM) ของ Forchuk et al. (2002) ซึ่งให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการ ที่ทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ดังนั้น เพื่อให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยในขั้นต่อไป จึงต้องตระหนักความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)
2. ใบงานที่ 1/2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)
3. แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับทำกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป ทำการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952)
2. ผู้วิจัยกำหนดข้อตกลง และระยะเวลา ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพบำบัดกับผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยชี้ให้ผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล
5. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟัง ยอมรับในตัวผู้ป่วยโดยกำหนดระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถระบุปัญหาของตนเองได้
6. ผู้วิจัยประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยา ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด
7. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเริ่มแรกในการสนทนาเพื่อการบำบัดให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยให้ความสนใจและร่วมพูดคุยตอบคำถาม แสดงความคิดเห็น มีผู้ป่วยบางรายที่ยังเมื่อสร้างสัมพันธภาพยังอาย ไม่ค่อยกล้าตอบคำถาม และบางรายมีการทดสอบพยาบาล เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตและ ข้อตกลง รวมถึงแสดงท่าทีใส่ใจผู้ป่วย ผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยและเริ่มเชื่อมั่น สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ หลังการสนทนาผู้ป่วยให้ความสนใจ บางรายสอบถามถึงกำหนดการในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงการบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ขาดยาหมอ เห็นว่ามันดีก็เลยหยุดกินยา”

“ยามันแรง ทำงานไม่ได้ ดีแล้วเลยไม่กิน”

“กินยาตลอด กินกาแพวันละ 3 ซองกับสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเอง”

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาที่พบ (ใบงานที่ 1/1) เป็นเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และความเข้าใจเกี่ยวอาการของโรคจิตเภท ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (ใบงานที่ 1/2) ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเมื่ออาการทุเลาจะหยุดรับประทานยาเอง หรือเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา หรือยารบกวนการทำงานทำให้ตนเองทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายเมื่อตนเองอาการทุเลา คิดว่าตนเองหายป่วยจึงหยุดยาเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองอาการดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“กินยาแล้วมันไม่มีแรง ขามันอ่อนนะหมอ พอไปทำงานก็ไม่ได้ ก็เลยหยุดกิน”

“ออกจากโรงพยาบาล อาการมันดี พอยาหมดก็เลยไม่มาเอา”

“กินมานานแล้วหมอ ก็คิดว่าหาย เลยไม่มาเอายาไป”

“มันง่วงตลอดเลย ทำงานก็ไม่ได้ ตื่นก็สาย คนที่บ้านก็บ่น ก็เลยกินเป็นบางอัน”

จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปบทวนเนื้อหาการสนทนากับผู้ป่วยแต่ละราย ได้ให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวช และการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พยาบาลเปลี่ยนผ่านได้เป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ค้นพบ
2. ผู้ป่วยได้บอกถึงปัญหาและความต้องการของตนเองเช่น ปัญหาการเลือกไม่รับประทานยารักษาอาการทางจิตเวชบางชนิดเนื่องจากง่วงมากเกินไปจนทำงานไม่ได้ ปัญหาการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาตามสภาพปัญหาของตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2

1. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงปัญหาและความต้องการของตนเองได้
2. ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝน และการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยร่วมวางแผนการจำหน่ายตนเองกับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน

4. ผู้ป่วยสามารถบอกแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆที่มีในชุมชนได้

สาระสำคัญ

เมื่อเข้าสู่ระยะระบอบปัญหา ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือได้ เกิดความไว้วางใจ เริ่มจะยอมรับปัญหาและรู้สึกว่าคุณเองมีความพร้อม มีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยพยาบาลเปลี่ยนผ่านจะต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกหมดหวังของผู้ป่วยบรรเทา และรู้สึกว่าเขาก็เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยในการแก้ไขปัญหานั้นพยาบาลเปลี่ยนผ่านต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพว่าผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการเป็นอย่างไร ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือต้องได้รับการฝึกฝนและได้รับความรู้ในด้านใดบ้าง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 หากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาควรทำอย่างไร
2. ใบงานที่ 2/2 อาการเตือนและการจัดการ
3. ใบงานที่ 2/3 มาประเมินความเครียดกันเถอะ
4. ใบงานที่ 2/4 มาผ่อนคลายความเครียดกันเถอะ
5. ใบงานที่ 2/5 ฮีโร่
6. แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (ผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989))
7. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษา
8. ใบความรู้ที่ 2/2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
9. ใบความรู้ที่ 2/3 ความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียด
10. ดินสอ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดดูแลผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยค้นหาปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ร่วมกับผู้ป่วย และคอยสนับสนุน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมี

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรค และสร้างความตระหนักในการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 2/1, 2/2

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2/1

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำแก่ผู้ป่วย ตามใบความรู้ที่ ใบความรู้ที่ 2/2, 2/3 จากนั้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2/2 , 2/3 และ 2/4

6. ผู้วิจัยอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสำรวจถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ตนเองมี และแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย

การประเมินผล

จากการการสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ร่วมตอบข้อซักถามและแสดงความคิดเห็น สามารถบอกปัญหาของตนเองได้ โดยจากการที่ให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบงาน เกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงจากยา (ใบงานที่ 2/1) พบว่า ผู้ป่วยทราบว่าตนเองต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาการทุเลา เมื่อทำกิจกรรมผู้ป่วยสามารถจับคู่ได้ โดยจากการสอบถามผู้ป่วยอาการข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ป่วยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำบ่อย ท้องผูก หน้ามือ อ่อนเพลีย ง่วงมาก เมื่อสอบถามแนวทางในการแก้ไขของผู้ป่วยพบว่า บางรายมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“คอมันแห้ง ขมคอ ก็กินน้ำบ่อยๆ เอา กินทีละแก้ว”

“มันง่วงก็กินกาแฟเอาตอนเช้าๆ พอหายง่วง บ่ายก็อีกแก้วเดียวเอง”

และจากการสอบถามผู้ป่วยถึงการจัดการหากกระทบการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่ปรับยาหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“มันง่วงมาก เช้าๆ ตื่นไม่ได้ ไม่ไหว ก็เลือกกินเอา ไม่กินยาก่อนนอน”

“มันไม่มีแรง ทำอะไรก็เหนื่อย ปากก็เลยเลิกกิน พอเลิกก็ทำงานได้ปกติ”

“ผมไปที่โรงพยาบาลเอายามากิน แต่ถ้ามันลื่นแข็งๆ ก็กินยา B5 เพิ่มเอง หมอไม่ได้บอกหรอก”

จากการสอบถามถึงการสังเกตอาการเตือนและการจัดการ (ใบงานที่ 2/2) พบว่าผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีอาการอย่างไรก่อนมาโรงพยาบาล แต่ไม่ทราบว่าอะไรคืออาการเตือนก่อนที่อาการจะกำเริบ แต่สามารถบอกวิธีการจัดการเพื่อให้ตนเองอาการทุเลา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ที่มาโรงพยาบาลก็เพราะกินเหล้า มีหูแว่ว กลัวเค้ามาฆ่า เห็นผีมาหลอกเต็มไปหมด พอเป็นก็หยุดกินเหล้า แต่มันก็ไม่หาย”

“มันนอนไม่หลับหมอ แล้วก็คิดไปทั่ว หงุดหงิดง่ายใครพูดอะไรก็ไม่ถูกใจ พยายามเดินหนีแล้ว แต่พอทนไม่ไหวก็ด่าเค้าไปทั่วแหละ จนเค้าจับมาโรงพยาบาล”

เมื่อให้ทำแบบประเมินความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียด (ใบงานที่ 2/3, ใบงานที่ 2/4) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยส่วนมากเครียดเรื่องการกลับบ้าน เป็นห่วงครอบครัว และงานของตนเองที่ค้างอยู่ เมื่อสอบถามแนวทางการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการคลายเครียดสำหรับตนเองได้ เช่น การดูโทรทัศน์ การพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เป็นต้น การคลายเครียดเมื่ออยู่บ้าน เช่น ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ พุดคุยกับญาติ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลาเครียดๆ ก็ทำงานบ้านค่ะ จะได้ไม่ว่าง พอว่างก็คิดมากอีก”

“หงุดหงิดก็เดินหนี ออกไปเดินเล่นนอกบ้าน ไปคุยกับคนโน้น คนนี้ สบายใจค่อยกลับ”

เมื่อฝึกกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ เมื่อจบกิจกรรมสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกสงบ และสบายใจขึ้น คิดว่าตนเองสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ทำแล้วสบายใจดีครับ ผมว่าถ้าทำเองน่าจะดี”

“ดีจังเลยคะ ทำแล้วสบายใจขึ้น”

จากการสอบถามถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้ป่วย (ใบงานที่ 2/5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตนเองบางแห่ง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ญาติ รพ.สต. ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ เวลาทำอะไรก็คุยกับ พ่อ แม่ ญาติพี่น้องกันนี่แหละหมอ ไม่ได้ไปหาใครหรอก”

“ก็ไปหาหมออนามัยแหละจ้า หมอเล็กแกใจดี มีอะไรก็บอกแก”

ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้ป่วย วิธีการขอความช่วยเหลือ รวมถึงให้ข้อมูลเรื่องผู้ป่วยจะได้รับเมื่อเข้าไปขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ

ในระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ สนใจในการทำกิจกรรมและตอบข้อซักถาม แสดงความคิดเห็น พุดคุยถึงปัญหาของตนเอง และร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับปัญหาของตนเองได้ จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นตามที่ผู้ป่วยเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง โรค สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม รวมถึงเรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าไปขอรับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาและวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช รวมถึงการจัดการกับความเครียดและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตนเองได้มากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับประทานยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้ประสานเภสัชกรเพื่อเข้ามาประเมิน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพิ่มเติม รวมถึงการแจ้งแพทย์เพื่อปรับการรักษาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้ป่วยใน ทีมสหวิชาชีพ

ระยะเวลา 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสามารถดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3

1. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในวางแผนการจำหน่ายของตนเอง
2. ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนจนมีความพร้อมสามารถดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สาระสำคัญ

ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านและผู้ป่วยต้องวางแผนการจำหน่ายร่วมกันเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านไปสู่ชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ตามศักยภาพและความต้องการของตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1
2. ใบประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
3. ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยร่วมวางแผนการจำหน่ายกับผู้ป่วย ตามใบงานที่ 3/1 และ 3/2
2. ผู้วิจัยร่วมวางแผนการจำหน่ายกับพยาบาลผู้ป่วยใน และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ข้อมูลจากใบงาน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกไปสู่ชุมชน
3. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากใบประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

การประเมินผล

จากการที่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (ใบงานที่ 3/1, ใบงานที่ 3/2) ผู้ป่วยมีการวางแผนเมื่อกลับบ้านจะกลับไปประกอบอาชีพ บางส่วนจะช่วยเหลือญาติทำงานบ้าน และดูแลตนเองให้อาการทุเลาจึงจะกลับไปประกอบอาชีพ สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลเมื่อกลับไปอยู่บ้านคือ การต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะทำงานไม่ไหว กลัวญาติไม่เข้าใจ ดังตัวอย่าง เช่น

“กลับไปก็ว่าจะช่วยแม่ทำงานอยู่ที่บ้านก่อน แล้วค่อยไปหางานทำ”

ส่วนในการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย พบว่า สิ่งที่ญาติกังวลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านคือ กลัวผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา กลัวทิ้งยา กลัวรับประทานยาไม่ต่อเนื่องแล้วทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ ดังตัวอย่างคำพูดของญาติผู้ป่วย ต่อไปนี้

“มันจะยอมกินยามียละลายหมี ยายก็กลัวมันทิ้งยาอีก พอไม่กินยามันก็อาละวาดฉันนะ”

“ถ้าเค้ากินยากี่ทีคะคุณหมอ พอกินยาอาการก็ดี กลัวแต่จะไม่กินนี่แหละ”

ส่วนด้านความรู้สึกและทัศนคติของญาติและคนในชุมชน พบว่า ญาติส่วนใหญ่รู้สึกกลัวและกังวล แต่ยังให้ออกาสผู้ป่วยในการดูแลตนเองและกลับไปอยู่ที่บ้าน เมื่อถามถึงคนในชุมชนญาติแจ้งว่า คนในชุมชนรับทราบ และสามารถยินยอมรับผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำพูดของญาติ ต่อไปนี้

“เค้าก็รู้กันหมดแหละหมอมั่นป่วย แต่เค้าก็ถือสาหวั่นดอก ปล่อยให้มันไป ไม่ยุ่ง”

การวางแผนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องของการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง พยายามไม่กระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ผมจะช่วยแม่เค้าดูเรื่องกินยา ต้องพูดบอกดีๆ อยากทำอะไรก็ปล่อยให้ไป ไม่เข้าซี่ เดี่ยวหงุดหงิดกัน”

“ก็ปะแหละให้กินยานี้แหละ ชอบคนพูดดีๆด้วย อารมณ์ดีก็กินยาเองได้”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ และแนะนำวิธีการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน การสื่อสารพูดคุยระหว่างญาติกับผู้ป่วย รวมถึงวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลในชุมชน

ระยะเวลา 1 วัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลในชุมชนผู้ที่จะมาทำหน้าที่ต่อไปในการเปลี่ยนผ่าน การดูแลผู้ป่วยจากในโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอบรมและชี้แจงโครงการ เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรม ทั้ง 7 เรื่อง เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย
3. เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลในชุมชนได้
2. พยาบาลในชุมชนทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้ารับการอบรมครั้งนี้
3. พยาบาลในชุมชนมีความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย
4. พยาบาลในชุมชนทราบถึงความสำคัญและปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
5. พยาบาลในชุมชนมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย

สาระสำคัญ

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน พยาบาลในชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลในชุมชนให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านและบทบาทของพยาบาลในชุมชน 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4) ทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด 5) การพัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6) การสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง 7) ทักษะการเจรจาต่อรองและแนวทางการจัดการช่วยเหลือบุคคลในระยะวิกฤติ เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงสาเหตุของปัญหา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนโดยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต่อเนื่องและยาวนานกว่ากับพยาบาลเปลี่ยนผ่าน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา(สุนันท์ จำรูญ สวัสดิ์ ,2536)
2. ใบงานที่ 4/2 แหล่งสนับสนุนในชุมชน และการพัฒนาทักษะทางสังคม
3. ใบงานที่ 4/3 การจัดการภาวะวิกฤติในผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบงานที่ 4/4 คู่ฉัน คู่เธอ
5. ใบงานที่ 4/5 อุปสรรคระหว่างเรา
6. ใบงานที่ 4/6 ระยะของสัมพันธภาพ
7. ใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และแนวทางในการดูแลรักษา
8. ใบความรู้ที่ 4/2 แหล่งสนับสนุนในชุมชน การพัฒนาทักษะทางสังคม และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเภท
9. ใบความรู้ที่ 4/3 ทักษะการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด
10. ใบความรู้ที่ 4/4การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท
11. ใบความรู้ที่ 4/5 การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะวิกฤติ
12. ใบความรู้ที่ 4/6 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
13. ใบความรู้ที่ 4/7 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ
14. ใบความรู้ที่ 4/8 ระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎีของเพพพ ลาว
15. กระดาษฟิวชาร์จ
16. กระดาษ Post it
17. ปากกาลูกลื่น
18. ปากกาเขียนไวท์บอร์ด
19. คู่มือความรู้สำหรับพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบการ จำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและ เกริ่นถึงที่มาและความจำเป็นของการนำแนวคิดรูปแบบ การจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนทำแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ก่อนการอบรม ใบงานที่ 2/1
3. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม เกมตาจ้องตา จากนั้น ให้สงบนิ่ง 1 นาที เพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่การทำกิจกรรม

4. ผู้วิจัยบรรยาย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 4/1
 5. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ทำใบงานที่ 4/2
 6. ผู้วิจัยสรุป ถอดบทเรียนและสรุปจากการนำเสนอของผู้เรียน ตามใบความรู้ที่ 2/2
 7. ผู้วิจัยบรรยายตามใบความรู้ที่ 4/3
 8. ผู้วิจัยบรรยายตามใบความรู้ที่ 4/4
 9. ผู้วิจัยบรรยายตามใบความรู้ที่ 4/5
 10. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนทำตามใบงานที่ 4/3
 11. ผู้วิจัยสรุป ถอดบทเรียนจากการนำเสนอของพยาบาลในชุมชน
 12. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนแบ่งกลุ่ม ทำตามใบงานที่ 4/4
 13. ผู้วิจัยสรุปผลการทำกิจกรรมตามใบงานที่ 4/4 จากนั้นจึงบรรยายทบทวน สรุปตามใบความรู้ที่ 4/6
 14. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนนำกระดาษที่ตนเองเขียนแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 4/5 แปะไว้ที่บอร์ด “ การสร้างสัมพันธภาพ คือ.....”
 15. ผู้วิจัยสรุปความหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Interpersonal relationship)ตาม ใบความรู้ที่ 4/7
 16. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนทำกิจกรรมตามใบงานที่ 4/6
 17. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนนำกระดาษที่ตนเองเขียนแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 4/6 แปะไว้ที่บอร์ด “ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ ด้านดี.....” “ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ ด้านไม่ดี.....”
 18. ผู้วิจัยสรุปรวบรวมข้อคิดเห็นของพยาบาลในชุมชน เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และเพิ่มเติมตาม ใบความรู้ที่ 4/7
 19. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องระยะของการสร้างสัมพันธภาพ ตามใบความรู้ที่ 4/8
 20. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนทำกิจกรรมใน ใบงานที่ 4/6
 21. ผู้วิจัยสรุป ทบทวนบทเรียนทั้งหมดจากการอบรม ร่วมกับพยาบาลในชุมชน ถึงสิ่งที่ได้รับ การนำไปใช้
 22. ผู้วิจัยให้พยาบาลในชุมชนทำแบบทดสอบ ใบงานที่ 4/1 อีกครั้งหลังได้รับการอบรม
- ผู้วิจัย กล่าวขอบคุณพยาบาลในชุมชนที่มาร่วมกิจกรรม และกล่าวปิดการอบรม

การประเมินผล

จากการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลในชุมชนมีพยาบาลในชุมชนที่ได้รับการอบรมทั้งหมด 30 คน มีพยาบาลที่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน 18 คน พบว่า พยาบาลในชุมชนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มี

ความกระตือรือร้นเป็นอย่างดี แต่เนื่องจากพยาบาลในชุมชนบางแห่งไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมในวันที่ได้จัดได้ จึงได้จัดให้มีการให้ความรู้แก่พยาบาลในชุมชนแบบรายบุคคลด้วย แต่ในการให้ความรู้แก่พยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม เป็นการให้ความรู้เช่นเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่กิจกรรมที่ทำมีความแตกต่างกันโดยในการให้ความรู้รายบุคคล จะให้ความรู้ครบทุกหัวข้อ แต่จะเน้นเกี่ยวกับเนื้อหาที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ปัจจัยที่มีผลรวมถึงกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะต่างๆ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและแนวทางในการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชุมชนที่เกิดจากผู้ป่วย และให้ทำแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในชุมชน

ส่วนในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม พยาบาลในชุมชนได้ร่วมทำกิจกรรมจนครบทุกกิจกรรม ในเรื่องการแสดงบทบาทสมมติตามระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น พยาบาลในชุมชนสามารถแสดงได้ แต่ยังขาดเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่น และทดสอบพยาบาล พยาบาลในชุมชนยังไม่ทราบวิธีในการทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวพยาบาล จึงได้สรุปและเสนอแนะเพิ่มเติมให้หลังจบกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 **ระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

กิจกรรมที่ 5 **การดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน**

กลุ่มเป้าหมาย **ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลในชุมชน**

ระยะเวลา **2 สัปดาห์**

วัตถุประสงค์ทั่วไป

พยาบาลในชุมชน

1. เพื่อให้พยาบาลในชุมชนได้เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยผู้ป่วย
1. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน
2. เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย
3. เพื่อให้สามารถยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

พยาบาลในชุมชน

1. สามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย โดยวัดจากแบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (ผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989))
2. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อหลังจากพยาบาลเปลี่ยนผ่านยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ผู้ป่วย

1. ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลในชุมชน
3. พยาบาลเปลี่ยนผ่านยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ

ระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชนได้มักมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทที่คาบเกี่ยวกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อที่จะทำการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลในชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังคงต้องมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พยาบาลชุมชนเริ่มต้นมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสัมพันธภาพสามารถเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาก็โดยที่มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับพยาบาลในชุมชน ทั้งนี้ที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพระยะดำเนินการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้ พยาบาลเปลี่ยนผ่านจึงสามารถยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือความรู้สำหรับพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
2. ใบงานที่ 5/1 ใบส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและพยาบาลในชุมชนไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกัน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำพยาบาลในชุมชนและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบ
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป และเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952)

3. พยาบาลในชุมชนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะระบุปัญหาของตนเองได้

4. ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989)

5. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 3 ช่องทาง โดย ติดตามเยี่ยมในชุมชน 2 ครั้ง การติดตามทาง เยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง

การประเมินผล

จากการดำเนินกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายเคยมีสัมพันธภาพกับพยาบาลในชุมชนอยู่แล้ว เนื่องจากพยาบาลในชุมชนเคยออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แต่เป็นไปในลักษณะผิวเผิน เมื่อให้พยาบาลในชุมชนดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้พยาบาลในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยในระยะระบุปัญหาหรือแก้ไขปัญหาก็ได้ไม่ยาก ทำให้พยาบาลชุมชนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ในผู้ป่วยบางรายที่เคยโดนหลอกให้ไปโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลาในการพูดคุย ทำความเข้าใจกันช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจึงยอมรับและสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับพยาบาลในชุมชนเช่นเดิม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ผมไม่เป็นไรหรอกหมอ ไม่ต้องมาดูแลผมหรอก ผมหายดีแล้ว”

“ฉันทรมานนี่แหละ เวลาเมื่อไรก็ไปอนาถไปคุยกะหมอ สบายใจดี”

โดยในครั้งแรกที่ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เมื่อประเมินโดยแบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า พยาบาลชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภทถึงระยะระบุปัญหา (Identification phase) ได้ถึงร้อยละ 25 (5 ราย) ส่วนอีกร้อยละ 75 (15 ราย) ยังคงมีสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เมื่อผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภทซ้ำ (2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) พบว่าพยาบาลในชุมชนทั้งหมดสามารถสร้างสัมพันธภาพถึงระยะดำเนินการแก้ไขปัญห (Exploitation phase) กับผู้ป่วยได้

จากการโทรศัพท์ติดตามอาการ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน บางรายกลับไปดื่มสุรา และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จนทำให้เริ่มมีเสียงแว่ว ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลในการช่วยเหลือ และวิธีการจัดการหากเกิดอาการกำเริบหรือรุนแรงขึ้น ส่วนใหญ่เมื่อมาพบติดตามอาการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอาการทุเลาได้พูดคุยถึงปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีวิธีการในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“กินยากี่ตีหมอ ช่วยงานบ้านได้ ฉันทักพาไปงานรับจ้างด้วย ได้เล็กน้อยๆ ดีกว่าปล่อยให้
อยู่คนเดียว”

“ผมอยู่บ้าน ทำงานบ้าน ทำงานยังไม่ไหว พอให้เฝ้าบ้านให้เวลาพอไปร้องเพลง ไม่ได้ออก
เที่ยวเหมือนแต่ก่อนแล้ว”

“มีแอบไปกินเหล้าเตะหมอ แต่หมอโทรไป บอกมันมันก็เลิกกิน แต่ไม่รู้จะไปแอบกินอีกมัย
หมอช่วยบอกดี”

กิจกรรมที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้
อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความต้องการและความรู้สึกของกันและกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จะ
ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชน
ได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการรับทราบบทบาทและหน้าที่ของตนเองของทั้ง
ผู้ป่วยและญาติ จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 เพราะเราเข้าใจกัน
2. ใบงานที่ 6/2 การสื่อสารที่ดี
3. ใบงานที่ 6/3 ช่วยฉันหน่อยนะ
4. ใบความรู้ที่ 6/1 การสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ และเกริ่นถึงความสำคัญและบทบาทของครอบครัว
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามใบงานที่ 2 และผู้วิจัยช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์(สัปดาห์ที่ 2)
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมตามใบงานที่ 3
5. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม รวมถึงสอบถามความรู้สึก ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งแจ้งช่องทางที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถใช้ได้

การประเมินผล

จากการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (ใบงานที่ 1) พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ และมีการแสดงความคิดเห็นระหว่างญาติและผู้ป่วย เมื่อผ่านการฝึก ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี เมื่อได้ปฏิบัติแล้วทำให้ความรู้สึกที่มีต่อกันในปัญหาที่เคยเกิดขึ้นต่างไปจากเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ไม่ต่อต้าน การสื่อสารที่เป็นปัญหา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่าง เช่น

“พอเค้าไม่กินยา ก็บ่น ก็ด่า เค้าก็ไม่พอใจ หงุดหงิดอาละวาดใส่เลยก็มี”

“เวลาเราพูดไม่ดี เค้าน้อยใจเรา ไม่พอใจ เค้าไปนอนข้างบนไง ก็แย่วลงมาตามร่อง หลานกับเสื้อผ้านี้เปียกเลย”

“น้องชอบมาว่า หาว่าไม่ทำงานมั่ง ก็ไม่ยากให้เค้าว่า พอเค้าว่ามาก็เลยทำประชดเลย สะใจดี”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติเล่า พร้อมทั้งสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงให้ความรู้เรื่องการสื่อสารและข้อควรปฏิบัติในการสื่อสาร และให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมกันฝึก ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“วันนี้กินยาเอง เก่งมากลูก”

“วันนี้ช่วยพี่ทำงานบ้านด้วย ดีจังเลย ชอบใจมากนะ ช่วยพี่ได้เยอะเลย”

“ขอบคุณป้าครับที่ช่วยดูแลผมแทนพ่อ”

หลังทำกิจกรรม ผู้ป่วยและญาติสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำกลับไปใช้ในครอบครัว จากการลองฝึกสื่อสารทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่ามีสัมพันธภาพระหว่างกันดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยพยาบาลในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

สำหรับพยาบาลในชุมชน

1. เพื่อให้สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ต่อเนื่องในชุมชน
2. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

สำหรับผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนจากพยาบาลในชุมชน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

ผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลในชุมชน
2. ผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับพยาบาลในชุมชน
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI)
4. ผู้ป่วยสามารถสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพยาบาลเปลี่ยนผ่านได้

พยาบาลในชุมชน

1. สามารถมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้
2. มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนได้

สาระสำคัญ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลในชุมชนสร้างสัมพันธภาพระยะดำเนินการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้ พยาบาลเปลี่ยนผ่านยังคงต้องทำหน้าที่ติดตามและคอยเป็นที่เล็งในการดูแลผู้ป่วยให้แก่พยาบาลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7/1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย
2. คู่มือความรู้สำหรับพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทำการติดตาม และคอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในชุมชน ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พยาบาลในชุมชนค้นพบ
2. ผู้วิจัยประเมินระยะของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพ Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989) จากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมพยาบาลในชุมชนทุกครั้ง
3. ผู้วิจัยสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเมื่อพยาบาลในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยในระยะแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลในชุมชน ขณะพูดคุยมีสีหน้าแจ่มใส มีความกระตือรือร้นในการตอบคำถาม สามารถสื่อสาร บอกเล่าความต้องการและปัญหาของตนเองได้ รวมถึงสามารถสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับนักศึกษา (พยาบาลเปลี่ยนผ่าน) ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง คิดว่าสามารถดูแลตนเองต่อไปได้ แม้ว่าจะไม่มีพยาบาลเปลี่ยนผ่านคอยดูแล

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาทำการวัดผล โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและและการรักษาด้วยยา แบบประเมินความรู้สำหรับพยาบาลในชุมชน และแบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยแสดงผลการกำกับการศึกษา ในตารางที่ 3, 4 และ 5 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้ความรู้

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท		
	ก่อน	หลัง	ผลต่างของคะแนน
1	13	19	6
2	14	19	5
3	18	20	2
4	17	20	3
5	12	18	6
6	13	18	5
7	17	20	3
8	14	19	5
9	16	18	2
10	14	18	4
11	18	20	2
12	11	19	8
13	15	18	3
14	12	19	7
15	14	20	6
16	16	20	4
17	17	19	2
18	10	18	8
19	13	18	5
20	12	19	7
คะแนนรวมเฉลี่ย	14.3	18.95	4.56

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้เฉลี่ยรวม 14.3 คะแนน ภายหลังการให้ความรู้ คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (18 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 18.95 คะแนน

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชน ก่อนและหลังการให้ความรู้

ลำดับที่	คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชน		
	ก่อน	หลัง	ผลต่างของคะแนน
1	18	26	8
2	20	29	9
3	22	28	6
4	17	26	9
5	21	29	8
6	25	30	5
7	22	30	8
8	23	29	6
9	19	25	6
10	18	24	6
11	19	25	6
12	19	25	6
13	20	27	7
14	21	28	7
15	20	28	8
16	22	27	5
17	24	30	6
18	26	30	4
19	17	27	10
20	18	26	8
21	19	27	8
22	23	30	7
23	22	28	6
24	21	27	6
25	18	26	8
26	19	25	6
27	20	25	5

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชน ก่อนและหลังการให้ความรู้ (ต่อ)

ลำดับที่	คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชน		
	ก่อน	หลัง	ผลต่างของคะแนน
28	22	27	5
29	21	25	4
30	23	26	3
คะแนนเฉลี่ย	21	27	7

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนความรู้ของพยาบาลในชุมชนทุกคน มีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 คะแนน) โดยได้คะแนนเฉลี่ย 27 คะแนน



ตารางที่ 5 ระยะเวลาของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท คู่ ที่	ระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา
2	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
3	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
4	ระยะระบุปัญหา	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
5	ระยะระบุปัญหา	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
6	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
7	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
8	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
9	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
10	ระยะระบุปัญหา	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
11	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
12	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
13	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
14	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา
15	ระยะระบุปัญหา	ระยะดำเนินการแก้ไข

		ปัญหา
16	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข
		ปัญหา
17	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข
		ปัญหา
18	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข
		ปัญหา
19	ระยะเริ่มต้น	ระยะดำเนินการแก้ไข
		ปัญหา
20	ระยะระบุปัญหา	ระยะดำเนินการแก้ไข
		ปัญหา

จากตาราง 5 พบว่า ในครั้งที่ 1 ที่พยาบาลในชุมชนเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลในชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถึงระยะระบุปัญหา (Identification) ได้ถึงร้อยละ 25 (5 ราย) ในครั้งที่ 2 (2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล) พบว่า พยาบาลในชุมชนทุกคน (ร้อยละ 100) สามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถึงระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ให้แก่ผู้ป่วยได้

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

3.1 ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Pre-test) ในวันแรกที่ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ในวันที่ 8 มีนาคม 2559

3.2 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คือหลังผู้ป่วยจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอขอบคุณจากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70.0	14	70.0	28	70.0
หญิง	6	30.0	6	30.0	12	30.0
อายุ						
20 – 29 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
30 – 39 ปี	5	25.0	8	40.0	13	32.5
40 – 49 ปี	7	35.0	5	25.0	12	30.0
50 – 59 ปี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	11	55.0	14	70.0	25	62.5
คู่	3	15.0	3	15.0	6	15
หม้าย/ หย่า/แยก/ร้าง	6	30.0	3	15.0	9	22.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50.0	10	50.0	20	50
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.0	5	25.0	11	27.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	3	15.0	3	15.0	6	15.0
อนุปริญญา/ปวส.	1	5.0	2	10.0	3	7.5
อาชีพ						
งานบ้าน	5	25.0	9	45.0	14	35.0
รับจ้าง	9	45.0	8	40.0	17	42.5
เกษตรกรกรรม	2	10.0	3	15.0	5	12.5
ค้าขาย	4	20.0	0	0.0	4	10.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้าง ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30– 39 ปี สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพงานบ้าน

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลเมื่อป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	12	60	12	60.0	24	60
ไม่เพียงพอ	8	40	8	40.0	16	40
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
2 - 5 ปี	10	50	10	50.0	19	47.5
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	10	50	10	50.0	21	52.5
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1 - 5 ครั้ง	7	35.0	9	45.0	16	40
6 - 10 ครั้ง	9	45.0	7	35.0	16	40
10 ครั้งขึ้นไป	4	20.0	4	20.0	8	20
ผู้ดูแลเมื่อป่วย						
บิดา / มารดา	6	30.0	10	50.0	16	40
สามี / ภรรยา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
บุตร / หลาน	5	25.0	0	0.0	5	12.5
ป้า/ ลุง/ น้า/ อา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ปู่/ ย่า/ ตา/ ยาย	2	10.0	0	0.0	2	5
พี่/ น้อง	5	25.0	6	30.0	11	27.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6-10 ครั้ง และผู้ดูแลเมื่อป่วย คือ บิดา มารดา ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ มีจำนวนปีที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง และผู้ดูแลเมื่อป่วย คือ บิดา มารดา โดยผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (N= 20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	23.80	3.381	25.40	2.683	3.655*	19	.002
ด้านจิตใจ	20.15	2.943	20.65	2.455	2.364*	19	.029
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.30	1.658	9.45	1.572	1.371	19	.186
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.70	2.697	26.95	2.089	.815	19	.425

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ โดยระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (N=20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	24.00	2.636	27.10	1.619	6.765*	19	.000
ด้านจิตใจ	22.25	3.127	24.50	2.351	4.851*	19	.000
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.80	1.576	10.85	1.663	3.943*	19	.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.25	4.898	29.10	3.905	3.510*	19	.002

*p < .002

จากตารางที่ 9 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาพรวม และจำแนกเป็นรายด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 โดย คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งโดยรวม และด้านย่อยทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง (N=กลุ่มละ 20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	X	S.D.	X	S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	23.80	3.381	24.00	2.636	.209	38	.836
ด้านจิตใจ	20.15	2.943	22.25	3.127	2.187*	38	.035
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.30	1.658	9.80	1.576	.978	38	.334
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.70	2.697	26.25	4.898	-3.60	38	.721

*p < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เฉพาะคุณภาพชีวิตรายด้านจิตใจ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง (N=กลุ่มละ 20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	25.40	2.683	27.10	1.619	2.426*	38	.020
ด้านจิตใจ	20.65	2.455	24.50	2.351	5.065*	38	.000
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.45	1.572	10.85	1.663	2.736*	38	.009
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.95	2.089	29.10	3.905	2.171*	38	.036

*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มทดลองสูงขึ้นไปกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในภาพรวม และคุณภาพชีวิต รายด้าน ทั้ง 4 ด้าน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (N=กลุ่มละ 20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง		t.	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มควบคุม	86.65	8.022	89.65	6.426	4.199*	19	.000
กลุ่มทดลอง	88.35	9.880	99.25	7.772	8.576*	19	.000

*p < .001

จากตารางที่ 12 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.576 และ 4.199 ตามลำดับ)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N= กลุ่มละ 20)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t.	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ก่อนการทดลอง	86.65	8.022	88.35	9.880	.597	19	.554
หลังทดลอง	89.65	6.426	99.25	7.772	4.257*	19	.000

*p < .001

จากตารางที่ 13 พบว่า คุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= .597) ส่วนคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 4.257)

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนกับหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) เป็นการศึกษาการใช้รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แลมีการติดตามต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 8 มี.ค. 2559 ถึง 10 พฤษภาคม 2559 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20-59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ใน จ. นครราชสีมา โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจงพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

Inclusion Criteria ผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยในระยะเตรียมวางแผนการจำหน่าย โดยประเมินจากแบบประเมินสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS) HoNos ข้อ 1.1 และ 1.2 ได้ค่าคะแนนไม่เกิน 2 คะแนน

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ค่าคะแนน BPRS < 30 คะแนน

3. มีจำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติของพยาธิสภาพสมอง

2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง

3. กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model: TDM) ตามแนวคิดของ Forchuk et al. (2002) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน ทั้งหมด 7 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 4 การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 5 การดูแลที่เชื่อมต่อซอกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยพยาบาลในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL -BREF -THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2545) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1)ร่างกาย 2)ด้านจิตใจ 3)ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4)ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม 2 ข้อ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานจึงไม่ได้หาค่าความตรงของเนื้อหาใหม่ เมื่อนำข้อมูลไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เป็นเครื่องมือการประเมินระยะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Peplau (1952) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989) เพื่อใช้ในการประเมินระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทั้งระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วยจิตเภท และพยาบาลในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเภทว่าเข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขหรือไม่ โดยมีค่า Cohen's kappa coefficient เท่ากับ .42 (Forchuk and Brown, 1989) เนื่องจากในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านทั้งพยาบาลเปลี่ยนผ่าน และพยาบาลในชุมชนต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพให้เข้าสู่ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาจึงจะถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ อันจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์และใช้การ plot graph เพื่อดูความคืบหน้าของระยะสัมพันธภาพของผู้ป่วย โดยดูได้จากการสรุปพฤติกรรมแต่ละระยะของผู้ป่วยในตารางด้านล่างเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้

โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 ท่านพบว่า มีความครบถ้วนของเนื้อหาและเหมาะสมกับคนไทยโดยค่าความเที่ยงตรงระหว่างแบบประเมินกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ได้เท่ากับ .80 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3.2 ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา โดยปรับปรุงจากการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0

คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยามาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20:20Kr) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

3.3 แบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจาก แบบประเมินความรู้เรื่องแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของสุรวุฒิ เพ็งเกล็ด (2550) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชนมาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น เมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลในชุมชนที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20:20Kr) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลองพัฒนารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และแบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จากนั้นประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลองพัฒนาแบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลอง สำหรับในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่ การเข้ากลุ่มความรู้เรื่องโรคจิต และการปฏิบัติตัว คำแนะนำปรึกษาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน สามารถสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐาน 2 ประการ นั่นคือ

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลจากการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

จากการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยพัฒนาจากรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional discharge model) ของ Forchuk et al. (2002) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปลี่ยนผ่านเริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ตามแนวคิดการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) อันเป็นจุดเริ่มต้นซึ่งนำไปสู่สัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าสู่ระยะระบุดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัด ที่ทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เป็นกิจกรรมที่เน้นช่วยแก้ไขปัญหามาให้แกผู้ป่วย โดยอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการค้นหาปัญหา และโดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาของตนเอง นำไปสู่การพัฒนาการดูแลตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลคือ การไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อมและขาดทักษะในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; โปริยทิพย์ กสิพันธ์, 2542; Forchuk, 2012) ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลต่อการดูแลตนเองและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามมา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงการเตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 2. ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในชุมชน จากการดำเนินกิจกรรมทำให้พยาบาลในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น เรื่องของการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน หรือพฤติกรรมที่ไม่ดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al.(1992) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญสุตา บุญทศ และคณะ (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและ

แรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยร่วมกับชุมชนได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ (2552) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพให้แก่พยาบาลในชุมชนจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้สูงขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 5 การดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดช่องว่างที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยจากการได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชนได้มักมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Forchuk (2012) ที่พบว่า การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (transition from hospital to community) เป็นประเด็นที่ซับซ้อนและมีความท้าทาย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ง่าย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงของการเปลี่ยนผ่านนี้ (Forchuk, 2012) ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องจะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) ที่พบว่าเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และการศึกษาของ นรวิรี พุ่มจันทร์ (2548) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งการศึกษาของ หทัยรัฐณ์ วารินทร์ (2555) ที่พบว่าการไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล มีความสัมพันธ์กับการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการกลับป่วยซ้ำส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม

กิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยพยาบาลในชุมชน เป็นกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรสุขภาพในชุมชน ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญแห่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยสำคัญอีก

ประการหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นการศึกษาของ Caron et al.(1998) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช และการศึกษาของ Baker et al.(1992) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ (2554) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยร่วมกับชุมชนได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ (2552) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาและช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถือเป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ (เพชร คันธสายบัว, 2550) เนื่องจากมีส่วนช่วยให้พยาบาลเข้าใจในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ฝึกทักษะในการสร้างความไว้วางใจกับผู้อื่น เกิดความเข้าใจและการยอมรับตนเอง นำไปสู่การค้นหาแนวทางในการดูแลตนเองตามศักยภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเน้นในเรื่องการให้ความรู้ การแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งกระบวนการให้ความรู้เป็นไปในลักษณะการสอน แนะนำ หรือชี้แนะ

จากเหตุผลดังกล่าว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจึงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน เนื่องจากได้มีการจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ แต่ไม่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทุกด้านเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เนื่องจากการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เป็นรูปแบบที่ช่วยลดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลที่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยไปสู่ชุมชน มีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง อีกทั้งการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจตนเอง ค้นหาศักยภาพของตนเอง เกิดความตระหนักถึงปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ สามารถมองเห็นปัญหา เมื่อผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจถึงปัญหาที่จะนำไปสู่การหาแนวทางในการแก้ไขได้ด้วยตนเอง โดยอาจได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ทั้งพยาบาลเปลี่ยนผ่าน และพยาบาลในชุมชน รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling, 1998) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Atkinson, 1996)

ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหลายฉบับ เช่น การศึกษาของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{11}=21.712$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{22}=12.792$, $p < .001$)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นการบำบัดโดยเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้เข้ากลุ่มเพื่อรับความรู้ในเรื่องเดียวกัน เน้นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยไม่คำนึงถึงความต่างของบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และช่วยลดช่องว่างในการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วย จากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนแล้ว (Forchuk et al. 2002) ถือเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท จากเหตุผลดังกล่าว กลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านจึงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการดำเนินการทดลอง พบว่ารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน เป็นรูปแบบการดูแลที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ อีกทั้งยังไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล เนื่องจากเป็น

สิ่งที่ต้องทำเป็นประจำอยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วย แต่ระยะเวลาในการนำไปใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการของผู้ป่วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน นับได้ว่าเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแล จัดการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แสดงถึงศักยภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตในชุมชน ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของพยาบาลในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข อัตราการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ถือเป็นรูปแบบการให้บริการบริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือตนเองสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถสรุปข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

1. ผู้ที่จะนำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านไปใช้ ควรเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เข้าใจในบทบาทของพยาบาล และการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว อีกทั้งควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหาและขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้ตามที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อที่จะตอบสนองและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. ควรมีการติดตามผลของการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและอัตราการป่วยซ้ำ
3. ควรขยายผลโดยการนำรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

4. เนื่องจากทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลในชุมชนพัฒนาทักษะเรื่องนี้ มีการติดตามกำกับ และส่งเสริมเพื่อให้มีการฝึกฝนทักษะอย่างต่อเนื่อง

5. ช่วงระหว่างการดูแลที่เหลื่อมซ้อนกันระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านและพยาบาลในชุมชนในระยะเปลี่ยนผ่าน การติดตามประเมินผล ผู้ดำเนินการต้องมีความพร้อมในการนัดหมาย ทั้งพยาบาลในชุมชนและผู้ป่วยล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง และติดตามผลต่อเป็นระยะๆ เช่น 6 เดือน 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ โปรแกรมจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นนานเพียงใด เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

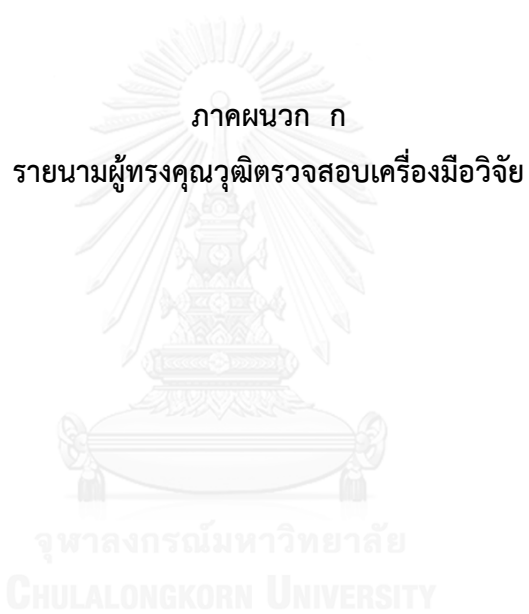
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่ม เพื่อที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลเพื่อผู้ป่วยจิตเวชแต่ละโรคต่อไป

รายการอ้างอิง







รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ธงชัย วชิรพิณพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์
2. อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน	รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.กนกอร ชาวเวียง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
4. นางอำพัน	ศิริณอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสามชุก
5. นางสาวประณีต	ชุ่มพุทรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์ความเชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา



สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S^2} \right]$$

- เมื่อ α คือ ค่าความคงที่ภายใน
 n คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
 $\sum s_i^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบแบบ Independent t-test มีสูตรดังนี้

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{Sp \sqrt{(1/n_1 + 1/n_2)}}$$

$$\text{เมื่อ } Sp^2 = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

- เมื่อ t คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
 D คือ ผลต่างคะแนนในแต่ละคู่
 n คือ จำนวนคู่

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 คำนวณหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f(100)}{n}$$

เมื่อ P = ค่าร้อยละ

f = ผลรวมของข้อมูล

n = จำนวนรวมทั้งหมด

3.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต , 2542 : 68-69)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน

N = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

3.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 :70)

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

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวที่ยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวแล้วยกกำลังสอง

n = จำนวนตัวอย่างของประชากรทั้งหมด

ภาคผนวก ค.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ(ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 - อนุปริญญา/ป.ส.ว.
 - ปริญญาตรี
 - สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - งานบ้าน
 - รับจ้าง
 - ค้าขาย
 - เกษตรกรรม
 - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - อื่นๆ(ระบุ).....
6. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
7. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ ร้าง/ แยก
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-5 ปี มากกว่า 5 ปีขึ้นไป
9. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล
 - 1 – 5 ครั้ง 6 – 10 ครั้ง มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป
10. ผู้ดูแลเมื่อป่วย
 - บิดา/มารดา สามเณร/ภรรยา
 - บุตร/หลาน ป้า/ ลุง/ น้ำ/ อา
 - ปู่/ ย่า/ ตา/ ยาย พี่/ น้อง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BRIEF-THAI)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการบำบัด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่าน มากที่สุดโดย คำตอบมี 5 ตัวเลือก

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่มาก

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียง					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่วันใหม่ (เรื่องงานหรือชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

แบบประเมินความรู้พยาบาลในชุมชน (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิด เป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดและแสดงออกแตกต่างไปจากคนอื่นได้		
3. ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทด้วย		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
30. การผ่อนคลายฝึกสมาธิ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเครียดลง และทำให้รู้สึกสบายขึ้น		

แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีอาการแตกต่างกันได้		
2. หูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้		
3. อาการอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทคือ มีอาการหลงผิด เช่น กลัวว่าจะมีคน มาฆ่า มาทำร้าย		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20. การรับประทานยารักษาโรคจิตไม่จำเป็นต้องเกิดผลข้างเคียงของยาเสมอไป		

แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

(Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989))

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง
คำชี้แจง ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง ให้พยาบาลใช้ แบบประเมินนี้ในการ
ประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละระยะ และทำเครื่องหมาย x ลง
ในช่องที่สัมพันธ์กับระยะของการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบ
ระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ครั้งที่ / วตป	ระยะเริ่มต้น Orientation	ระยะแก้ปัญหา (Working Phase)		ระยะสรุปผล Resolution
		ระบุปัญหา Identification	ดำเนินการ แก้ปัญหา Exploitation	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 วันที่.....

.....
.....
.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

.....
.....
.....

ครั้งที่

.....
.....
.....

ครั้งที่ 6 วันที่.....

.....

.....

.....

ข้อบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

ระยะเริ่มต้น	ระยะแก้ปัญหา		ระยะสรุปผล
	ระบุปัญหา	ดำเนินการแก้ปัญหา	
ผู้ป่วย -ต้องการความช่วยเหลือ -ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง -ซักถามข้อสงสัย -ทดสอบพยาบาล -แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความคาดหวังโดย ยึดเหตุการณ์ในอดีต	-ให้ความร่วมมือในการ ค้นหาปัญหา -คำนึงถึงเวลาที่ใช้ ตอบสนองความ ช่วยเหลือ -ตระหนักว่าพยาบาลคือ บุคคลคนหนึ่ง -สำรวจความรู้สึกของ ตนเอง -.....	-ใช้บริการให้เกิด ประโยชน์มากที่สุด -ตั้งเป้าหมายใหม่ในการ แก้ปัญหา -ใช้ความพยายามเพื่อ ไปสู่ความสำเร็จตาม เป้าหมายที่ตั้งขึ้น -เปลี่ยนแปลง สัมพันธภาพจากการ	-ล้มเลิกความต้องการ แบบเดิม -มีความตั้งใจในการ ดำเนินการไปสู่เป้าหมาย ใหม่ -พยายามพึ่งพาตนเอง พัฒนาทักษะในการ แก้ปัญหา -รักษาแบบแผนการ.....
พยาบาล -แจ้งวัตถุประสงค์ที่มา พบผู้ป่วย และแนะนำตัว -อธิบายบทบาทของทั้ง 2 ฝ่าย -ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา ปัญหา.....	-รักษาเอกลักษณ์ของ บทบาทวิชาชีพ -ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึง ปัญหาใดปัญหาหนึ่งเป็น เรื่องๆไป -ให้การทดสอบพยาบาล ของผู้ป่วยยุติลง.....	-ประเมินผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง -ตอบสนองความ ต้องการหรือแก้ปัญหา ของผู้ป่วย -ทำความเข้าใจและหา สาเหตุที่ทำให้.....	-รักษาสัมพันธภาพตาม ความจำเป็นแก่สถานะของ ผู้ป่วย -ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ กับสมาชิกในครอบครัว -ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุ.....

การแปลผล ในการแปลผลสามารถดูได้จากตารางประเมินระยะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล
 กับผู้ป่วย ซึ่งใช้การพูดคุย การสังเกตพฤติกรรม คำพูด และการแสดงออกที่มีต่อกันมา
 เปรียบเทียบกับข้อมูลในตาราง ข้อบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

คู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรม
“รูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน : Transitional Discharge Model
(TDM)”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสาวดวงกมล สระบุรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการดำเนินการรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

5. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วย
6. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
7. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
8. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกลับเป็นซ้ำของโรค

สาระสำคัญ

พยาบาลเปลี่ยนผ่าน(Transition nurse) เริ่มต้นพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BRIEF-THAI) จนกระทั่งสัมพันธภาพสามารถดำเนินเข้าสู่ระยะระบุปัญหา เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย และ ดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดผู้ป่วย ตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model : TDM) ของ Forchuk et al. (2002) ซึ่งให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยค้นพบและตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ดังนั้น เพื่อให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยในขั้นต่อไป จึงต้องตระหนักความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

5. ใบงานที่ 1/1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา (สุนันท์ จำรุง สวัสดิ์, 2536)
6. ใบงานที่ 1/2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545)

7. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Relationship Form ของ Forchuk and Brown (1989))
8. แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ(2545)
9. ดินสอ



วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลเปลี่ยนผ่าน</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการบำบัดกับพยาบาลได้</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุของปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกลับเป็นซ้ำของโรคได้</p> <p>4. ผู้ป่วยได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI)</p>	<p>■ พยาบาลเปลี่ยนผ่านสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธ์บุคคลของเพนเพลลา (1952) ที่เน้นสังคมหรือประสบการณ์ที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพระหว่างบุคคล (Social or interpersonal experience) และให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในกระบวนการใช้สัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาบาลจะต้องทำหน้าที่คล้ายนักวิเคราะห์จิต ที่ต้องเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตในอดีตและแก้ไขที่สัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการสร้างประสบการณ์การมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลที่เหมาะสมกับผู้บำบัด (healthy relationship with the therapist) ซึ่งในการพัฒนาสัมพันธ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>● ผู้วิจัยกล่าวท้าทาย แนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไป ทำการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธ์คุณภาพระหว่างบุคคลของเพนเพลลา (1952)</p> <p>● ผู้วิจัยกำหนดข้อตกลง และระยะเวลา ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วย</p> <p>● ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธ์คุณภาพบำบัดกับผู้ป่วย</p> <p>● ผู้วิจัยชี้ผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย</p> <p>● ผู้วิจัยชี้ผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยกับพยาบาล</p> <p>● ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยท่าที่เป็นมิตร รับฟัง ยอมรับในตัวผู้ป่วยโดยกำหนดระยะเวลาในการสร้าง</p>	<p>ในงานที่ 1/1</p> <p>ในงานที่ 1/2</p> <p style="text-align: center;">I</p>	<p>● ประเมินจากการสังเกตการณ์ ผู้ป่วยมีท่าทางที่เป็นมิตร การให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง การตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็น</p> <p>● ผู้ป่วยบอกถึงวัตถุประสงค์ และความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วม</p> <p>● ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลสาเหตุของปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ และกลับเป็นซ้ำของโรคได้</p> <p>● สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลเปลี่ยนและผู้ป่วย</p>

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดวงกมล สระบุรี

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 707/4 ม.1 ต.หนองไผ่ล้อม อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-4590997

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการ
ดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ

รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้
มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น
โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยเป็น
กลุ่มที่เตรียมวางแผนการจำหน่าย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 2 ปีขึ้นไป มีคะแนนตามแบบ
ประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและ
สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช
นครราชสีมาราชชนรินทร์ จ. นครราชสีมา จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และ
กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์
อ.เมือง จ.นครราชสีมา ซึ่งมีการตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการ
เจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย และให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับการดูแลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากการ
พยาบาลตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model_TDM) มีผลทำ
ให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่สามารถจัดการกับปัญหาทั้ง 2

ประการอันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) มาเป็นเครื่องมือในการที่ช่วยให้พยาบาลเข้าใจในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจในตัวเอง เกิดการตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ป็นสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยบริการตระหนักถึงตัวปัญหาที่แท้จริงและนำพลังงานที่ใช้ในการหมกมุ่นกับความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม การที่พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยให้ความสำคัญกับหลักการบำบัด 2 ประการ คือ 1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (continuity of therapeutic relationship) โดยให้เกิดความเหลื่อมกัน (overlap) ระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน และ เพื่อนที่เป็นผู้ป่วยด้วยกัน ดังนั้น จึงเป็นรูปแบบการดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงในชุมชน ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้ต้องอาศัยบุคคลที่รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ในการเปลี่ยนผ่าน (transitional nurse) ได้แก่ พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้วิธีการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยใน 3 รูปแบบ คือ 1) ทางโทรศัพท์ 2) การเข้าไปพบผู้ป่วยในชุมชน และ 3) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จนสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนดูแลต่อไป หรือ จนกว่าจะบรรลุตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยไว้ก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ใช้ดำเนินการในรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model_TDM) แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

- 1.) ระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์
- 2.) ระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

นอกจากนี้ในการดำเนินการตามรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่าน (Transitional Discharge Model_TDM) ยังมีช่องทางที่ช่วยสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วย โดยการใช้เพื่อนผู้ป่วยทำหน้าที่เสมือนเป็นที่เลี้ยง คอยให้กำลังใจ และแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีและนำเอารูปแบบไปประยุกต์ใช้งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

การเข้าร่วมกลุ่มเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 3 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ของผู้วิจัยชื่อ นางสาว ดวงกมล สระบุรี บ้านเลขที่707/4 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ 086-4590997

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้าสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดใดในการรายงานที่ จะนำไปสู่ การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน





๓๓๖
๓-๓๐๐-๓๓๓
15/๑

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์

ที่ ศวส ๓๑๕ /๒๕๕๙ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง รออนุมัติเสนอคำโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชระยองราชวิทยาลัย

ตามที่ นางสาวดวงกมล สาระบุรี่ สำนักพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้ส่งคำโครงการวิจัย
ขอรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเสนอคณะกรรมการวิจัยและ
จริยธรรมในมนุษย์ท่านพิจารณา นั้น

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ จึงขอเสนอคำโครงการวิจัยดังกล่าว ซึ่งได้ผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ และได้มอบรายละเอียดคำโครงการวิจัยฉบับนี้
จำนวน ๓ ชุด พร้อมสำเนาการรับรองจริยธรรมการวิจัยที่มีเกี่ยวข้องกับมนุษย์จำนวน ๓ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(Signature)
(นางสาวสวัสดิ์ เชื้อธรรม)

พยานวิชาชีพชำนาญการ
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์

(Handwritten notes)
๓๑๓๑
๓๑๓๑



แบบเสนอตัวโครง งานวิจัย การศึกษาระยะ วิจัยฉบับพิมพ์
เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์

วันที่ ๒ เดือน ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗

เรียน ผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์ *

ข้าพเจ้า (นศน.นพ.นพ.นพ.) น.ศ. ๒๐๐๗๗๕ สาขาจิตเวช ศึกษานิเทศก์ ศึกษานิเทศก์
กลุ่มงานหน่วยงาน... ภาควิชาจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์

มีความประสงค์ขอเสนอตัวโครง งานวิจัย การศึกษาระยะ วิจัยฉบับพิมพ์
ชื่อเรื่อง ภาวะโศกเศร้า และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา

ภาษาอังกฤษ The effect of Transitional Discharge Model On quality of life
of schizophrenic patients.

และได้แนบตัวโครงฉบับพร้อมนี้จำนวน ๓ ชุด เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณด้วย

ลงชื่อ Dr. Sirin ผู้เสนอตัวโครง
(น.ศ. ๒๐๐๗๗๕ สาขาจิตเวช)

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์

- เห็นควรอนุมัติ
- ความเห็นอื่น.....

ลงชื่อ Dr. Sirin ประธานคณะกรรมการวิจัย
(น.ศ. ๒๐๐๗๗๕ สาขาจิตเวช)
วันที่ ๕ เดือน ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ Dr. Sirin
(นางสาวศิริณี สีทองแดง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกวิรินทร์
วันที่

ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย



Duangkamol Saraburi
Nakhon Ratchasima Rajanagarindr Psychiatric Hospital,
No.86, Chang peak Road, Nai maung Sub-district, Maung district,
Nakhon Ratchasima province, 30000 Thailand. Tel : +66885958075, E- mail: dsara0501@gmail.com

August 14, 2014

Dear Dr. Cheryl Forchuk

My name is Miss Duangkamol Saraburi. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "The effect of transitional discharge model on quality of life of schizophrenic patients". I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

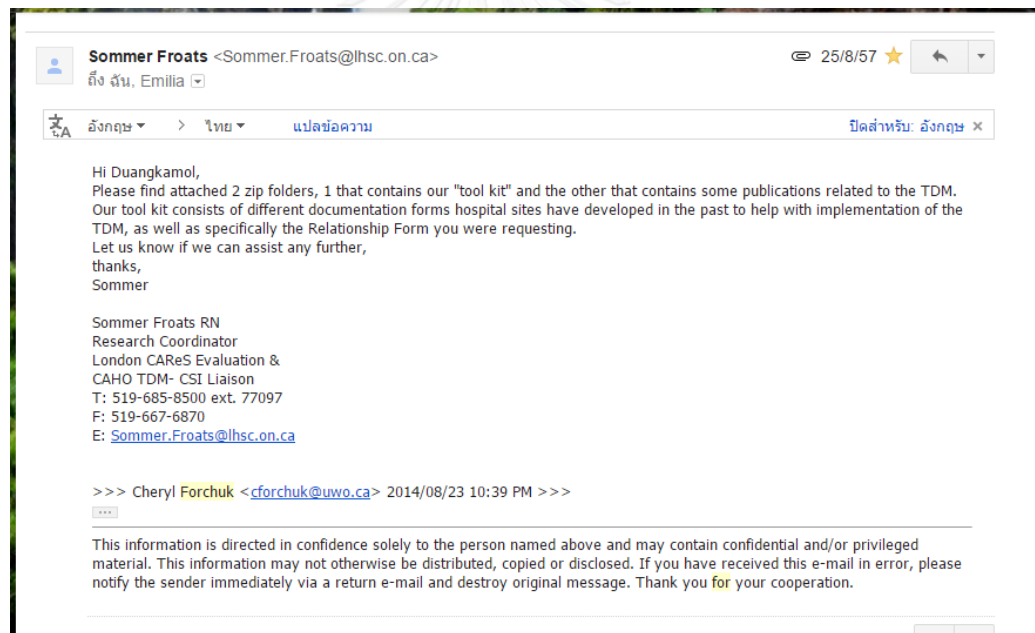
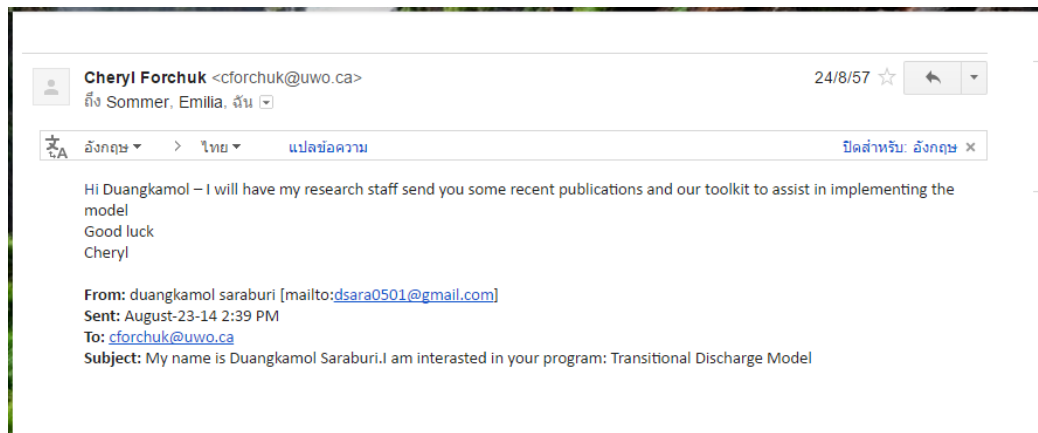
Currently, the problems on high relapse rate after treatment and low quality of life among people with schizophrenia in Thailand are challenging. As a psychiatric nurse, I am interested in increasing the quality of life among these patients. I have reviewed the literature in order to search for the interventions that can be used to overcome this problem and found that your publication in Journal of Canadian Health Services Research Foundation June 2002 entitled "Therapeutic Relationships: From Hospital to Community" will be very helpful for my study. The intervention and findings from your research are very impressive and I am interested in applying your intervention to use with my clients in Thailand. I believe that transitional discharge model (TDM) will be very helpful and could properly be used to improve quality of life of schizophrenic patients in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your intervention protocol (Transitional Discharge Models; TDM) including "the relationship form" and all other instruments that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for improving the quality of life of people with schizophrenia in Thailand. I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my email address: dsara0501@gmail.com or directly contact my thesis advisor: Assistant Professor Dr. Penpaktr Utis, Ph.D., RN, at her E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

Sincerely yours,

Duangkamol Saraburi



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2555. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. ใน *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*, หน้า 119. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. 2555. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 28-40.
- ขวัญสุดา บุญทศ อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณษ อรุณพงศ์ไพศาล. 2554. *การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*.การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554. Srinagarind Med J 2011: 26.
- จอม สุวรรณโน. 2541. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 7(3): 147-154.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 13: 1-13.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์. 2550. เอกสารคำสอนรายวิชาทฤษฎีทางการพยาบาล หน่วยที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ธีรภา ธานี. *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร*. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4975 [23 มิถุนายน 2559]
- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์. 2548. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 13 (3) :146-156.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 11 (1) : 29-40.
- บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร. 2547. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 12(3): 141-149
- ไพบรียพันธ์ุ กสิพันธ์. 2542. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13(2), 55-60.

- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. *การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2544. *เอกสารประกอบการบรรยายการพัฒนาแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเวช*. โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกันานนท์, บรรณาธิการ. 2552. *ตำราโรคจิตเภท Textbook of schizophrenia*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. 2550. *บทความพิเศษ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 1 ฉบับที่ 2: 131-137*.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. 2547. *ตราบาป ซ การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว*. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 18(1), 1-9.
- เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณະไชย, สุบิน สมิน้อย. 2555. *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 113-121.
- ไพรัตน์ พลกษาศาติคุณากร. 2542. *โรคจิตเภท. ในมานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช*, (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ. 2551. *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. 2539. *ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธรรมสารจำกัด.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. 2544. *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. 2542. *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2552. *โรคจิตเภท. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2540. *ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานวิจัย*. *วารสารพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13(1), 19-25.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. *ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 13 : 1-9.

- รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2554. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ. 2552. นิพนธ์ต้นฉบับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 3 ฉบับที่ 1: 1-11.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. 2559. *แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2559*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ. 2558. ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มี.ค. 59) : 68-79.
- วิลาวรรณ เทพโสธร. 2538. *การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- ศิริภัทตรา จุฑามณี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. 2553. ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ*. 94-105.
- ศิริภัทตรา จุฑามณี. 2552. ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2553. *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.สาธารณสุข , กระทรวง. กรมสุขภาพจิต . 2551. *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2551*. นนทบุรี : ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สรินทร เชี่ยวโสธร. 2545. *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาริณี โต้ะทอง. 2548. ผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินชัย วสุนธรา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. 2554. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2541. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒน์มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2545. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัฐณ์ วารินทร์. 2555. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2554. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วี เจ พรินต์ติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Baker, A.F. 1989. Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on Individual family members and the family unit How Families Cope. *Journal of Psychosocial Nursing*. 27: 1-35.
- Bobes, J., and Gonzalez, M.P. 1997. Quality of life in mental disorders. New York : John Wiley & sons.
- Breger, A., Schreiber, J., and Pickar, D., 1991. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archive General Psychiatry*48: 239-246.
- Carson, Verna Benner. 2000. *Mental health nursing: the nurse-patient journey*, Philadelphia: W.B.Saunders.
- Cheryl Forchuk, Mary-lou Martin et al. Integrating the Transitional Relationship Model into Clinical Practice. *Archives of Psychiatric Nursing*26, 5(2012): 374-381.
- Cheryl Forchuk, Mary-lou Martin et al. Integrating an evidenced-based intervention into clinical practice: 'transitional relationship model'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*20, (2013): 584-594.
- Deborah J Coring, Joanne V Cook. Use of Qualitative Method to Explore the Quality of life Construct from a Consumer Perspective. ps.psychiatryonline.org. 2007; 58:240-4.
- Dixon, L., et al., 2001. Evidence-based practices for service to family of people with psychiatric disabilities. *Psychaitric Services*, 52 : 903-910.
- Elizabeth M.V. 1999. *Schizophrenia Disorders.Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*.3rd.Newyork.625-680.
- Ferran, C.E., and Power, M.J. 1985. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advance in nursing Science*8(1): 15-24.
- Ferran, C.E., and Power, M.J. 1992. Psychometric assessment of the Quality of life index. *Research nursing health* 15: 29-38.
- Flanagan, J.C. 1978. A research approach to importing of quality of life. *American Psychologies*31(2): 138-147.
- Forchuk C. & Brown B. 1989. Establishing a nurse-client relationship. *Journal of psychosocial Nursing*. 27, 30-34.

- Forchuk, C., Jewell, J., Schofoeld, R., Sircelj, M., and Valledor, T. 1998. From hospital to community: Bridging Therapeutic Relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*5 : 197-202.
- Forchuk, C., Hartford, K., Blomqvist, A., Martin, M., Chan, L., and Donner, A. 2002. Therapeutic Relationship: From Hospital to Community. Canadian Health Services Research Foundation.
- Forchuk, C., Martin, M.L., Chan, Y.L., & Jensen, E. 2005. Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*12 : 556-564.
- Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML & Jensen E. 2007. The Transitional Discharge Model: comparing implementation in Canada and Scotland. *Journal of Psychosocial Nursing* 45, 11(2007): 31-38.
- Forchuk C., Reynolds W., Sharkey S., Mary-Lou Martin, & Jensen E.. 2007. Transitional Discharge Based on Therapeutic Relationships: State of the Art. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2007, 80-86.
- Gill, T., & Feinstein, A. 1994. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA*, 272, 619-626.
- Gupta, S., Kulhara, P., and Verma, S.K. 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatria Scandinava*97 : 290-296.
- Hobbs, T.R. 1997. Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resourse deteriora model. *Community Mental Health Journal* 33: 387-398.
- Hunter, S. 1992. Adual Day Care : Promoting Quality of life for the Elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 18: 17-20.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. 1995. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lehman, A.F., Possidente, S., and Hawker, F. 1986. The quality of life of patients in a state hospital and in community residences. *Hospital community psychiatry*37 : 901-907.
- Lubkin, L.M. 1986. *Chronic illness: impact and intervention*. Boston. Jone and Bartlet Publisher, Inc.

- Mary-lou Martin, Elisabeth Jensen et al. Integrating an Evidenced-Based Research Intervention in the Discharge of Mental Health Clients. *Archives of Psychiatric Nursing* 21, 2(2007): 101–111.
- McGorry, P., Killackey, E., Lambert, T., and Lambert, M. 2005. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1-2), 1-30.
- Meeberg, G.A. 1993. Quality of life : a concept analysis. *Journal of advanced Nursing*: 32- 38.
- Mercier, C., Peladeau, N., and Tempier, R. 1998. Age, gender and quality of life. *Community mental health journal* 34 (5):487-499.
- Paul M. Grant, PhD; Gloria A. Huh, MEd; Dimitri Perivoliotis, PhD; Neal M. Stolar, MD, PhD; Aaron T. Beck. 2012. Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive Therapy for Low-Functioning Patients With Schizophrenia. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, 2012, 121-127.
- Peplau, H.E. 1952. *Interpersonal relationship in nursing*. New York, NY: G.P.Putnam & Son.
- Pilot, D.F., and Hunger, B.P. 1995. *Nursing research principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reynold , Lauder, Sharkey, Maciver, Veitch, & Cameron. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11 : 82-88.
- Sadock, J. B. and Sadock, A.V. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spilker, B. 1990. Introduction, in Spilker B (ed); *Quality of life Assessment in Clinical Trail*. Newyork, Raven Press, Ltd.
- Srithanya Hospital Library. (23 สิงหาคม 2553). *ข่าวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช*[ออนไลน์]. เรียกใช้เมื่อ 10 สิงหาคม 2555 จาก กรมสุขภาพจิต http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=13934
- Simone N. Vigod, Paul A. Kurdyak, Cindy-Lee Dennis, Talia Leszcz, Valerie H. Taylor,

Daniel M. Blumberger et al. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, 187–194.

The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO; 1996.

Yu-Tao Xiang, Yong-Zhen Weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, and Gabor S Ungvari. 2007. Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 41(5): 442-449.

Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing* 17:795-800.



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดวงกมล สระบุรี เกิดเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2524 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีฉะฉาน ปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555





