

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

นางสาวศิรินันท์ ลีทองคำ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 NEGATIVE SYMPTOMS SELF- MANAGEMENT PROGRAM ON
FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS

Miss Sirinun Leethongkham



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

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อ

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

โดย

นางสาวศิรินันท์ ลีทองคำ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทฉบับนี้

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ)

ศรินันท์ ลีทองคำ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (THE EFFECT OF NEGATIVE SYMPTOMS SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 187 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนิน 7 กิจกรรม เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะในเรื่อง การจัดการตนเอง อาการทางลบ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด การใช้จ่าย การจัดการกับอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง 2) แบบวัดทักษะชีวิต และ 3) แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบวัดทักษะชีวิตและแบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577315336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: NEGATIVE SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIA / FUNCTION / THE NEGATIVE SYMPTOMS SELF-MANAGEMENT PROGRAM

SIRINUN LEETHONGKHAM: THE EFFECT OF NEGATIVE SYMPTOMS SELF- MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS.

ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 187 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the functioning of schizophrenic patient with negative symptoms before and after received the negative symptoms self-management program, and 2) to compare the functioning of schizophrenic patient with negative symptoms who received negative symptoms self-management program and those who received regular nursing care activities. Forty of schizophrenic patient received services in in-patient department, Srithanya Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pairs and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the negative symptoms self-management program composed of 7 group activities to improve knowledge and relevant skills including self-management, negative symptoms, use of cognitive negative symptom management techniques, self-care on daily life, medication management, emotional management, communication, and utilization of community resources. The control group received regular nursing care activities. Research instruments were: 1) The negative symptoms self-management program, 2) The Life Skill Profile, and 3) The negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach' s Alpha coefficient reliability of the Life Skill Profile and the negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale was 0.94 and 0.90, respectively. The t-test was use in data analysis. Major findings were as follows:

1. The functioning of schizophrenic patients with negative symptoms who received the negative symptoms self-management program was significantly higher than that before, at $p .05$ level;

2. The functioning of schizophrenic patients with negative symptoms who received the negative symptoms self-management program was significantly higher than those who received regular nursing care activity, at $p .05$ level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Student's Signature

Nursing

Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัย มีความมุ่งมั่นอดทนสาหัส พยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณา ตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสพผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เจ้าหน้าที่งานวิจัยทุกท่าน จิตแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัยนี้และขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษาเล่าเรียน

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบพระคุณมารดาที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาเล่าเรียน ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจ ที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	19
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	29
3. แนวคิดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท.....	33
4. แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง	38
5. ทฤษฎี ABC model.....	41
6. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง.....	43
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
กรอบแนวคิดการวิจัย	58

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การดำเนินการทดลอง	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	118
รายการอ้างอิง	144
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	174
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความ ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย	178
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	183
ภาคผนวก ฉ ผลทดสอบทางสถิติ	185
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	187

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเอง	48
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	78
ตารางที่ 3	กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา	80
ตารางที่ 4	ตัวอย่างตารางกิจกรรมการดูแลตนเองใน 1 วัน	89
ตารางที่ 5	ตัวอย่างการจัดการอาการทางลบบโดยการจัดการทางความคิด	94
ตารางที่ 6	คะแนนอาการทางลบบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	116
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาความเจ็บป่วย	121
ตารางที่ 8	คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	123
ตารางที่ 9	คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	124
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	125
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ...	126
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรัง มักพบการเกิดโรคในช่วงอายุ 15-35 ปี องค์การอนามัยโลกคาดว่าทั่วโลกมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (World Health Organization, 2013) ซึ่งสถานการณ์ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท 15.2 ต่อ 100,000 ประชากร โดยมีความชุกตลอดช่วงชีวิตประมาณ 4.0 ต่อ 1,000 และความชุกตลอดช่วงชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค 7.2 ต่อ 1,000 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 1.4: 1 (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008) สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคจิตเภทในประชากรอายุ 15-59 ปี พบความชุกของโรคจิตเภทประมาณ 8.8 ต่อ 1,000 ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.1 เท่า (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) นอกจากนี้ สถิติการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต พบมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ปี 2555-2557 เป็นจำนวน 43,308 คน 42,733 คน และ 44,556 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ขณะที่สถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบมีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช ตั้งแต่ปี 2555-2557 เป็นจำนวน 3,778 คน 3,514 คน และ 2,995 คน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมดแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการจำนวนมากที่สุดร้อยละ 55.47 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2557)

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาวะโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) ประมาณร้อยละ 1.1 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life lost due to Disability) คิดเป็นร้อยละ 2.8 (Rössler, Joachim Salize, van Os, & Riecher-Rössler, 2005) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองในด้านความคิด การใช้ภาษา อารมณ์ พฤติกรรมและความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง อาการของโรคจิตเภทพบได้ทั้งอาการทางสติปัญญา อาการทางบวก และอาการทางลบ อาการทางสติปัญญา ได้แก่ การขาดความใส่ใจ ว่างุ่นง่าย สมาธิแย่งลง และบกพร่องในเรื่องต่างๆ เช่น ความจำ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการพิจารณา อาการทางบวก ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด และอาการทางลบ เป็นการแสดงออกซึ่งการขาด หรือการลดลงของสติปัญญา การทำหน้าที่และการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปกติ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ

วาสิกันานนท์, 2552) ลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ อารมณ์เฉยเมย (flattened affect) เป็นลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทาง ที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่ว่าจะป็นอารมณ์โกรธ อารมณ์ดีใจ หรืออารมณ์เศร้า ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยบางรายไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์เลย แต่ตัวผู้ป่วยยังคงบอกว่าตนเองมีอารมณ์อยู่ ทั้งอารมณ์ทางบวกและทางลบ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) การบกพร่องในด้าน การติดต่อสื่อสาร (Poor communication) เป็นการลดลงของความสามารถในการริเริ่มหรือการตอบสนองที่จะพูด จะพบว่าผู้ป่วยจะมีการพูดที่น้อยลง มีความยากลำบากในการคิด ไม่มีความต่อเนื่องของความคิด มีการพูดที่เกิดขึ้นเองน้อยมากหรือไม่พูดเลย โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นสาเหตุ การตอบคำถามจะตอบสั้นๆ ไม่ให้รายละเอียด อาจตอบคำถามเพียงสองสามคำ หรือไม่ตอบสนองต่อคำถามเลย บางรายจะมีปริมาณการพูดเหมาะสมแต่ให้เนื้อหาหรือข้อมูลน้อย พูดคลุมเครือ พูดวกวน ซ้ำไปซ้ำมา ใช้เวลาในการตอบสนองต่อคำถามช้า การขาดความกระตือรือร้น (Avolition) ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปของการขาดพลังงาน แรงขับ ความสนใจต่างๆ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสนใจในเรื่องต่างๆ น้อย รวมถึงความสนใจที่จะดูแลตนเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ลดลง หรือเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่อยู่เฉยๆ เช่น การนั่ง การดูโทรทัศน์ เป็นต้น การมีสีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) ผู้ป่วยจะขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ไม่สามารถคงไว้ซึ่งอารมณ์ ขาดการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ผู้ป่วยจะขาดความสุขในการใช้ชีวิต ไม่สามารถมีกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือรู้สึกดี ไม่สามารถมีความรู้สึกใกล้ชิด สนับสนุนกับผู้อื่นได้ การแยกตัว (Asociality) ผู้ป่วยจะมีการแยกตัวจากสังคม หลีกเลียงสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนลดลง การเคลื่อนไหวที่ช้าลง (Psychomotor retardation) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่ช้าลงหรือถูกจำกัด ความบกพร่องในการสนใจ (Impaired attention) ผู้ป่วยจะบกพร่องในการมีจุดมุ่งหมาย ความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ของตนเอง (Möller, 2007)

อาการของโรคจิตเภทจะส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Rabinowitz et al., 2012) โดยเฉพาะอาการทางลบที่สามารถพบได้หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลงและจะยังคงอยู่ในระหว่างช่วงของอาการทางคลินิกที่สงบลง (Hunter & Barry, 2012) จากการศึกษาของ Patel, Jayatilleke, Jackson, Stewart, and McGuire (2014) พบว่าความชุกของอาการทางลบที่พบในผู้ป่วยจิตเภท จะมีการแสดงอาการทางลบอย่างน้อยสองอาการประมาณร้อยละ 40 พบในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปีมากที่สุด โดยอาการทางลบที่พบมากที่สุดได้แก่ ความบกพร่องในการขาดแรงจูงใจ พบร้อยละ 30.5 การแสดงออกทางอารมณ์ที่เรียบเฉยร้อยละ 27.4 ขาดการสบตาร้อยละ 26 การแยกตัวทางอารมณ์ร้อยละ 23.5 การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ร้อยละ 16.3 การแยกตัวจากสังคมร้อยละ 12.7 การไม่พูด เจ็บร้อยละ 8.1 การพูดลดลงร้อยละ

12.4 การมีสีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ร้อยละ 7.7 และการขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ร้อยละ 5.7 ในขณะที่ (Galderisi et al., 2013) พบว่า อาการทางลบที่พบมากคือ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงและการขาดความกระตือรือร้น โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีอาการทางลบ ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 84.2 (Galderisi et al., 2013) เช่นเดียวกับการสำรวจในประเทศแถบยุโรปพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในสามารถพบการแสดงออกถึงอาการทางลบได้มากถึงร้อยละ 61 (Knapp et al., 2008)

สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 30 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แล้วมีการแสดงออกถึงอาการทางลบ (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเวนิช บุราชรินทร์ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีอาการทางลบประมาณร้อยละ 31.5 ซึ่งอาการทางลบจะเกิดได้บ่อยหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนลดลง ผู้ป่วยมักจะชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ไม่สนใจที่จะทำอะไร สามารถนั่งอยู่เฉยๆ ได้เป็นระยะเวลาานาน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขณิษฐ์, 2558) และเป็นอาการที่คงอยู่เป็นระยะเวลาานาน ดังนั้นจะเห็นว่าอาการทางลบเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยทั้งระยะเริ่มมีอาการทางจิตและหลังจากที่อาการทางจิตสงบ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

อาการทางลบส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตลอดช่วงชีวิตของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย (Millan, Fone, Steckler, & Horan, 2014) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Rosen, Hadzi-Pavlovic, and Parker (1989) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมและการจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ 1) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ ไม่พูดแทรกผู้อื่นขณะกำลังสนทนา และสบตาในการสนทนา 2) การควบคุมอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ก่อความรบกวนผู้อื่น ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของหรือทำร้ายตนเอง ไม่แสดงความโกรธต่อคำพูดของผู้อื่นที่ทำให้ไม่พอใจ สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ ไม่มีการใช้สุราหรือสารเสพติด 3) ความรับผิดชอบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยไม่ต้องเตือน มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ ใช้จ่ายเงินในสิ่งที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ 4) การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าได้สะอาด ไม่มีกลิ่นตัว แต่งกายได้อย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ และมีบุคลิกภาพที่ดี และ 5) การสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม รู้สึกอบอุ่นใจ สนใจในการทำกิจกรรมยามว่างหรือการทำกิจกรรมในสังคม และรักษาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนได้

เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen et al., (1989) ข้างต้น จะพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีปัญหาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสัมผัสกับความสุขหรือไม่มีความรู้สึกยินดีต่อสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีความสุข (Anhedonia) การขาดความกระตือรือร้น (Avolition) ทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ผู้ป่วยจิตเภทขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่สนใจที่จะดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ (George Foussias, Agid, Fervaha, & Remington, 2014; Galderisi et al., 2014) โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองร้อยละ 48.08 การประกอบอาชีพร้อยละ 93.75 (Goreishizadeh, Mohagheghi, Farhang, & Alizadeh, 2012) 2) ด้านความรับผิดชอบ พบว่า การขาดความกระตือรือร้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Galderisi et al., 2014) 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร การพูดน้อยลง (Alogia) พูดในระดับเสียงเดียวกัน ราบเรียบ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ตอบคำถามช้า จะทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ยกที่จะสื่อสารด้วยคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง (Millan et al., 2014) 4) ด้านสัมพันธภาพในสังคม การที่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดริเริ่มที่จะทำกิจกรรมใดๆ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะกับผู้อื่นในสังคม เกิดความหวาดกลัว เกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Klingberg et al., 2011a) บกพร่องการทำกิจกรรมในสังคม กิจกรรมยามว่างและความสัมพันธ์ในครอบครัว (Gagan Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2015) เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสัมพันธภาพในสังคมบกพร่องไป (Karow, Moritz, Lambert, Schöttle, & Naber, 2012) และ 5) การควบคุมอารมณ์ การที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการรู้สึกยินดีต่อสถานการณ์ที่ทำให้มีความสุข ทำให้ความสนใจในการทำหน้าที่ลดลง (George Foussias et al., 2014) ลดการแสดงออกทางอารมณ์ มีอารมณ์ที่เฉยเมย ไม่มีความสุข ขาดความกระตือรือร้น และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายได้ ขาดความชื่นชอบและพอใจกับกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกโดยการแยกตัวออก อยากรอยู่ตามลำพัง ความสนใจทางเพศลดลง ขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความลำบากในการที่จะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน คอยหลีกเลี่ยงกับปัญหา (Madeira et al., 2016; Millan et al., 2014) เกิดปัญหาการหย่าร้างและปัญหาในครอบครัวร้อยละ 13.9 (Goreishizadeh et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Konstantakopoulos et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยมีการแยกตัว มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง

อาการทางลบมักจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ไม่ดีเท่าอาการทางบวก ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบคงอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยทางจิตกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากอาการทางลบจะมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านการรู้คิด ที่ส่งผลต่อความตั้งใจ ความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Harvey, Koren, Reichenberg, & Bowie, 2006) ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน (Patel et al., 2014) เกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อการทำหน้าที่ ทั้งด้านการทำงานและสังคม (Herbener & Harrow, 2004) จะเห็นได้ว่าอาการทางลบส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Velligan, Alphas, Lancaster, Morlock, & Mintz, 2009) และส่งผลกระทบต่อตามมา คือ ทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มสูงขึ้น (Herbener & Harrow, 2004) อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยต้องมีระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

ความพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ระยะก่อนการเกิดโรค ระยะอาการกำเริบและระยะอาการสงบ ทั้งนี้ความบกพร่องในการทำหน้าที่ที่เกิดขึ้น หมายรวมถึง ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความลำบากในการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและเพื่อน และการคงไว้ซึ่งการทำงาน (Brissos, Molodynski, Dias, & Figueira, 2011) ความบกพร่องในการทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยวินิจฉัยโรคจิตเภท เป็นผลลัพธ์ที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา การรักษาทางคลินิก และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสังคม ซึ่งจะรวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆในสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม และการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งอาการที่เด่นชัดและพบมากคือ การที่ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา นั่งอยู่เฉยๆ ได้ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (avolition) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการทำหน้าที่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมากจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่มาก (Sirijit Suttajit et al., 2015) และในขณะเดียวกันผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิดด้วยที่ส่งผลต่อทักษะการใช้ชีวิต ที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรักษาเพื่อลดอาการทางลบให้ลดลงและการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยไปในทางที่เหมาะสมจะมีผลต่อการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย (Brissos et al., 2011)

เนื่องจากการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง ซึ่งไม่รวมถึงความบกพร่องในการใช้ชีวิตจากความจำกัดของสภาพร่างกาย (American Psychiatric

Association, 1994) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ได้ดีเพียงใดจึงสามารถใช้เป็นตัวพยากรณ์โรคและเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ นั่นคือ หากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพหรือการคงไว้ซึ่งการจ้างงาน เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Rössler et al., 2005) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านการทำงาน การเงิน และอารมณ์ ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าตามมา (Chan, 2011) แต่หากผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น จะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และมีโอกาสได้รับการจ้างงานมากขึ้น (Lindenmayer, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville, & Chapparo, 2009; Brüne, Schaub, Juckel, & Langdon, 2011; Erickson, Jaafari, & Lysaker, 2011; Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009b; Ventura, Tom, Jetton, & Kern, 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hunter and Barry (2012) ซึ่งพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการทำงานและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยหากผู้ป่วยมีระดับอาการทางลบที่มาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Galderisi et al. (2013) ที่พบว่าในระยะยาวผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับอาการทางลบที่มาก จะยังมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดน้อยลง และขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม จะมีการทำหน้าที่ในระดับต่ำ (Llorca et al., 2012) เกิดความบกพร่องในการทำงานได้มากขึ้น (Erickson et al., 2011) ดังนั้น หากสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขให้อาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย (Erickson et al., 2011) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากเกิดจากปัจจัยด้านอาการทางลบแล้ว ยังอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความผิดปกติด้านการรู้คิดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การเลือกรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร การทำกิจกรรม และพฤติกรรมทางเพศ (Aubin et al., 2009; Brüne et al., 2011; Iosifescu, 2012; Llorca et al., 2012) นอกจากนี้พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยก็ส่งผลต่อการทำหน้าที่ เนื่องจากหากผู้ป่วยไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง จะไม่ตระหนักถึงอาการที่เป็นอยู่ จึงส่งผลให้การทำหน้าที่แย่งลง (Erickson et al., 2011) ส่วนการตระหนักรู้ทางอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ก็ส่งผลต่อการทำหน้าที่เช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องในการรับรู้อารมณ์ของตนเอง มักใช้การแก้ปัญหาแบบเก็บกด ส่งผลให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 35 (Kimhy et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าที่ผ่านมามีการใช้การบำบัดทาง

จิตสังคัมรูปแบบต่างๆสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Bechdorf et al. (2004) ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่าช่วยให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และได้ผลต่อเนื่องในระยะเวลาหลังจากรับการบำบัดแล้วนาน 6 เดือน ส่วนการศึกษาของ Elis, Caponigro, and Kring (2013) ใช้การฝึกทักษะทางสังคม พบว่าช่วยให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ส่วนรูปแบบการบำบัดที่มุ่งจัดการให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง จนส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นนั้น พบการศึกษาหลายเรื่องซึ่งมีการนำแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง (Self-management) มาใช้จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตดีขึ้นและส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นตามมา เช่น Pitschel-Walz, Bauml, Bender, Engel, and et al (2006) และ Valencia, Rascon, Juarez, and Murow (2007) รวมถึง K. Lorig, Ritter, Pifer, and Werner (2013) ในประเทศแถบตะวันตก และ Xiang et al. (2006) ในประเทศจีน นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการด้วยตนเองยังส่งผลช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Zou et al., 2013) เนื่องจากแนวคิดการจัดการด้วยตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (Sterling, Druss, & Lorig, 2012) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบมีการศึกษาในบางเรื่อง เช่น อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม พบว่าช่วยให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นและอาการทางลบน้อยลง ส่วนอดิญา โปธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2551) ใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว พบว่าทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังไม่พบว่า มีการนำรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองมาใช้เพื่อลดอาการทางลบและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ดีขึ้น

เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการกับภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Pratt, Bartels, Mueser, & Forester, 2008) ทำให้อาการทางลบยังคงอยู่ เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากอาการทางลบ ดังที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหานี้โดยการนำแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง (Self-management) ซึ่งถูกนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในบริบทของประเทศไทย ได้รับการเพิ่มความรู้ ทักษะ และพัฒนาศักยภาพจนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จนสามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงและมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งในระยะยาวจะเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระการดูแลแก่ครอบครัว และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจากได้รับการบำบัดจนอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางบวกลดลงแล้ว จะพบว่าอาการทางลบมักเป็นปัญหาตามมาที่พบได้บ่อยทั้งในขณะที่ยังผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและภายหลังที่จำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ซึ่งอาการทางลบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ (Hunter & Barry, 2012) เช่น การดูแลตนเอง ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) รวมถึง ขาดแรงจูงใจ มีการแสดงออกที่ไร้อารมณ์ อารมณ์เรียบเฉย ขาดการสร้างสัมพันธภาพ และการพูดน้อยลง (Möller, 2007) เป็นต้น อีกทั้งมีข้อมูลสนับสนุนว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง (Pratt et al., 2008) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Elis et al., 2013; Velligan et al., 2009)

แนวความคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของ Lorig et al. (2013) มีหลักการมาจากแนวคิดจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยอธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลกันประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ 2) พฤติกรรม และ 3) สภาพแวดล้อม โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามนี้จะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ปัจจัยแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นกับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลแต่ละคนจะมีผลต่อพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน โดยสิ่งที่จะกำหนดการแสดงออกถึงสมรรถนะของบุคคลจึงเกิดขึ้นจากความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความหวังกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยทั้งสองประการมีความแตกต่างกัน โดย สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในขณะที่ ความหวังในผลลัพธ์ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ประเมินว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้น สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดจากการกระทำของตนเอง (Bandura, 1997, อ้างถึงใน จารินี ธีรภัทรพันธ์, 2552) ดังนั้นแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองนอกจากอาศัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้บุคคลรู้ว่าตนเองมีทักษะและสามารถที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้สำเร็จได้ตามผลลัพธ์แล้ว ยังเน้นการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา (Lorig & Holman, 2003) ดังนั้นแนวคิดการจัดการตนเองสามารถช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น โดยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในตนเอง มีมุมมองต่อภาวะสุขภาพ สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ จนทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่เหมาะสม (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Sterling et al., 2012)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสนใจนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองจากการศึกษาของ Lorig et al. (2013) ซึ่งพัฒนามาจาก Chronic Disease Self- Management Program ของผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย แล้วพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงมีสภาวะทางสุขภาพดีขึ้น มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ซึ่งเนื้อหาในการจัดการด้วยตนเองจะเกี่ยวกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยและการประเมินข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยให้ตรงกับโรค แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง จะประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการมากกว่า 6 สัปดาห์ ได้แก่ 1) การใช้เทคนิคทางปัญญาในการจัดการกับอาการ (use of cognitive symptom management techniques) 2) การจัดการด้านโภชนาการ ความเมื่อยล้า ความเจ็บปวดและการนอนหลับ (nutrition, fatigue, pain and sleep management) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคม (use community recourses) และการใช้ยา (use medication) 4) การจัดการกับความกลัว ความโกรธและซึมเศร้า (dealing with fear, anger and depression) 5) การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (communication with other including health professionals) 6) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) และ 7) การตัดสินใจ (Decision making) โดยมีกระบวนการจัดการด้วยตนเองนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การค้นหาวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3) การวางแผนการกระทำตามเป้าหมาย 4) การดำเนินการตามแผนการที่กำหนดไว้ 5) การตรวจสอบผลลัพธ์ 6) การเปลี่ยนแปลงการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย และ 7) การให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อทำได้สำเร็จ

สำหรับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จากการศึกษาของ Lorig et al. (2013) โดยนำกระบวนการจัดการด้วยตนเอง 7 ขั้นตอน มาใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และนำวิธีการต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการด้วยตนเอง โดยเนื้อหากิจกรรมแต่ละครั้งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะเชื่อมโยงกับ 7 กิจกรรมหลักตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) แต่มีการเพิ่มเติม ปรับเนื้อหา จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ร่วมด้วย และจัดเรียงลำดับกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรม ให้เหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบยังพบความบกพร่องในด้านการรู้คิดที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความคาดหวังต่ออนาคตต่ำ ความคาดหวังต่อความพึงพอใจ ความคาดหวังต่อการยอมรับ และความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จต่ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองไม่มีประโยชน์ เกิดอารมณ์เศร้า กลัวการเข้าร่วมสังคม และแยกตัวเอง (Beck & Rector, 2005) ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามรูปแบบ ABC model ของ Ellis (1957) ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเป็นไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น โดยนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 3 เรื่อง การจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด

ดังนั้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) โดยมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบ ABC model ของ Ellis (1957) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยในการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ 2) การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด 4) การพัฒนาทักษะการใช้ยา 5) พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร และ 7) การใช้ทรัพยากรในชุมชน เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 60-90 นาทีต่อกิจกรรม ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดการตนเอง ทักษะที่สำคัญในการจัดการตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการวางแผนการปฏิบัติ เพื่อนำไปปฏิบัติ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ โดยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบอาการทางลบและระบุอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเองเป็นอยู่ จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่ดี (Stein-Parbury, Gallagher, Chenoweth, & Luscombe, 2012) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบดีขึ้น (Xiang et al., 2006)

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน การเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการใช้สุราและสารเสพติด โทษของการใช้สารเสพติด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ การแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลฟัน การดูแลผม การแต่งกายที่เหมาะสมกับกาลเทศะ และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักจะไม่มีสนใจทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น หรือไม่ทำงาน (Pratt et al., 2008) การเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องเกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดี (Mausbach et al., 2013a)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด โดยการฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดโดยอาศัยรูปแบบ A-B-C model ที่ช่วยจัดการอาการทางลบที่มีสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านการรู้คิดของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการรู้คิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ มีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัด และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตนเองและหลีกเลี่ยงจากผู้คน อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน การจัดการกับอาการทางลบโดยการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบของตนเองจะช่วยลดอาการทางลบให้ลดลง (Rector, Beck, & Stolar, 2005) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ไปในทางที่เหมาะสม ช่วยเหลือการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา การฝึกทักษะเรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ความสำคัญของการรับประทาน และการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ฝึกทักษะการอ่านฉลากยาและการจัดยา การวางแผนจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการนำแผนการไปปฏิบัติ เนื่องจากโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่ขาดความสมดุล ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความคิด การแสดงทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป และการรักษาด้วยยาทางจิตเวช จะช่วยในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในระดับที่สมดุลขึ้น ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ

วาสิกนันทน์, 2552) ในการรักษาอาการทางจิตของโรคจิตเภทให้สงบลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะขาดความสนใจในการทำหน้าที่ของตนเอง (Möller, 2007) ความคิดและความจำในการจดจำยาและการจัดการเกี่ยวกับยาที่ตนเองรับประทานลดน้อยลง ส่งผลให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Barkhof, Meijer, Sonnevill, Linszen, & Haan, 2012) บางส่วนขาดความรู้เรื่องยา เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา (Leutwyler, Fox, & Wallhagen, 2013) การจัดการเกี่ยวกับยา จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือรับประทานยา ช่วยลดพยาธิสภาพทางจิต (Gray, Wykes, Edmonds, Leese, & Goumay, 2004) ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านความรับผิดชอบต่อตนเองให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้า โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง สังเกตได้จากการแสดงออกทางสีหน้าที่เรียบเฉย พฤติกรรมที่นิ่งเฉย ไร้อารมณ์ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย โดยอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความตึงเครียด ความสูญเสีย ความรู้สึกผิด และความผิดหวัง การฝึกการสำรวจอารมณ์ การค้นหาสาเหตุ วิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า การวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าและการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะช่วยให้การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น ลดอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร การฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่นตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการรายงานอาการตนเองแก่ผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีการสื่อสารกับผู้อื่นลดน้อยลง แยกตัวจากสังคม บกพร่องในการทำหน้าที่ของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Möller, 2007) ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องไป การฝึกทักษะเรื่องการติดต่อสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการ มีส่วนร่วมในแผนการรักษา สามารถแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ให้บริการ จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบของผู้ป่วยดีขึ้น (Lawn, Battersby, Pols, Lawrence, & Mick, 2007)

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน โดยการให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ค้นหาวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ฝึกการวางแผนการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในสังคมและเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษา ลดการอยู่โรงพยาบาล (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบของผู้ป่วยดีขึ้น (Atkinson, Coia, Gilmour, & Harper, 1996) จากแนวเหตุผลข้างต้น ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรค ICD-10 ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วมจากสารเสพติด แอลกอฮอล์หรือบุหรี่ โรคเกี่ยวกับสมองหรือระบบประสาท หรือโรคสติปัญญาต่ำ สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีอาการจิตอยู่ในระดับปานกลางหรือน้อยโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรงด่วน (staging) และมีอาการแสดงทางด้านลบเด่นชัด คือ มีการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีการแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม การสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น และการคิดอย่างตายตัว โดยประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (PANSS) โดยการนำคะแนน

ของอาการทางบวก (Positive Scale) ลบออกจากคะแนนอาการทางลบ (Negative Scale) แล้วพบว่า มีผลต่างคะแนน (Composite Scale) น้อยกว่า 0

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสภาวะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

1. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเริ่มต้นและโต้ตอบการสนทนากับผู้อื่นได้ สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการถ่ายทอดได้ด้วยคำพูดและลักษณะท่าทางที่ไม่ทำให้ผู้อื่นเกิดความสับสน บอกความต้องการของตนเองได้ พูดจาไม่สับสน ไม่บิดเบือนจากความจริง ไม่พูดเกี่ยวกับความคิดที่แปลกๆ รู้จักพูดในเวลาที่เหมาะสม ไม่พูดแทรกระหว่างการสนทนา มีการแสดงสีหน้าและอากัปกิริยาที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาวะแวดล้อม และมีการสบสายตากับผู้ที่สนทนาด้วย

2. การควบคุมอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง จัดการกับอารมณ์โกรธเมื่อผู้อื่นที่ใช้คำพูดทำให้รู้สึกไม่พอใจหรือชุนเคืองใจได้ มีความระมัดระวังในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การเดินทาง การข้ามถนน เป็นต้น เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น ไม่เกิดความขัดแย้งกับการใช้ชีวิตอยู่กับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของ ไม่ทำร้ายผู้อื่นหรือตนเอง สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมได้ และไม่มีกรดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด

3. ความรับผิดชอบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเต็มใจในการรับประทานยาและรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่งได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับการเตือน มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ในด้านการรักษาและการพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักการรักษาทรัพย์สินของตนเองไม่ให้เกิดการสูญหาย ไม่หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตนเอง และไม่ปฏิเสธความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำ

4. การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าได้ด้วยตนเองอย่างสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว แต่งกายได้เหมาะสมกับกาลเทศะ มีบุคลิกภาพที่ดี เอาใจใส่สุขภาพร่างกายตนเอง สามารถจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง รับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอในแต่ละมื้อ รู้จักทำงาน ช่วยเหลืองานบ้าน ใช้จ่ายเงินในสิ่งที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม และไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้ผู้อื่นรังเกียจ เช่น การทำให้ห้องน้ำสกปรก การถ่มน้ำลาย การรับประทานอาหารแบบมูมมาม เป็นต้น

5. การสร้างสัมพันธภาพในสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความสนใจและเข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เช่น การไปวัด การทำบุญ เป็นต้น รู้จักสร้างมนุษยสัมพันธ์และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ รู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย ไม่แยกตัว หรืออยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไร มีความสนใจในการทำกิจกรรม

ต่างๆ ที่ตนเองชื่นชอบและทำเป็นประจำ เช่น การทำงานอดิเรก การเล่นกีฬา ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al. (1989)

โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอาการทางลบที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์จากแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการทางลบด้วยตนเองโดยใช้วิธีการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่างๆ รวมถึงการวางแผนการปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติตามแผนในการจัดการกับอาการทางลบของตนเอง อีกทั้งการใช้กระบวนการกลุ่มในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการจัดการกับอาการร่วมกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปในทางที่เหมาะสม และรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 7 กิจกรรม จำแนกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม (จำแนกเป็นช่วงเช้า 1 กิจกรรม และช่วงบ่าย 1 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 90 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม ผู้ป่วยบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้ บอกขั้นตอนและเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้ บอกวิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน วางแผนตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และบอกถึงอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ระยะเวลาและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่คาดว่าจะผู้ป่วยจะได้รับ ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง เครื่องมือที่สำคัญในการจัดการตนเอง ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้แก้ไขปัญหาจากความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม และการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง สาเหตุของอาการทางลบ และบอกผลกระทบอาการทางลบที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่ของตนเอง

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวันได้ บอกถึงการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และโทษของ

สารเสพติด บอกวิธีการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับ วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้านได้ วางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันได้ และปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้ โดยการให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น วางแผนการปฏิบัติและการฝึกทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วย โภชนาการ การนอนหลับ การดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทาง

ความคิด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการความคิดตามรูปแบบ ABC model ได้ มีทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดได้อย่างเหมาะสม มีแผนการจัดการกับอาการทางลบ และลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการกับอาการทางลบได้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดที่ผิดปกติที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิดของตนเองต่อสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจและพฤติกรรมที่แสดงออก ระบุลักษณะความคิดที่ผิดปกติ และฝึกการจัดการอาการทางลบโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมตามรูปแบบ ABC model

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของ

พยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง บอกอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่เหมาะสม บอกวิธีการรับประทานยาจากการอ่านฉลากยาและจัดรับประทานได้อย่างถูกต้อง มีแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น บอกความสำคัญของการรับประทาน อาการข้างเคียงจากยาและการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ฝึกทักษะการอ่านฉลากยาและการจัดรับประทานได้อย่างถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การดำเนิน

กิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า บอกวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าได้อย่างเหมาะสม วางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้ และปฏิบัติตามแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองได้ โดยการให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า การวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เหมาะสม และการฝึกจัดการกับอารมณ์เศร้าตามแผนที่วางไว้

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร หมายถึง การดำเนินกิจกรรม

ของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกและแสดงวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ รายงานอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ผู้ให้บริการเข้าใจได้ แสดงความคิดเห็นต่อ

แผนการรักษาที่ตนเองได้รับอย่างเหมาะสม มีการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามแผนการที่วางไว้ได้ โดยการให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นกับตนเอง วางแผนการติดต่อสื่อสาร และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา การฝึกรายงานอาการตนเองให้ผู้ให้บริการรับทราบปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นได้ และการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว และนำสู่การปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน บอกวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ค้นหาแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน และฝึกวางแผนการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญาได้จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความเร่งด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ
2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข
3. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรคและการกลับมารักษาซ้ำในระยะยาว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4 การดำเนินของโรค
 - 1.5 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษา
 - 1.6.1 หลักการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.6.2 การรักษาทางจิตสังคมที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วย
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของอาการทางลบ
 - 2.2 ประเภทของอาการทางลบ
 - 2.2 การประเมินอาการทางลบ
 - 2.4 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
3. แนวคิดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่
 - 3.3 การประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง
 - 4.1 ความหมายการจัดการตนเอง
 - 4.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง
 - 4.3 ลักษณะที่ทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ
5. ทฤษฎี ABC model
6. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มของการเจ็บป่วย (a cluster of illness) ไม่ใช่โรคที่มีอาการเดียว พบความชุกต่ำ แต่ทำให้เกิดทุพพลภาพในระยะยาว การป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกมักพบช่วงเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยยาวนานและเป็นตลอดชีวิต

1.1 ความหมายโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ซับซ้อน (ธีระ ลีลาเนนทกิจ, 2550)

โรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง การได้รับพิษจากยาหรือสารเสพติดเป็นสาเหตุของอาการ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่ส่งผลกระทบต่ออย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะเฉียบพลันนานอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการหรือมากกว่า ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดสับสน ขาดความเป็นระเบียบหรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวน้อยมากหรือมากเกินไป อาการทางลบ (American Psychiatric Association, 1994)

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย เกิดจากสรีรวิทยา อินทรีย์เคมี สารสื่อประสาทในสมอง
กรรมพันธุ์ โครงสร้างของร่างกาย

ด้านสรีรวิทยา พบว่ามวลสมองของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีปริมาณน้อยลง ขนาดของ Ventricle ที่ขยายใหญ่ขึ้น ความผิดปกติของระบบ Limbic ที่มีการลดขนาดลงของ hippocampus และความผิดปกติของการเผาผลาญของเซลล์บริเวณนั้นผิดปกติ ขนาดของ amygdala ที่ลดลง ซึ่งระบบ Limbic จะมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติของ Prefrontal cortex ที่มีการฝ่อ การใช้น้ำตาลและการไหลเวียนเลือดบริเวณของสมองส่วนหน้าลดน้อยลง ซึ่งความผิดปกติของสมองอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกายวิภาคและสรีรวิทยาจนทำให้เกิดโรคจิตเภทได้

อินทรีเคมีและสารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่าเกิดจากการเพิ่มขึ้นของสารโดปามีน (Dopamine activity) ที่ striatal D2 receptor การเปลี่ยนแปลงของสาร glutamate metabolism ที่มีการลดลงบริเวณ NMDA receptor สาร GABA ซึ่งเป็น inhibitory neurotransmitter ในสมองส่วนกลางมีส่วนในการเกิดโรคจิตเภท

กรรมพันธุ์ พบว่า เป็นสาเหตุสำคัญ จากการศึกษาในคู่แฝดพบว่ากรรมพันธุ์ มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 81 หากบุคคลมีญาติสายตรงเป็นโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า บุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆ เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสป่วยร้อยละ 9 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเกิดโรคร้อยละ 50 ขณะที่แฝดไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 8 สำหรับการศึกษาเรื่องยีนพบว่าอาจเกิดจากความผิดปกติของกลุ่มยีนเฉพาะที่เสริมกันทำให้เกิดความผิดปกติและมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมคู่ที่ 6

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์ทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล

1.2.2.1 จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้

1.2.2.2 ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และความสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

1.2.2.3 ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม สัมพันธ์กับสภาวะปัจจุบันของบุคคลกับสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง เด็กที่ป่วยเป็นจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้ง พยายามดึงเด็กเข้ามาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความล้มเหลวไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

1.2.4 ปัจจัยระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ระหว่างการตั้งครรภ์พบว่าหากมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เลือดที่ผ่านรกไปเลี้ยงทารกลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจนในส่วนต่างๆ ส่งผลต่อการพัฒนาทางสมองของทารก ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่มี cephalopelvic

disproportion การติดเชื้ในครรภ์ได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ การติดเชื้ไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์ การขาดสารอาหาร ทำให้เกิดภาวะจำกัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งพบว่าเด็กจะมีการลดขนาดของสมองส่วน cortical gray matter และ hippocampus ลดลง ขนาดของ lateral ventricle ใหญ่ขึ้น ซึ่งพบได้มากในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภทได้

1.3 การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทที่นิยมใช้มี 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาฉบับที่ 4 (DSM IV-TR) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD-10) (องค์การอนามัยโรค, 2537)

1.3.1 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกาฉบับที่ 4 มีเกณฑ์การวินิจฉัยและการจำแนกชนิดของโรคจิตเภทดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541)

1.3.1.1 มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการและเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะเป็นน้อยกว่า 1 เดือนได้หากได้รับการรักษา)

1.3.1.1.1 หลงผิด (delusion)

1.3.1.1.2 ประสาทหลอน (hallucination)

1.3.1.1.3 พูดผิดปกติสับสน (disorganized speech) เช่น พูดตลกๆ หล่นๆ หรือพูดไม่ปะติดปะต่อ

1.3.1.1.4 มีพฤติกรรมสับสนอย่างชัดเจน (grossly disorganize behavior) หรือพฤติกรรมเคลื่อนไหวน้อยหรือมากเกินไป (catatonia)

1.3.1.1.5 มีอาการลบ (negative symptoms) เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) ไม่ค่อยพูดหรือพูดน้อย (alogia) หรือไม่มีความกระตือรือร้น ขาดความตั้งใจ (avolition)

1.3.1.2 มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย ซึ่งจะมีช่วงหนึ่งที่ยาวนานพอสมควรที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่สำคัญได้ เช่น การทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลอนามัยตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่เหล่านี้จะต่ำกว่าเมื่อก่อนป่วยอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่นอาการไม่สบายของผู้ป่วยจะต้องเป็นมากจนทำให้การทำหน้าที่ด้านการเรียนหรือด้านอาชีพตกต่ำกว่าที่คาดไว้ หรือรบกวนต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.3.1.3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเป็นนานอย่างต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือน ระยะ 6 เดือนนี้ประกอบด้วยระยะที่มีอาการรุนแรงเข้าได้กับเกณฑ์ข้อแรก 1 เดือน (หรืออาจน้อยกว่าได้ ถ้าการรักษาได้ผล) และระยะการนำของโรค (prodromal symptoms)

หรือระยะอาการหลงเหลือ (residual symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการลบหรือมีอาการตามเกณฑ์ในข้อ 1 เพียง 2 อาการหรือมากกว่าก็ได้ แต่จะไม่รุนแรงเท่ากับอาการในข้อ 1 ในระยะเกิดอาการโรคจิต

1.3.1.4 จะต้องไม่ใช่ schizoaffective disorder และจะต้องไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อ

1.3.1.4.1 ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง 4 สัปดาห์ตามเกณฑ์ข้อแรก ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ major depressive episode หรือ manic episode หรือ mixed episode

1.3.1.4.2 ถ้ามี mood episode เกิดขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระยะเวลารวมทั้งหมดของ mood episode จะต้องน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตในข้อแรกร่วมกับระยะอาการหลงเหลือรวมกัน

1.3.1.5 อาการไม่สบายของผู้ป่วยจะต้องไม่เกิดจากสารเสพติดหรือโรคทางกาย

1.3.1.6 ถ้าผู้ป่วยเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder มาก่อน จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเพิ่มอีกอย่างหนึ่งก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าการรักษาได้ผลดี)

1.3.1.7 DSM-IV-TR ได้แบ่งการดำเนินโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่สบายมาแล้ว 1 ปี โดยนับตั้งแต่ระยะที่มีอาการ แบ่งออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้

1.3.1.7.1 มีอาการเป็นพักๆ โดยมีอาการหลงเหลือคั่นอยู่ระหว่างการป่วยครั้งก่อนกับการป่วยครั้งนี้ (episodic with interepisode residual symptoms) ถ้าในระยะอาการหลงเหลือมีอาการลบเป็นอาการเด่นร่วมด้วยให้ระบุว่า with prominent negative symptoms

1.3.1.7.2 มีอาการเป็นพักๆ โดยไม่มีอาการหลงเหลือคั่นอยู่ระหว่างการป่วยครั้งก่อนกับการป่วยครั้งนี้ (episodic with no interepisode residual symptoms)

1.3.1.7.3 มีอาการอย่างต่อเนื่อง (continuous) หมายความว่าตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลาของการดำเนินโรค ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงที่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยข้อแรกและถ้ามีอาการลบเป็นอาการเด่นร่วมด้วย ให้ระบุว่า with prominent negative symptoms

1.3.1.7.4 เป็นครั้งเดียวและมีอาการของโรคสงบบางส่วน (single episode in partial remission)

1.3.1.7.5 เป็นครั้งเดียวและอาการของโรคทั้งหมดสงบลง (single episode in full remission)

1.3.1.7.6 แบบอื่นๆ หมายความว่า การดำเนินโรคของผู้ป่วย แตกต่างจากที่กล่าวไว้

1.3.2 การวินิจฉัยโรคตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรคครั้งที่ 10 (ICD-10)

โรคจิตเภทจัดอยู่ใน F 20 มีลักษณะคือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับการมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการรู้คิด (cognitive) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค โดยมีพยาธิสภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย ประสาทหลอนทางหู โดยได้ยินเสียงพูดตรงกับความคิดตนเอง เป็นเสียงกระซิบ หรือเสียงสะท้อน (thought echo) หลงผิดว่าความคิดตนเองถูกดึงออกไปโดยอำนาจภายนอก (thought withdrawal) หลงผิดว่าความคิดของตนแพร่ออกไปให้คนอื่นได้รู้ (thought broadcasting) ประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงคนวิพากษ์วิจารณ์ (voice commenting) ประสาทหลอนเป็นเสียงคนคุยกันถึงบุคคลที่สาม (voice discussion in the third person) ความคิดผิดปกติ (thought disorders) และอาการทางลบของโรคจิตเภท (negative symptoms)

การดำเนินของโรคอาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือเป็นระยะๆ ร่วมกับการมีอาการค่อยๆ เลวลง หรืออาการคงที่ อาจเป็นครั้งเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครั้ง โดยมีระยะโรคทุเลาลงสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ แต่ถ้ามีอาการของโรคซึมเศร้าหรืออาการฟุ้งพล่านไม่ควรวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ยกเว้นโรคทางจิตเภทเกิดก่อน ความผิดปกติทางอารมณ์ และหากมีโรคทางสมองอย่างชัดเจน มีภาวะพิษจากยา หรือกลุ่มอาการขาดยาที่ไม่ควรวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท สำหรับโรคที่คล้ายคลึงกับการเกิดโรคนี้อันเกิดขึ้นภายหลังจากโรคลมชักหรือโรคทางสมองอื่นๆ ควรจัดอยู่ใน F 06.2 โรคหลงผิดที่เกิดจากทางกายจะมีอาการคล้ายโรคจิต (organic delusion disorder) และเกิดจากสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทควรจัดอยู่ใน F 10-F19

ตามหลัก ICD 10 แบ่งชนิดย่อยของโรคจิตเภทมีดังนี้ (องค์การอนามัยโรค, 2537)

F 20.0 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) มีอาการหลงผิดหวาดระแวงเป็นอาการเด่น ร่วมกับอาการอื่นๆ ของโรคจิตเภท

F 20.1 โรคจิตเภทชนิดไม่เป็นระเบียบหรือสับสนวุ่นวาย (Hebephrenic Schizophrenia or Disorganized Schizophrenia) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นอาการเด่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่มีลักษณะแตกแยกและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก มีพฤติกรรมไม่รับผิดชอบไม่อาจคาดการณ์ได้ มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำๆ บ่อยๆ โดยมีเป้าหมายในสิ่งที่มีความหมายกับผู้ป่วย แต่พฤติกรรมมากเกินไปและไม่เหมาะสม ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้พบเห็นรู้สึกประหลาดใจ

F 20.2 โรคจิตเภทชนิดอาการเคลื่อนไหวน้อยมากหรือมากเกินไป (Catatonic Schizophrenia) โดยมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวทั้งร่างกายและจิตใจเป็นอาการเด่น

F 20.3 โรคจิตเภทชนิดไม่มีอาการเด่นที่แตกต่าง (Undifferentiated Schizophrenia) โดยมีภาวะโรคจิตที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตแต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยชนิดย่อยๆ ของ F 20.0-F20.2

หรือมีลักษณะหลายๆ อย่างผสมเข้ากัน

F 20.4 อารมณ์ซึมเศร้าหลังเกิดโรคจิตเภท (Post-Schizophrenia Depression) หลังเกิดโรคจิตเภท ผู้ป่วยยังคงต้องมีอาการของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบด้านบวกหรือด้านลบของโรคจิตเภทก็ได้ แต่ไม่ใช่อาการเด่น มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เป็นต่อเนื่องยาวนาน ภาวะซึมเศร้าถ้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคจิตเภทอีก ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F 32) แต่ถ้าอาการของโรคจิตเภทยังมีมากและชัดเจน ควรวินิจฉัยเป็นชนิดย่อยของโรคจิตเภท

F 20.5 โรคจิตเภทชนิดหลงเหลืออยู่ (Residual Schizophrenia) โดยเป็นระยะเรื้อรังของการป่วยเป็นโรคจิตเภท อาการส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบของโรคจิตเภท

F 20.6 โรคจิตเภทชนิดไม่ซับซ้อน (Simple Schizophrenia) โดยมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ แต่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถเข้าสังคมได้ ไม่มีอาการของโรคจิตอย่างเด่นชัด

F 20.8 โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)

F 20.9 โรคจิตเภทชนิดไม่เฉพาะเจาะจง (Unspecified Schizophrenia)

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรค (ICD 10)

1.4 การดำเนินของโรค

1.4.1 การดำเนินโรคในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป สามารถระบุลักษณะเด่นได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.4.1.1 เกิดอาการของโรคแบบเฉียบพลันครั้งเดียวก่อนจะมีการฟื้นตัวบางส่วนหรือฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์

1.4.1.2 เกิดอาการของโรคจิตแบบเฉียบพลันหลายครั้ง โดยมีลักษณะเฉพาะคือมีอาการกำเริบเป็นๆ หายๆ และมีระยะโรคทุเลา

1.4.1.3 เกิดอาการของโรคจิตเภทที่ต่อเนื่องร่วมกับการดำเนินโรคที่เลวลงหรือการดำเนินโรคแบบมีอาการรุนแรงเท่าเดิม จากนั้นอาการที่เหลืออยู่จะเป็นอาการค่อนข้างคงที่

1.4.2 สามารถแบ่งการดำเนินของโรคตามระยะเวลาได้เป็น 2 ระยะคือ การดำเนินโรคระยะต้นและการดำเนินโรคระยะยาว (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ได้แก่

1.4.2.1 การดำเนินโรคระยะต้น ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.4.2.1.1 ระยะก่อนป่วย (Premobid) เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใดๆ เกิดขึ้น ไม่สามารถชี้แยกผู้ที่จะเกิดการป่วยเป็นโรคจิตเภทในภายหลังได้ ในระยะนี้จะแสดงอาการบกพร่องเล็กน้อย ไม่ชัดเจนของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive function) ได้แก่ ระดับเขาวัวปัญญา ความใส่ใจ ความจำที่เกี่ยวกับการพูด หน้าที่ด้านการบริการ ทักษะการเคลื่อนไหว ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผล

กระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน ความบกพร่องอาจเป็นมาแต่เกิด มีลักษณะคงที่ ไม่ได้มีอาการมากขึ้น ไม่มีอาการที่ชัดเจน และอาจจะคาบเกี่ยวกับประชากรทั่วไป

1.4.2.1.2 ระยะเวลาการนำ (Prodromal) เป็นระยะที่นำมาก่อนจะเกิดอาการทางจิต (prepsychotic state) อาการในระยะนี้จะไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวลแยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดทำให้เกิดความวุ่นใจง่ายขึ้น และมีความตั้งใจลดลง อาจมีกระบวนการความคิดและเนื้อหาความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแต่ยังไม่ขึ้นกับมีอาการหลงผิด ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมและประสบการณ์ที่เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่ อาจใช้เวลาเกิดเพียงไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายปี จนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างชัดเจนและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาด้านการเรียน การทำงาน การดำเนินชีวิตในสังคม จนทำให้ต้องมาพบแพทย์

1.4.2.1.3 ระยะการเกิดอาการโรคจิต (active phase) มักจะพบช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยการเกิดโรคมักมีทั้งแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปีและแบบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วัน ไม่กี่สัปดาห์ ซึ่งจะมีความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งทางบวกและทางลบที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อเกิดอาการของโรคจิตเกิดขึ้นและมีอาการมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้แยลงมาก โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีแรกของการเกิดโรค และหลังจากนั้นอาการทางจิตจะค่อนข้างคงที่ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 75 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีระยะอาการนำมาก่อนประมาณ 5 ปี และมีระยะอาการโรคจิตนาน 1 ปี

1.4.2.2 การดำเนินโรคระยะยาว (long-term course) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและยาวนานต่างกัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวกลับมา (recovery) ต้องมีอาการของโรคที่สงบ และมีการทำหน้าที่ทางสังคม การดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน แต่ไม่จำเป็นต้องกลับสู่ระยะเดิมก่อนที่จะป่วย ซึ่งการดำเนินโรคมักมีข้อต้องพิจารณา 3 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะการเริ่มต้นของโรคเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบค่อยเป็นค่อยไป 2) ภาพรวมการเกิดโรค เกิดโรคเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้ง และ 3) ผลลัพธ์ของการรักษาในระยะสุดท้าย ว่ามีการฟื้นตัวกลับมาดีหรือไม่ดี หรือมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อย ปานกลางหรือรุนแรง ซึ่งจะเป็นลักษณะที่บอกการดำเนินโรคในระยะยาวได้ จากความเรื้อรังของอาการที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ยาวนาน ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น ทำให้การฟื้นตัวกลับมาพบได้น้อย ซึ่งผู้ป่วยที่มีทุพพลภาพน้อยกว่าจะมีการฟื้นตัวกลับมาที่ดีกว่า สุดท้ายผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยคือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยช่วยระยะเวลาการฟื้นตัวกลับมาจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

1.5 อาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ได้แก่

1.5.1 อาการทางบวก (positive symptoms) สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาการเกิดโรค อาการทางบวกได้แก่

อาการหลงผิด (delusion) เช่น ผู้ป่วยคิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่ามีคนพูดถึงเรื่องราวของตนเอง

อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการประสาทหลอนมีทั้งหมด 5 ชนิดคือ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดว่าร้ายหรือพูดถึงเรื่องราวของตนเอง ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดโต้ตอบด้วย ซึ่งอาการหูแว่วพบได้มากที่สุด อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เช่น เห็นภาพคน สิ่งของหรือสัตว์ต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง อาการหลอนทางประสาทสัมผัส (tactile hallucination) รู้สึกถูกสัมผัส หรือร่างกายตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่น และประสาทหลอนทางรสชาติ (gustatory hallucination) ผู้ป่วยได้รสผิดไป เช่น หวาน เค็ม ขม หรือรสแปลกๆ อย่างอื่น

ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความคิด ขาดความเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามเหตุการณ์นั้นได้ เวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจะไม่ค่อยเข้าใจ คำพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนเรื่องจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง พูดไม่รู้เรื่อง

ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย แสดงพฤติกรรมแบบเด็ก พลุ่งพล่านกระวนกระวาย แต่งตัวสกปรก แต่งตัวแปลกประหลาด ไม่สนใจดูแลตนเอง พิมพ์ในที่สาธารณะ ตะโกน แข่งด่าอย่างไม่เหมาะสม บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

พฤติกรรมที่เคลื่อนไหวน้อยหรือมากเกินไป (catatonic behavior) หมายถึง ช่วงที่กล้ามเนื้อแข็งเกร็งและไม่เคลื่อนไหว ภาวะเงิบงันและต่อต้าน (negativism) หรือช่วงอาการคลั่งรุนแรง ผู้ป่วยอาจแสดงลักษณะท่าทางของร่างกายในรูปแบบที่แข็งหรือแปลกประหลาดเป็นระยะเวลานาน และต่อต้านแรงที่พยายามขยับร่างกายผู้ป่วย

1.5.2 อาการทางลบ (negative symptoms) อาการทางลบในผู้ป่วยจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยและคงอยู่นาน อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะอาการนำของโรคจิต ลักษณะอาการทางลบได้แก่

อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (Flattened affect) คือ การลดลงต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ลดลง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ อารมณ์ดีใจหรืออารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะแสดงสีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการเปลี่ยนสีหน้า เวลาพูดจะไม่สบตาหรือสบตาน้อย การแสดงออกทางภาษากาย การเคลื่อนไหวน้อยลง เวลาพูดจะพูดแบบเรียบเฉย ไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ ซึ่งถือเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย

การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ (Poor rapport) ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการสบสายตา ไม่ตอบคำถาม มีการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง ไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้ (lack of empathy) ขาดความมีส่วนร่วมในการสนทนา หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การหลีกเลี่ยงสังคม (passive/apathetic social withdrawal) ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยมาก บางคนไม่พูดเลย ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง (reduced sexual interests and activities) ความต้องการทางเพศลดลง ไม่มีความเพลิดเพลินในกิจกรรมทางเพศ ไม่สามารถมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ (inability to feel intimacy and closeness) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนและกลุ่มลดลง (reduced relationship with friends and peers) ความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปในลักษณะฉาบฉวย มีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเลย ชอบแยกตัวจากสังคม

การคิดซ้ำๆหรือคิดเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking) ผู้ป่วยจะคิดอะไรซ้ำๆ มีความคิดในลักษณะที่ไม่สนใจ มีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือความเชื่อมากเกินไป จะพูดคุยแต่เรื่องเดิมๆ เปลี่ยนเรื่องคุยยาก มีการพูดน้อย (alogia) ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการคิด ไม่มีความต่อเนื่องของความคิด ทำให้พูดน้อยลง ขาดความกระตือรือร้นหรือการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง การพูดลดลง (poverty speech) ผู้ป่วยจะมีการพูดที่เกิดขึ้นเองน้อยมากหรือไม่พูดเลย การตอบคำถามสั้นๆ ไม่ให้รายละเอียด การพูดโดยเนื้อหาสาระตรงกับคำถามน้อย (poverty of content of speech) ผู้ป่วยมีการพูดปริมาณที่เหมาะสมแต่เนื้อหาสาระน้อย ประโยคจะคลุมเครือ พูดวกวน ซ้ำไปซ้ำมา เป็นรูปธรรมหรือนามธรรมมากไป การตอบสนองช้า (increased latency of response) ผู้ป่วยจะใช้เวลานานมากในการตอบคำถาม อาจย่ำคิดย่ำทำกับคำถามเดิมๆ

ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) ผู้ป่วยจะหมดพลังงาน แรงขับ ความสนใจต่างๆ อย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสนใจเรื่องต่างๆ น้อย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆลดลง มักจะทำ กิจกรรมที่อยู่เฉยๆ เช่น การนั่ง การดูโทรทัศน์ ไม่ทำให้ชีวิตรู้สึกสนุกสนานหรือภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ผู้ป่วยจะไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก ความสามารถในการเรียนหรือการทำงานลดลง มีความยากในการทำงานให้สำเร็จ มีอาการเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช่วงสั้น

1.6 การรักษา

1.6.1 หลักการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.6.1.1. การรักษาด้วยยา เพื่อช่วยรักษาอาการของโรคให้ดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในระยะฉับพลันของโรค การให้ยาจะช่วยแก้ไขพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นปกติโดยเร็วที่สุด ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเอง การให้ยาในระยะยาวจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 จะเป็นซ้ำอีกหลังจากหยุดยา 6-12 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องจะมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-30

1.6.1.2 การรักษาด้านจิตสังคมหรือการฟื้นฟูทางจิตสังคม เป็นการให้ความรู้ด้านจิตสังคม (Education and Psychosocial Intervention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับ

โรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม กลับไปทำงานหรือเรียนได้ รูปแบบการรักษาทางจิตสังคม เช่น การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) เป็นต้น

1.6.1.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะพิจารณารักษาผู้ป่วยที่มีอาการคาทาโทเนียทั้งในระยะ stupor หรือ excitement ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างมากและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยรักษาด้วยยาไม่ได้ผล

การรักษาผู้ป่วยในทางการแพทย์แล้ว มีเป้าหมายของการรักษาอยู่ 2 แบบคือ การรักษาให้หาย และการรักษาให้อาการทุเลาลง สำหรับผู้ป่วยจิตเภท การรักษามีเป้าหมายเพื่อให้อาการทางจิตทุเลาลง ป้องกันอันตรายในระยะอาการโรคจิต ป้องกันการกำเริบของอาการ ลดกลุ่มอาการด้านลบ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูทางจิตสังคมในระยะฟื้นตัวและระยะอาการหลงเหลือ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการทางจิตทุเลาลง ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะฟื้นตัว (Recovery phase) ซึ่งเหมาะสำหรับการฟื้นฟูสภาพจิตให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมาให้ใกล้เคียงกับสภาพก่อนป่วยมากที่สุด (ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์, 2555)

1.6.2 การรักษาทางจิตสังคมที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วย (Kem, Glynn, Horan, & Marder, 2009a)

1.6.2.1 Social Skill Training มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

1.6.2.2 Cognitive Behavior Therapy มีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการหลงผิด ประสานหลอนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทางจิต ซึ่งอาการเหล่านี้ยังคงรบกวนผู้ป่วยมาก จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

1.6.2.3 Cognitive Remediation มีเป้าหมายเพื่อช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบกพร่องทางความคิด เช่น สมาธิ ความจำ ความสามารถในการแก้ปัญหา และการใช้เหตุผลของผู้ป่วย

1.6.2.4 Social Cognitive Training มีเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านความคิด ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งความบกพร่องด้านความคิดมีองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ 1) effect perception หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ที่ผู้อื่นแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง 2) social perception หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจนัยทางสังคมที่แสดงออกมาจากท่าทาง การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด และข้อมูลที่มีความหมายตามบริบทที่แตกต่างกันออกไป 3) attributional style หมายถึง ทัศนคติของบุคคลในการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ด้านบวก และด้านลบในชีวิตของแต่ละคน 4) theory of mind หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจว่าคนอื่นมีภาวะจิตที่แตกต่างจากภาวะจิตของตนเอง

2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางลบ

อาการทางลบ หมายถึง การขาดหรือการลดลงของพฤติกรรมและการทำหน้าที่ปกติ มีการลดลงของอารมณ์ มีความล้มเหลวในการทำกิจกรรม สูญเสียความตั้งใจ ความพยายาม และความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Kirkpatrick, Buchanan, Ross, & Carpenter, 2001)

อาการทางลบ หมายถึง อารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวทางอารมณ์และสังคม มีการพูดลดลง หรือขาดความสนใจ (Andreasen, 1982)

อาการทางลบ หมายถึง การขาดหรือการลดลงของเซาว์ปัญญา การทำหน้าที่ทางอารมณ์ และการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย การพูดลดลง สีหน้าเฉยเมย การขาดความสนใจและมีภาวะสิ้นยินดี (Möller, 2007)

อาการทางลบ หมายถึง การลดลงหรือการสูญเสียการทำหน้าที่จากภาวะปกติ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม ขาดการต่อเนื่องของการสนทนา และมีการคิดอย่างตายตัว (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987)

การวิจัยนี้ได้อ้างอิงอาการทางลบที่พบในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างจากความหมายอาการทางลบของ Kay et al. (1987) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะอาการทางลบ 7 ลักษณะ คือ 1) มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) การแยกตัวทางอารมณ์ 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม 6) การสนทนาขาดความต่อเนื่อง และ 7) มีการคิดที่ตายตัว

2.2 ประเภทของอาการทางลบ

อาการทางลบสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) คือ

2. 2.1 อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ (primary negative symptoms หรือ deficit symptoms) เป็นกลุ่มอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากตัวโรคเอง มีลักษณะดังนี้ อาการทางลบซึ่งเป็นมาก่อนเริ่มป่วย (premorbid negative symptoms) จะเกิดก่อนอาการโรคจิต บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเดิมก่อนป่วยไม่ตี อาการทางลบที่เป็นพร้อมกับอาการโรคจิต (psychotic phase) ในระหว่างมีอาการโรคจิต ผู้ป่วยจะมีอาการทางลบร่วมไปด้วย อาการทางลบที่ยังคงอยู่หลังอาการโรคจิตหายไป ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลงจากก่อนป่วย

2.2.2 อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ (secondary negative symptoms หรือ nondeficit symptoms) เป็นอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น สามารถหายได้ ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยาจากการรักษาโรคจิตหรือโรคซึมเศร้า ภาวะหมดกำลังใจ เกิดจากการขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานๆ ซึ่งในทางปฏิบัติการแยกอาการทางลบที่เกิดขึ้นเองกับอาการทางลบที่เกิดจากสาเหตุอื่นมักทำได้ยาก อาการทางลบชนิดทุติยภูมิส่วนใหญ่จะหายได้เมื่อรักษาหรือแก้ไขที่สาเหตุ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางลบชนิดปฐมภูมิ คือ อาการทางลบเกิดจากลักษณะตัวโรคเอง ไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

2.3 การประเมินอาการทางลบ

รูปแบบการประเมินลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง เพื่อให้สามารถวัดและประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เครื่องมือมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค ประเมินความรุนแรงของโรคและวางแผนการรักษาได้ เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรองและประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท (Marder & Kirkpatrick, 2014) ได้แก่

2.3.1 The negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) PANSS เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิต ในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภท สามารถแยกประเภทได้ว่าผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเภทอยู่ในกลุ่มอาการทางบวกหรืออาการทางลบเป็นหลัก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีพิสัยการให้คะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1-7 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ คะแนนที่สูงหมายถึงมีพยาธิสภาพทางจิตมาก ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การประเมินอาการทางบวก 7 ข้อ อาการทางลบ 7 ข้อ และกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไป 16 ข้อ แยกจากกัน มีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการใช้แบบประเมินทั้งในส่วนของกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบและกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไปอย่างชัดเจน โดยให้การสัมภาษณ์ทางคลินิกพร้อมกับ ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น จากการสังเกตลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย สำหรับการให้แบบประเมิน PANSS ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินอาการทางลบตั้งแต่ N1-N7 การคิดคะแนนมีตั้งแต่ 7-49 คะแนน ในการคิดคะแนนที่สะท้อนถึงความแตกต่างของอาการว่าอาการทางบวกหรืออาการทางลบเด่นกว่ากัน สามารถคิดคะแนนจาก Composite Scale โดยนำคะแนนของอาการทางลบมาลบออกจากคะแนนอาการทางบวก ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง + 42 คะแนน ถ้า Composite Scale เป็นบวก (>0) ผู้ป่วยจะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก ถ้าคะแนน Composite Scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ แบบประเมิน PANSS จึงเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมและใช้กันอย่างกว้างขวาง สามารถใช้ประเมินได้ทั้งอาการทางบวกและลบ

2.3.2 The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) เป็นเครื่องมือที่ใช้มาอย่างยาวนาน ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ มีความสำคัญในการศึกษาใน

ผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ Affective Flattening or Blunting, Alogia, Avolition-Apathy, Anhedonia-Asociality, และ Attention แต่ละส่วนมีข้อห่วยย่อยรวม 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-5 คะแนนที่สูงหมายถึง มีพยาธิสภาพทางจิตที่มาก

2.3.3 The 16-item Negative Symptoms Assessment (NSA-16) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางลบที่ใหม่ที่สุด เดิมใช้ประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและมีความเจ็บป่วยรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อที่ใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่มุ่งประเมินอาการทางลบที่แยกจากอาการทางบวก มีความตรงสูงเมื่อใช้ในทางคลินิกและความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม

2.3.4 The Brief Negative Symptom scale (BNSS) และ The Clinical Assessment Interview of Negative Symptom (CAINS) เป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท BNSS ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ สามารถทำได้ภายใน 15 นาที พบว่ามีความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือสูง คะแนนทั้งหมดของ BNSS มีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับการวัดระดับการทำหน้าที่ ทำให้เห็นความแตกต่างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ต่ำของการวัดอาการทางบวก ความวิตกกังวลและซึมเศร้า เช่นเดียวกับ CAINS ที่พัฒนาขึ้นมาประเมินอาการทางลบมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ช่วยแยกความแตกต่างของพยาธิสภาพทางจิต โดยเครื่องมือทั้งสองมีโครงสร้างที่คล้ายกัน แต่ BNSS มีการใช้ในหลายที่มากกว่าและมีการแปลเป็นหลายภาษา

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) สำหรับการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมสำหรับการวัดอาการทางลบและสามารถวัดอาการทางบวกได้ด้วย เหมาะสำหรับการประเมินอาการทางลบที่แยกจากอาการทางบวก

2.4 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีการใช้ยาเพื่อช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยที่อาการทางลบเป็นอาการที่คงอยู่ในระยะยาวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการใช้ยาในการรักษาแม้ว่าจะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วย (Leucht et al., 2009) แต่ก็มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางลบแบบทุติยภูมิขึ้นได้ ฉะนั้นการรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยแก้ไขความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท บรรเทาความทุกข์ทรมาน และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจได้ (Kern et al., 2009a) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Elis et al. (2013) พบรูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่

2.4.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พบว่าเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้อาการทางลบดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ

กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ การรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการใช้แนวคิดของทฤษฎีการรู้คิดที่มีการตีความผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีหลายอย่าง เช่น การลดอาการทางจิต การเพิ่มการรับรู้ ความเจ็บป่วยและการเข้าในเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมาน และพัฒนาทักษะกระบวนการแก้ไขปัญหา ในผู้ป่วยที่มีอาการทางลบพบว่า ผู้ป่วยจะมีความเครียดสูงและความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงมีความสัมพันธ์อาการทางลบที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะคิดว่าทำสิ่งใดก็ไม่ประสบผลสำเร็จ (Beck & Rector, 2005) ซึ่งจะสัมพันธ์กับอาการทางลบที่เพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ย่ำแย่ลง ดังนั้นการบำบัดความคิดช่วยลดความคิดที่บิดเบือน ความเชื่อที่คิดว่าจะไม่ประสบผลสำเร็จหรือเกิดความล้มเหลวให้ลดลง และอาจทำให้อาการทางลบลดลงและการทำหน้าที่ดีขึ้นด้วย ลักษณะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้ผลหลังการบำบัดนาน 3-12 เดือนที่ช่วยให้อาการทางลบดีขึ้น พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติที่พบการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 40 และร้อยละ 25-50 มีการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ความเจ็บป่วยและอาการทางลบ (Startup, Jackson, & Bendix, 2004)

2.4.2 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) เป็นรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมที่พัฒนามาจากรูปแบบพฤติกรรม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีเป้าหมายในการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นทักษะเกี่ยวกับการแสดงออก การรับรู้ และการสนทนา ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมพบว่าสามารถทำให้อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติและยังคงอยู่หลังการรักษานาน 3-6 เดือน และเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมให้ผลในการลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทหลังการรักษา แต่การรักษาแบบบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะยังทำให้อาการทางลบลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 ปี และเมื่อเปรียบเทียบกับการฝึกทักษะทางสังคมและการรักษาแบบนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีอาการทางลบที่ดีขึ้นมากกว่า ดังนั้นการฝึกทักษะทางสังคมจึงมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบดีขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น

2.4.3 การรักษาแบบผสมผสาน (Combined treatment) เป็นการผสมผสานรูปแบบการรักษาตั้งแต่ 2 รูปแบบหรือมากกว่ารวมเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งปกติการรักษามักจะเป็นรูปแบบเดียว เช่น ครอบครัวบำบัดร่วมกับการบำบัดทางความคิดหรือพฤติกรรม ครอบครัวบำบัดร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับครอบครัวบำบัดทำให้อาการทางลบดีขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาตามปกติ

3. แนวคิดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมและการจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (Rosen et al., 1989) ประกอบด้วย 5 ด้านคือ

1. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ ไม่พูดแทรกผู้อื่นขณะกำลังสนทนา และสบตาในการสนทนา

2. การควบคุมอารมณ์ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ก่อความรบกวนผู้อื่น ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายล้างของหรือทำร้ายตนเอง ไม่แสดงความโกรธต่อคำพูดของผู้อื่นที่ทำให้ไม่พอใจ สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ ไม่มีการใช้ดื่มสุราหรือสารเสพติด

3. ความรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยไม่ต้องเตือน มีส่วนร่วมในการทีมสุขภาพ ใช้จ่ายเงินในสิ่งที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

4. การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าได้สะอาด ไม่มีกลิ่นตัว แต่งกายได้อย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ และมีบุคลิกภาพที่ดี

5. การสร้างสัมพันธภาพในสังคม หมายถึง ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม รู้สึกอบอุ่นใจ สนใจในการทำกิจกรรมยามว่างหรือการทำกิจกรรมในสังคม และรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อนได้

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการทำหน้าที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า (Herbener & Harrow, 2004) จึงได้ทำการทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.2.1 อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Kimhy et al., 2012) ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่แย่กว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Perivolliotis, Granholm, & Patterson, 2004) การที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ดีกว่า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยกว่า ความบกพร่องของพยาธิสภาพน้อยกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ได้ดีกว่า แต่แท้จริงแล้ว ความบกพร่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจะแสดงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ได้ (Schennach-Wolff et al., 2009)

3.2.2 เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ เพศชายมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่แย่กว่าเพศหญิง (Perivolliotis et al., 2004) เพศหญิงจะมีความตั้งใจในการ

เรียนรู้และจดจำสิ่งต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระบวนการความคิดที่ดีกว่าเพศชาย ทำให้การทำหน้าที่ของเพศหญิงดีกว่าชาย (Bozikas et al., 2010; Llorca et al., 2012) แต่จากการศึกษาของ Saraswat, Rao, Subbakrishna, and Gangadhar (2006) พบว่า เพศไม่ปรากฏความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท ความแตกต่างทางเพศไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ ยกเว้นการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ชายจะมีระดับการทำหน้าที่ได้ต่ำกว่าผู้หญิง และอาจมีปัจจัยทางวัฒนธรรมร่วมด้วย (Llorca et al., 2012)

3.2.3 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีการทำหน้าที่ที่ต่ำกว่า แต่มีความสัมพันธ์ในระดับที่เล็กน้อย ระดับการศึกษาสามารถทำนายระดับการรักษาสภาพการทำงานได้ (Perivolliotis et al., 2004) การศึกษาที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ดีขึ้น (Hunter & Barry, 2012; Llorca et al., 2012) บทบาทการทำหน้าที่สามารถอธิบายได้จากระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาจะนำไปสู่การใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล เพื่อที่บุคคลจะได้มีทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตก่อนที่จะมีอาการป่วย (Aubin et al., 2009)

3.2.4 อายุที่เริ่มเกิดโรค (age of onset) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุการเกิดโรคที่น้อยกว่ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ที่น้อยกว่า (Saraswat et al., 2006) บางครั้งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ (Hunter & Barry, 2012)

3.2.5 ระยะเวลาความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่าจะตอบสนองต่อการรักษาที่น้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่สั้นกว่า ซึ่งจะสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ได้ดีกว่า (Schennach-Wolff et al., 2009) แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Hunter & Barry, 2012)

3.2.6 สถานภาพการจ้างงานของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการจ้างงานอยู่ก่อนแล้ว จะมีการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจ้างงาน จึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ แต่ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีตราบาป โดยเป็นผลของอุปสรรคทางสังคมซึ่งส่งผลเสียต่อสถานภาพการทำงานของผู้ป่วยได้ (Schennach-Wolff et al., 2009)

3.2.7 การรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง จะไม่ตระหนักถึงอาการที่ตนเองเป็นอยู่ จึงส่งผลถึงการทำงานที่แย่งลงในระยะยาว (Erickson et al., 2011) และการรับรู้ความเจ็บป่วยก็ยังมีความสัมพันธ์ปานกลางระหว่างศักยภาพในตนเองและการทำหน้าที่ โดยที่การรับรู้ความเจ็บป่วย การแก้ไขปัญหาจะเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Kurtz, Olfson, & Rose, 2013)

3.2.8 การตระหนักรู้ทางอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่สามารถอธิบายหรือระบุอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองได้ จะมีการทำหน้าที่ที่ดีกว่า (Irani, Seligman, Kamath, Kohler, & Gur, 2012) มีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีการใช้การแก้ปัญหาน้อยกว่า สามารถใช้เป็นปัจจัยในการทำนายการทำหน้าที่ได้ถึงร้อยละ 35 (Kimhy et al.,

2012) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ทางอารมณ์ของตนเองจะแสดงถึงการทำหน้าที่ในด้านการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่ยากจะเข้าใจในอารมณ์ของตนเองทำให้มีการตอบสนองและความคิดเป็นไปในทางที่ไม่เหมาะสม ขัดขวางความสามารถที่จะทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ และสัมพันธ์กับการแสดงออกของบุคคลและสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วย (Kimmy, Green, Mintz, & Brekke, 2003) ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่สามารถรับรู้ถึงอารมณ์ในทางลบของตนเองได้ เช่น อารมณ์โกรธ เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยจะสามารถระบุอารมณ์และหลีกเลี่ยงอารมณ์โกรธหรือป้องกันไม่เกิดอารมณ์ได้ในช่วงต้นของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ดีในผู้ป่วยจิตเภท (Abram et al., 2014) ดังนั้นการรับรู้ทางอารมณ์เป็นปัจจัยการทำนายการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 49 (Green, Helleman, Horan, Lee, & Wynn, 2012)

3.2.9 การขาดแรงจูงใจ พบว่าเป็นปัจจัยทำนายกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Gagan Fervaha et al., 2015) ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เฉยเมย จะขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ การขาดแรงจูงใจมีผลต่อการทำหน้าที่ได้ถึงร้อยละ 72-74 แม้เวลาจะผ่านไปนาน 6 เดือน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนที่ดี การสร้างแรงจูงใจ จะเป็นการทำนายการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Foussias, Mann, Zakzanis, van Reekum, et al., 2011) การขาดแรงจูงใจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางลบ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกสนุกสนานที่ลดน้อยลง

3.2.10 อาการทางลบ การเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบให้ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น โดยอาจเกี่ยวข้องของการรักษาที่ช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วย ส่งผลให้ความบกพร่องในการทำหน้าที่ลดลงด้วย ซึ่งการรักษาด้วยจิตสังคัมจะช่วยลดการขาดแรงจูงใจ การแสดงออกแบบไร้อารมณ์ การขาดสัมพันธ์ภาพในสังคัม และการพูดคุยสับสนให้ลดน้อยลง (Velligan et al., 2009) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมาก จะสามารถทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบน้อย อาการทางลบจึงเป็นปัจจัยทำนายที่ดีสำหรับการทำหน้าที่ในด้านการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ (Erickson et al., 2011) อาการทางลบที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการแก้ไขปัญหาการปรับตัวในสังคัมที่แย่ และเป็นไปได้ที่จะลดการใช้ชีวิตประจำวันลง การช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุผลสำเร็จในการฟื้นฟูของความสามารถในการทำหน้าที่ได้ (Schennach-Wolff et al., 2009) อาการทางลบสามารถทำนายได้ร้อยละ 7 ของการทำหน้าที่และทำนายได้นานถึง 4 เดือน นอกจากนี้การทำให้อาการทางลบที่ดีขึ้น ก็ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาที่เป็นระบบการดูแลผู้ป่วย ว่าจะสามารถทำให้การทำหน้าที่ที่ดีขึ้นมากพอหรือไม่ อาการทางลบมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการทำหน้าที่มากกว่าอาการทางบวกหรืออาการอื่นของผู้ป่วย แต่ควรพิจารณาผลของการรักษาด้วยยาทางจิตที่อาจส่งผลให้เกิดอาการทางลบขึ้นด้วย (Rabinowitz et al., 2012) ซึ่งลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคัม (Llorca et al., 2012) มีการทำพฤติกรรมที่ซ้ำๆ มีความผิดพลาดในการวางแผนการทำงานของตนเองและใช้เวลานานในการทำงานให้สำเร็จในแต่ละครั้ง จะขาดความตั้งใจ ความ

สนใจกับสิ่งรอบตัว (Aubin et al., 2009) ดังนั้นอาการทางลบจึงส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Llorca et al., 2012)

3.2.11 การรู้คิด พบว่ามีความสัมพันธ์ในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท (Brüne et al., 2011) เป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ด้านการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ การทำให้ผู้ป่วยมีการรู้คิดดีขึ้น จะสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Vesterager et al., 2012) ความจริงแล้วการรู้คิดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทางและการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย ความบกพร่องในการรู้คิดเป็นลักษณะอาการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท สะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบ ซึ่งหมายถึงจะส่งผลกระทบต่อภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Llorca et al., 2012) การรู้คิดที่บกพร่องไปส่วนหนึ่งมาจากอาการทางลบ จึงมีความเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ (Lin et al., 2013) ความบกพร่องด้านการรู้คิดจะเกิดขึ้นระหว่างที่มีอาการทางจิตและหลังจากมีอาการทางจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่บกพร่อง มีการแนะนำว่า การส่งเสริมการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น ควรแก้ไขความบกพร่องในการรู้คิด (Iosifescu, 2012) ในขณะเดียวกันมีการศึกษาว่าความบกพร่องในการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ โดยอาจเป็นเพราะการบกพร่องในการรู้คิดเป็นลักษณะปกติของการเจ็บป่วย (G. Foussias, Mann, Zakzanis, Reekum, et al., 2011)

สรุปปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เริ่มเกิดโรค ระยะเวลาความเจ็บป่วย สถานภาพการจ้างงาน การรับรู้ความเจ็บป่วย การตระรู้ทางอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ การขาดแรงจูงใจ อาการทางลบและการรู้คิด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สนใจที่จะจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัจจัยที่ความสัมพันธ์ระดับสูงที่สุดที่ส่งผลต่อทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ที่บกพร่องไป

3.3 การประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท

การวัดผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ปกติใช้เป็นแนวคิดกว้างๆ ที่รวมถึง ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ในชุมชน การทำหน้าที่ทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ (Bowie et al., 2008) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ แต่มีการยอมรับการทำหน้าที่ที่แตกต่างกันคือ 1) ความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำสิ่งใดก็ตามภายใต้เงื่อนไขสูงสุด (functional capacity) และ 2) ความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำจริงที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (real-world functional outcome) เช่น การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เป็นต้น (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, & Harvey, 2006) เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

3.3.1 Life Skills Profile: LSP (Rosen et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่ดีในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในทักษะการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน สามารถวัดทักษะการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในอาการของโรคจิตเภทได้ เป็นเครื่องมือที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทและ

คนปกติ สามารถประเมินพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ควรใช้ในบุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถใช้ประเมินได้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือโรงพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามคือผู้ดูแล สหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาล เป็นต้น โดยแบบประเมินมีความสัมพันธ์ในการทำนายการกลับมาอยู่โรงพยาบาลและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร สัมพันธภาพในสังคม การควบคุมอารมณ์ การดูแลตนเอง และความรับผิดชอบ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 39-156 คะแนน คะแนนที่ต่ำชี้ถึงการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่าและมีทักษะการใช้ชีวิตที่แย่กว่า สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้มากกว่า 3 เดือน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 8-10 นาที แบบประเมินมีการพัฒนาในหลายภาษา เช่น ภาษาสเปน และมีการปรับย่อเป็นฉบับย่อ (LSP-20) แต่เนื้อหายังคงครอบคลุมกับแบบดั้งเดิม

3.3.2 Role Functioning Scale: RFS (Goodman, Sewell, Cooley, & Leavitt, 1993)

เป็นเครื่องมือวัดระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ใหญ่ในการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยตรง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ขยายเครือข่ายออกไป เป็น Rating Scale 7 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-28 ตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการตอบแบบสอบถาม การสรุปจะมุ่งไปที่การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนที่ต่ำกว่า หมายถึง การทำหน้าที่ที่แย่กว่า เครื่องมือมีความเที่ยง (Cronbach's alpha)= 0.918

3.3.3 Global Assessment of functioning: GAF เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป มีความเชื่อถือได้ในการประเมินการทำหน้าที่ทั้งด้านจิตใจ สังคมและการประกอบอาชีพหรือการศึกษาเล่าเรียน ประเมินโดยการสังเกต มีคะแนนทั้งหมด 100 คะแนน เป็นแบบ single-item scale แปลผลคะแนนเป็นช่วง คะแนนที่สูงหมายถึงการทำหน้าที่ได้ดีกว่า

3.3.4 Personal and Social Performance Scale : PSP (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเวช ประเมินการทำหน้าที่ 4 ด้าน คือ การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การทำงานหรือการศึกษาเล่าเรียนรวมถึงกิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมรบกวนและก้าวร้าวกับผู้อื่น ตอบแบบสอบถามโดยแพทย์หรือผู้ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ใช้สัมภาษณ์เชิงโครงสร้างกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ค่าคะแนน 100 คะแนน เป็นแบบ single-item rating scale แบ่งเป็นช่วงคะแนน แต่ละช่วงห่างกัน 10 คะแนน ช่วงคะแนนที่น้อยกว่า หมายถึง การทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินทักษะชีวิต (Life Skills Profile: LSP) ของ Rosen et al. (1989) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีเนื้อหาครอบคลุมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

4. แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง

4.1 ความหมายการจัดการด้วยตนเอง (Self-management)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตและทำให้เกิดความพึงพอใจทางอารมณ์ในการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig, 1993)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการของบุคคลในการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยในการเป็นหุ้นส่วน (World Health Organization, 2002)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง ความพยายามในการที่จะจัดการสิ่งที่มีค่าที่มีอยู่เดิมให้มีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพมากขึ้นและทำให้ภาวะโรคดีขึ้น (Lawn, McMillan, & Pulvirenti, 2011)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมเฉพาะ และเพิ่มความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะเสี่ยงได้ (Ryan & Sawin, 2009)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการ การรักษา ร่างกาย จิต สังคม และการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีอยู่เดิมกับการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Johnston, Liddy, Ives, & Soto, 2008)

4.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) ได้พัฒนาขึ้นสำหรับการรักษาทางการแพทย์ในระยะยาว ถูกพัฒนาโดย Stanford Patient Education Research Centre โดยมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมุ่งไปที่โรคทางกายมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิต และรูปแบบการจัดการตนเองถูกปรับและพัฒนาขึ้นอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศสเปนและอังกฤษ แต่สำหรับการนำมาใช้ในด้านการเจ็บป่วยทางจิตยังพบน้อย แต่ก็มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและจัดการกับความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาเริ่มมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต ไม่ว่าจะเป็นโรคจิตเภท โรคเกี่ยวกับบุคลิกภาพ และโรคซึมเศร้า การจัดการตนเองเป็นการเปลี่ยนจุดประสงค์ของการรักษา จากการรักษาตามความเจ็บป่วยเป็นการทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ในระยะยาว เป็นการดึงผู้ป่วยให้มาเป็นผู้จัดการความเจ็บป่วยโดยตรง มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ ไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขปัญหาการตั้งเป้าหมาย การระบุสิ่งที่เป็ปัญหาและตัวที่ชีวิตถึงการสูญเสียไปของภาวะสุขภาพ และการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะช่วยสนับสนุนและชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างออกไป (Crepaz-Keay, 2010)

การจัดการตนเอง (Self-management) และการดูแลตนเอง (Self-care) มีลักษณะที่เหมือนกันคือ บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ทำให้ไปถึงผลลัพธ์นั้นได้ การดูแลตนเอง เป็นการอ้างถึง การกระทำกิจกรรมใน

การดำเนินชีวิต เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ซึ่งบุคคลอาจจะมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพนั้น สำหรับการจัดการตนเอง จะมีการควบคุมและรับผิดชอบในการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพฤติกรรมสุขภาพที่มีจุดประสงค์ให้บุคคลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้พฤติกรรม มุ่งไปที่การกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เป็นอิสระในระบบการดูแลสุขภาพ การจัดการด้วยตนเองจะหมายรวมถึง ความรู้ และความเชื่อ ทักษะการควบคุมตนเองและความสามารถในการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในสังคมในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพ โดยลักษณะของรูปแบบการจัดการตนเองเป็นการกระทำที่ส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยลดค่ารักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพะ มีการใช้กระบวนการเฉพาะเพื่อส่งเสริมการพัฒนาความรู้ให้เพิ่มขึ้น (Ryan & Sawin, 2009) การจัดการตนเองมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ

4.2.1 กระบวนการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นกระบวนการที่ผสมผสานเชื่อมโยงกับการจัดการพฤติกรรมตนเอง อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมการควบคุมตนเองจะช่วยให้ศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมตนเอง การควบคุมตนเองรวมถึง การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง และการสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการกระทำ การสรุปผลด้วยตนเอง การจัดการทางกายภาพ อารมณ์ และกระบวนการรู้คิดที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Ryan & Sawin, 2009)

4.2.2 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Albert Bandura มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจัยจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีปัจจัยร่วมกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามนี้จะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นกับสถานการณ์ที่แตกต่างกันและอาศัยเวลาที่ปัจจัยหนึ่งจะส่งผลต่อปัจจัยอื่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลแต่ละคนจะมีผลต่อพฤติกรรมและการกระทำบุคคล โดยถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดการแสดงออกซึ่งสมรรถนะของบุคคลจึงเกิดขึ้นจากความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความหวังกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกัน คือ

1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า สามารถทำงานอยู่ในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความสามารถของตนจะพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีทักษะและสามารถที่จะจัดการได้จะทำให้มีความต้องการที่จะปฏิบัติซึ่งตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานข้อมูล 4 ประการคือ 1) การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่น 2) มีการประสบความสำเร็จจากการสังเกต

การปฏิบัติของบุคคลอื่น การประเมินตนเองและการได้รับข้อมูลย้อนกลับ 3) การให้คำพูดสนับสนุนว่าทำได้ และ 4. สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว รุ่มร่าม ความสงบ

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ นั้นพบว่า การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรม เพราะมนุษย์มีการเรียนรู้ว่าการกระทำใดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ใด และการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละบุคคลก็มีขีดจำกัดที่ไม่เท่ากัน การรับรู้สมรรถนะของตนที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งแสดงความเหมาะสมของพฤติกรรมที่ได้กระทำลงไป และจะช่วยตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปหรือไม่ ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลถึงความสำเร็จของบุคคล บุคคลจะกล้าเผชิญกับปัญหาต่างๆ แม้การกระทำจะล้มเหลวหรือยากที่จะประสบผลสำเร็จ โดยมีความคาดหวังกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำเพื่อให้ตนเองนั้นสำเร็จ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา คิดว่าสิ่งที่ต้องทำนั้นยาก โดยจะมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ต่ำหรือปานกลาง จนทำให้บุคคลไม่พยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน จารินี ธิรภัทรพันธ์, 2552)

4.2.3 ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ ส่วนหนึ่งมาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นหรือเป็นการเรียนรู้จากตัวแบบ บุคคลสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้หลายอย่าง แต่ไม่จำเป็นต้องแสดงออกด้วยการกระทำทั้งหมดทุกอย่าง พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้ถูกผลักดันจากพลังงานใน ไม่ได้ถูกปรับแต่งโดยอัตโนมัติ แต่เกิดขึ้นโดยการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) พฤติกรรม 2) ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคล 3) สภาพแวดล้อม การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้โดยตรงจากประสบการณ์ การกระทำพฤติกรรมใดจะทำให้เกิดผลทางบวกหรือลบ เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ 3 ประการ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ให้ข้อมูล 2) การทำหน้าที่ให้แรงจูงใจ และ 3) การทำหน้าที่ให้การเสริมแรง แต่พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตหรือเลียนแบบจากตัวอย่างที่อยู่ในสังคม รวมถึงการเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำของตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบไม่ใช่การเลียนแบบพฤติกรรมจากตัวแบบ แต่เป็นการเรียนรู้ที่ผ่านกระบวนการทางการใช้ปัญญาของบุคคลที่ซับซ้อนก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเกิดขึ้น (Bandura, 1986)

4.3 ลักษณะสำคัญที่ทำให้การจัดการด้วยตนเองประสบผลสำเร็จ (Lawn et al., 2011)

- 1) มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการจัดการความเจ็บป่วย
- 2) การพัฒนามาวางแผนการจัดการตนเอง มีการแสดงความคิดเห็นและเจรจาต่อรองในฐานะการเป็นหุ้นส่วนกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือผู้ให้การสนับสนุน
- 3) มีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการตัดสินใจกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน
- 4) มีการติดตามและจัดการกับอาการและอาการเตือนของโรคที่เป็น
- 5) จัดการภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางอารมณ์ การประกอบอาชีพ และการทำหน้าที่ทางสังคม
- 6) มีการพัฒนารูปแบบการใช้ชีวิตที่จะสามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งที่การป้องกันและการรักษาโดยเร็ว
- 7) มีการประเมินและเชื่อมั่นในความสามารถที่จะใช้แหล่งสนับสนุน

5. ทฤษฎี ABC model

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการรู้คิด โดยเฉพาะในเรื่องของเซาว์ปัญญา การวางแผนต่างๆ และความคล่องแคล่วในการพูด (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) โดยรูปแบบของการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เป็นลักษณะความเชื่อที่ผิดปกติ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่มีความสุขและทัศนคติในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคต ประสบการณ์ส่วนบุคคลจะเป็นการเสริมความบกพร่องที่ส่งผลต่อความคาดหวังในแง่ร้ายในอนาคต ทำให้การทำหน้าที่บกพร่อง นำไปสู่ความล้มเหลวหรือยับยั้งการกระตุ้นความสัมพันธ์และการขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ การพูดสะท้อนให้เห็นถึงการไม่เชื่อมต่อ ขาดความต่อเนื่อง (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009) ซึ่งการรู้คิดจะมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญกับความเครียด ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในระดับต่ำ พัฒนาให้เกิดความกลัวสังคม กลัวชุมชน และมีสัมพันธ์โดยตรงกับโน้ตทัศน์ในตนเอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อความพึงพอใจ ความคาดหวังต่อการประสบผลสำเร็จ และความคาดหวังต่อการยอมรับในระดับต่ำ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อความสุขในระดับต่ำ ผู้ป่วยจะมีการแสดงอารมณ์ทางลบมากกว่าอารมณ์ทางบวกในการใช้ชีวิตประจำวัน มีการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดน้อยลงหรือแทบจะไม่มีกิจกรรมใดๆ ที่ทำให้เกิดความสุขทางอารมณ์ มีการตอบสนองทางอารมณ์ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้าที่เรียบเฉย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในระยะยาวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลง เช่น การนอน

หลับ การรับประทานอาหาร การมาพบแพทย์ตามนัด การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว การดูแลตนเอง และการทำงานบ้าน การรับรู้ต่อความสำเร็จในระดับต่ำ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองล้นเหลือต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการที่จะริเริ่มในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้ไปถึงผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเกิดความเครียดขึ้น แยกตัว รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่า ล้มเหลว ไม่มีประโยชน์ ความคาดหวังต่ำเนื่องจากทราบจากคนที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยคิดว่าอาการที่คงอยู่กับตนเองทำให้กีดกัลดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง เกิดความทุกข์ทรมานในตัวเอง รู้สึกไม่ดี มีความเชื่อทางลบว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่สามารถประสบผลสำเร็จ โดยเกิดจากข้อจำกัดจากโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำลง และการรับรู้ทรัพยากรที่มีจำกัด ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้พลังงานที่มีอยู่ในตนเองที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดการหลีกเลี่ยง เมื่อมีกิจกรรมใดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณค่าสิ่งนั้นมากเกินไปสำหรับตนเอง ไม่สามารถทำได้ ทำให้แรงจูงใจต่ำ และมีพลังงานที่ลดลง ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่มากเกินไปในการที่จะพยายามทำก็ตาม การรับรู้ทรัพยากรที่ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยลดความสนใจในการทำภาระหน้าที่ของตนเองลง ซึ่งเมื่อเกิดการเผชิญหน้ากับบุคคลผู้ป่วยจะไม่มีความสุข เกิดความกลัว และไม่พยายามที่จะมีกิจกรรมใดๆ (Beck & Rector, 2005) นอกจากนี้อาการทางลบที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดยังเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล การขาดความกระตือรือร้นเป็นผลมาจากการที่รับรู้ภายใต้แรงกดดันและความล้มเหลวในการคาดหวัง ซึ่งความคาดหวังที่ล้มเหลวและไม่มีความสุขต่อสถานการณ์ทางสังคม จะสัมพันธ์กับการขาดแรงจูงใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Klingberg et al., 2011b)

จากปัญหาอาการทางลบที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด โดยเฉพาะความเชื่อที่ผิดปกติ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้ความคาดหวังต่ออนาคตที่ต่ำ และการมีเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ร้ายแรงเกิดขึ้นกับบุคคล ทำให้ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการทำหน้าที่บกพร่องไป ขาดแรงจูงใจ ขาดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม การทำกิจกรรม เกิดภาวะทางอารมณ์ที่เศร้า ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยให้มีความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น จะช่วยทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ อาการ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

ABC model ถูกคิดค้นโดย Albert Ellis (1957) เป็นรูปแบบที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ถูกนำมาใช้เป็นส่วนประกอบหนึ่งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยรูปแบบของ Ellis (1957) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถตั้งแต่เกิดที่จะสร้างความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ทำให้ขัดขวางความเจริญก้าวหน้าของตนเองอย่างสิ้นเชิง จึงมุ่งที่จะทำการเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลให้เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งเมื่อเปลี่ยนความเชื่อได้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมาจะเหมาะสมขึ้น ABC model มีองค์ประกอบด้วยกัน 3 ส่วนคือ

1. Activating Event (A) หมายถึง สถานการณ์ที่นำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรงหรือความคิดในทางลบ

2. Beliefs (B) หมายถึง ความเชื่อทางลบที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์

3. Consequence (C) หมายถึง ความรู้สึกทางลบ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยความคิดทางลบเป็นสะพานเชื่อมระหว่างสถานการณ์และความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน อธิบายถึงอารมณ์หรือความคิดทางลบของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ A เช่น โจรธ วิตกกังวล หวาดกลัว เป็นต้น

ซึ่งการปรับเปลี่ยนความเชื่อในทางลบ (B) ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์ทางลบและพฤติกรรม (C) โดยการปรับความคิดหรือความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลให้เป็นความเชื่อที่เป็นเหตุเป็นผล จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวและปรับความเชื่อใหม่ที่ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ในงานวิจัยนี้ได้นำรูปแบบ ABC model มาใช้ในการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด เนื่องจากพบว่า อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่อและความคาดหวังที่เกิดขึ้นในทางลบ การมีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Rector et al., 2005)

6. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

จากแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) และรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามรูปแบบ ABC model ของ Ellis (1957) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) อาจเรียกทั่วไปว่า การให้สุขศึกษา (Health Education) จะเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะที่จำเป็น และให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ (Lorig et al., 2001) ซึ่งจุดประสงค์ของแนวคิดการจัดการตนเองก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีตามความคาดหวังกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ โดยให้ความสำคัญกับภาระหน้าที่ 3 ประการคือ 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical Management) เช่น การใช้ยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น 2) การจัดการกับบทบาทหน้าที่ (Role management) คือ การคงไว้ การเปลี่ยนแปลง การสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม และการแสดงบทบาทหน้าที่ในชีวิต และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional Management) เช่น อารมณ์กลัว อารมณ์โกรธ ความผิดหวัง หรืออารมณ์เศร้า เป็นต้น ซึ่งลักษณะอารมณ์จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งแนวคิดการจัดการด้วยตนเองไม่เพียงแต่การจัดการกับภาระหน้าที่

ทั้งสามอย่างที่กล่าวมาข้างต้น การจัดการด้วยตนเองยังคงต้องอาศัยการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมด้วย เพราะการจัดการตนเองจะมุ่งเน้นไปที่ความสนใจและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่แตกต่างกับตามโรคที่เป็นอยู่ โดยการจัดการตนเองยังอาศัยทักษะที่จำเป็น 5 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน 4) การมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ และ 5) การนำไปปฏิบัติ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ และใช้ทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Lorig & Holman, 2003)

แนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมากจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีกลยุทธ์ที่สำคัญก็คือ การเรียนรู้ทักษะต่างๆ (Skill mastery) การมีรูปแบบพฤติกรรมจัดการด้วยตนเอง (Modeling) การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการ (Reinterpretation of symptom) และการจูงใจทางสังคม (Social Persuasion) ซึ่งกระบวนการกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันและนำทางให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองมีข้อตกลงอยู่ 3 ประการ ที่เชื่อว่า 1) ผู้ป่วยมีความแตกต่างของโรคเรื้อรัง แต่มีความเหมือนในปัญหาการจัดการด้วยตนเองและโรคที่เป็นอยู่จะสัมพันธ์กับภาระหน้าที่ 2) ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบการจัดการตนเองในแต่ละวันกับโรคที่เป็นอยู่ 3) ความเชื่อมั่น ความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการด้วยตนเองจะเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น (Lorig & Holman, 2003)

ในการเรียนรู้การจัดการตนเองจะมีเครื่องมือที่สำคัญ 3 อย่างได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความบกพร่องต่างๆที่จะเกิดขึ้น 2) ทักษะการตัดสินใจ การตัดสินใจเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยต้องรู้จักตัดสินใจ เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละวัน ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจได้ จะต้องมีความรู้พื้นฐานต่างๆ ที่มากพอที่จะช่วยให้การตัดสินใจมีความเหมาะสม และ 3) การวางแผนการปฏิบัติและการนำไปปฏิบัติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลไปในทางที่เหมาะสม การวางแผนสู่การปฏิบัติจะกระทำในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์เป็นช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้ป่วยต้องมีความมั่นใจในการนำแผนการที่วางไว้สู่การปฏิบัติ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จ

รูปแบบเนื้อหาของการจัดการตนเองจะทำกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดจุดประสงค์ จะเป็นการกำหนดจุดประสงค์หรือเป้าหมายของการกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะลงมือปฏิบัติ ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไร 2) การค้นหาวิธีการเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่เป็นเป้าหมาย ซึ่งจะเป็นวิธีการต่างๆที่จะเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเพื่อให้ไปถึงยังจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ 3) วางแผนการ

กระทำตามเป้าหมาย ผู้ป่วยต้องวางแผนว่าตนเองจะทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไรและทำบ่อยแค่ไหน และต้องมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่ตนเองวางไว้ หากผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ต้องมองดูอะไรคือปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นต้องกลับไปแก้ไขปัญหา 4) ดำเนินตามแผนการที่กำหนดไว้ คือ การลงมือปฏิบัติจริงตามแผนการที่วางไว้ให้สำเร็จ 5) ตรวจสอบผลลัพธ์ จะตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนการว่าสำเร็จตามจุดประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง 6) เปลี่ยนการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย หากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ได้ ให้ผู้ป่วยเลือกหรือเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติใหม่และปฏิบัติอีกครั้ง และ 7) ให้รางวัลแก่ตนเองถ้าทำสำเร็จ (Lorig, Holman, et al., 2013)

โดยในระยะแรกจะมีการนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคหัวใจ เป็นต้น ต่อมา Lorig et al. (2013) ได้นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองที่พัฒนามากจาก Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) (Lorig et al., 1999) มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมากกว่า 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ 1) การใช้เทคนิคทางปัญญาในการจัดการกับอาการ (use of cognitive symptom management techniques) 2) การจัดการด้านโภชนาการ ความเมื่อยล้า ความเจ็บปวดและการนอนหลับ (nutrition fatigue pain and sleep management) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคม (use community resource) และการใช้ยา (use medication) 4) การจัดการกับความกลัว ความโกรธและซึมเศร้า (dealing with fear, anger and depression) 5) การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (communication with orther including health professionals) 6) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) และ 7) การตัดสินใจ (Decision making)

ส่วนทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957) ที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลจากที่ไม่เป็นเหตุและผลให้เป็นความเชื่อที่เป็นเหตุและผล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมเป็นไปในทางที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎี ABC model (Ellis, 1957) มาใช้สำหรับการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการรู้คิด คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความเชื่อที่ผิดปกติ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความคาดหวังต่ออนาคตในด้านต่างๆ เช่น ความคาดหวังต่อความพึงพอใจ ความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จ ความคาดหวังต่อการยอมรับต่ำก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์เศร้า รู้สึกไม่มีความสุข (Rector et al., 2005)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบให้ดีขึ้น โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ 1-7 ตามแนวคิดเดิม โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับอาการทางลบเพิ่มเติม มีการปรับเนื้อหา และจัดเรียงลำดับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยจิตเภท และนำทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957) มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาให้มีขึ้นได้ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการร่วมกิจกรรม เน้นการให้ความรู้เรื่องหลักการจัดการด้วยตนเอง โดยอธิบายถึงขั้นตอนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอน มีการนำเนื้อหาทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมที่ 6 และ 7 ในแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง นำมารวมอยู่ในกิจกรรมที่ 1 เนื่องจากทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในหลักการจัดการตนเอง นำมาใช้ในการจัดการกับอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองต่อไป ซึ่งเนื้อหาในกิจกรรมเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในการเผชิญกับความเครียด จะหลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงได้ฝึกการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยฝึกแก้ไขกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวัน ฝึกการตัดสินใจที่จะวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้มีการให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้และเข้าใจลักษณะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งอยู่ในกิจกรรมที่ 2 กล่าวถึงการจัดการด้านโภชนาการ ความเมื่อยล้า ความเจ็บปวดและการนอนหลับ ผู้วิจัยจึงตัดเนื้อหาเรื่องความเมื่อยล้าและความเจ็บปวดออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะพบความเมื่อยล้าและภาวะความเจ็บปวดน้อย จะพบความผิดปกติที่เกิดจากด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย และมีการเพิ่มเติมเนื้อหาในเรื่องการดูแลตนเองและการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆ ให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักไม่สนใจตนเองและมีการแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โดยเนื้อหาในกิจกรรมที่จัดขึ้นจะประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองในเรื่อง โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในบ้าน

กิจกรรมที่ 3 มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ที่ปรากฏในกิจกรรมที่ 1 ตามแนวคิดการจัดการตนเอง คือ การใช้เทคนิคทางปัญหาในการจัดการกับอาการ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนหนึ่งเกิดจากการรู้คิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองในทางลบ มีความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ เช่น ความคาดหวังต่อการความพึงพอใจ ความคาดหวังต่อการยอมรับ ความคาดหวังต่อการประสบ

ความสำเร็จต่ำ ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงในการเผชิญกับปัญหา กลัวในการเข้าสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957) ที่อธิบายถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการทางความคิดของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุและผล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมเป็นไปในทางที่เหมาะสมขึ้น โดยเมื่อผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่เหมาะสม ผู้วิจัยนำกระบวนการจัดการตนเองมาเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยได้วางแผนการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้ป่วยเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ

กิจกรรมที่ 4 มีการดำเนินตามความแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมที่ 3 การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคมและการใช้ยา โดยผู้วิจัยได้ตัดเนื้อหาการใช้แหล่งประโยชน์ไปไว้ในกิจกรรมที่ 7 แทน เหลือเฉพาะเนื้อหาการใช้ยา เนื่องจากการรักษาด้วยยาจะช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยให้ลดลงและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมักจะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจนเกิดการกำเริบของโรคได้บ่อย ผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรมที่ 4 เป็นการพัฒนาทักษะการใช้ยา โดยเนื้อหาในกิจกรรมเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง รวมทั้งการฝึกทักษะการจดยาให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 5 มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ที่ปรากฏในกิจกรรมที่ 4 ที่กล่าวถึง การจัดการกับความกลัว ความโกรธ และซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยเน้นที่อารมณ์เศร้า เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นโรคที่เรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางลบมักจะพบอารมณ์เศร้าย่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความคาดหวังกับตนเองต่ำ รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่อยากที่จะทำกิจกรรมใดๆ เนื้อหาในกิจกรรม จึงเน้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจสาเหตุการเกิดอารมณ์เศร้า ค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ และตรวจสอบผลลัพธ์จากการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตามกระบวนการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 6 มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองที่ปรากฏในกิจกรรมที่ 5 ที่กล่าวถึง การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเนื้อหาที่มีการดำเนินตามแนวคิด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางลบจะมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม มีการพูดคุยลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบแยกตัว ขณะสนทนาก็จะไม่สบตา ทำให้การสื่อสารบกพร่องไป ดังนั้นเนื้อหาในกิจกรรมจึงกล่าวถึงทั้งการริเริ่มการสื่อสาร การสิ้นสุดสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการสื่อสารตามสถานการณ์สมมติที่จำลองขึ้น ฝึกการรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองแก่ผู้ให้บริการ และนำกระบวนการจัดการด้วยตนเองมาใช้ในการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสารดีขึ้น


กิจกรรมที่ 7 มีการดำเนินตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ที่ปรากฏในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งกล่าวถึงการใช้แหล่งประโยชน์ในสังคม โดยผู้วิจัยได้แยกกิจกรรมออกมาจากการใช้ยาตามแนวคิดเดิม พัฒนาเป็นกิจกรรม การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เนื้อหาในกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการวางแผนการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

ซึ่งสามารถสรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013)	ทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957)	การประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
<p>กิจกรรมที่ 6 การแก้ไขปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 7 การตัดสินใจ</p> <p>-กระบวนการจัดการด้วยตนเองประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดจุดประสงค์ 2. การค้นหาวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3. การวางแผนการกระทำตามเป้าหมาย 4. การดำเนินการตามแผนการที่กำหนดไว้ 5. การตรวจสอบผลลัพธ์ 6. การเปลี่ยนการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย 7. การให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อทำได้สำเร็จ <p>- เครื่องมือที่สำคัญในการจัดการตนเองได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะการแก้ไขปัญหา 2. ทักษะการตัดสินใจ 3. การวางแผนการปฏิบัติ 		<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ</p> <p>-ผู้วิจัยดำเนินตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ในส่วนของกิจกรรมที่ 6 การแก้ไขปัญหา และกิจกรรมที่ 7 การตัดสินใจ โดยนำกิจกรรมทั้งสอง มารวมไว้เป็นกิจกรรมที่ 1 เนื่องจาก การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยควรเรียนรู้ และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับอาการทางลบและปัญหาที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป</p> <p>-มีการให้ความรู้กระบวนการจัดการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการจัดการด้วยตนเอง สามารถวางแผนการ</p>

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013)	ทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957)	การประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
		<p>ปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการด้วยตนเองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม -มีเพิ่มเติมเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจลักษณะอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง -เนื้อหาในกิจกรรมที่เพิ่มเติมมาเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการทางลบ -การดำเนินกิจกรรมในใบงานทุกกิจกรรมจะเชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการด้วยตนเอง
<p>กิจกรรมที่ 2 การจัดการด้านโภชนาการ ความเมื่อยล้า ความเจ็บปวด และการนอนหลับ</p>		<p>กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้วิจัยได้คงลำดับกิจกรรมที่ 2 ไว้เช่นเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดในกิจกรรม โดยตัดเนื้อหาความเมื่อยล้าและความเจ็บปวดออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะพบปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013)	ทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957)	การประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
		<p>-มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในเรื่องการดูแลตนเอง คือ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเองและการใช้สารเสพติดเพื่อแก้ไข้ปัญหา</p> <p>-มีการนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอน ไปประยุกต์ใช้ในใบงาน ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง</p>
<p>กิจกรรมที่ 1 การใช้เทคนิคทางปัญญาในการจัดการกับอาการ</p>	<p>รูปแบบ ABC model แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยปรับความคิดให้เป็นเหตุและผล เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด</p> <p>-ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง แต่นำมาจัดเรียงลำดับไว้ในกิจกรรมที่ 3 โดยเชื่อมโยงการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดอาศัยทฤษฎี ABC model เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นความสัมพันธ์ของความคิดต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกทุกข์หรือไม่สบายใจ</p>

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013)	ทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957)	การประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
		จากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
กิจกรรมที่ 3 การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคม และการใช้ยา	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา</p> <p>-ผู้วิจัยได้ตัดเนื้อหาส่วนของการใช้แหล่งประโยชน์ในสังคมไปไว้ในกิจกรรมที่ 7 และคงเนื้อหาการใช้ยาไว้ เนื้อหาเนื้อหากิจกรรมการใช้ยามีรายละเอียดมาก แต่จัดเรียงลำดับไว้เป็นกิจกรรมที่ 4 โดยมีการกล่าวถึง ปัญหาการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การฝึกจิตยา ซึ่งเนื้อหาในกิจกรรมเกิดจากการทบทวนวรรณกรรม</p>
กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความกลัว ความโกรธและซึมเศร้า		<p>กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์</p> <p>-ผู้วิจัยได้จัดเรียงลำดับไว้เป็นกิจกรรมที่ 5 โดยเน้นการจัดการกับอารมณ์เศร้าเป็นหลัก เนื่องจากลักษณะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะพบลักษณะอารมณ์เศร้าย่วมด้วย</p>

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013)	ทฤษฎี ABC model ของ Ellis (1957)	การประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ		กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร -ผู้วิจัยยังคงกิจกรรมที่ 5 ไว้ตามแนวคิดการจัดการตนเองแต่จัดเรียงไว้เป็นกิจกรรมที่ 6
กิจกรรมที่ 3 การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคม และการใช้ยา	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน -ผู้วิจัยได้นำเนื้อหากิจกรรมการใช้แหล่งประโยชน์ในสังคมตามแนวคิดการจัดการตนเองในกิจกรรมที่ 3 จัดเรียงลำดับเป็นกิจกรรมที่ 7 เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางลบได้ด้วยตนเองแล้วผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทราบแหล่งทรัพยากรในชุมชนของตนเอง เพื่อให้สะดวกต่อการรับบริการหรือขอความช่วยเหลือ

โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Lorig et al. (2013) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันรวมทั้งหมด 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่สำคัญในการจัดการตนเอง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะการตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบอาการทางลบ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางลบ และผลกระทบของอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการจัดการตนเอง ตระหนักเกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน ให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง โทษของการใช้สารเสพติด เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ การแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับ ฝึกทักษะการดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดของร่างกาย การดูแลฟัน การดูแลผม และการแต่งกายที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น ได้ค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้ฝึกวางแผนการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเอง และสามารถนำแผนการดูแลตนเองที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันในแต่ละวัน ซึ่งการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สามารถพักผ่อนได้เป็นเวลา ดูแลตนเองได้ดีขึ้นและรู้จักใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เกิดความผ่อนคลาย ทำให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและสัมพันธ์ภาพในสังคมดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด โดยสอนและฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดโดยอาศัยรูปแบบ A-B-C model ที่ช่วยจัดการอาการทางลบที่มีสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านการรู้คิดของผู้ป่วยที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ มีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัด และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตนเองและหลีกเลี่ยงจากผู้คน อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน การจัดการกับอาการทางลบโดยการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบของตนเองจะช่วยลดอาการทางลบให้ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา โดยการให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และฝึกทักษะเรื่องการใช้ยาทางจิตเวช รู้ความสำคัญของการรับประทาน และการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ฝึกทักษะการอ่านฉลากยาและการจัดยารับประทานเอง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาและการจัดการกับปัญหาการใช้ยาอย่างถูกต้อง ช่วยลดปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ ลดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้

ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและมีอาการทางจิตดีขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ ฝึกการสำรวจอารมณ์และการเรียนรู้การจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้สำรวจเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าที่สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้อารมณ์ของตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการตระหนักรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เหมาะสม จะทำให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร เรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่น ตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา โดยจำลองสถานการณ์สมมติ ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ และการรายงานอาการตนเองแก่ผู้ให้บริการ ให้ผู้ป่วยแต่ละรายฝึกรายงานอาการของตนเอง วางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และนำไปปฏิบัติ ซึ่งการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น รู้จักการสื่อสารอาการตนเองผู้ให้บริการรับทราบอาการที่เป็นอยู่ ซึ่งทำให้การทำหน้าที่ด้านการติดต่อสื่อสารดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน โดยการให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ค้นหาวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ฝึกการวางแผนการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเองได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบดีขึ้น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

สุดาพร สถิตยุทธการ (2552) ได้ทำการศึกษาแบบทดลอง เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Kanfer (1991) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 40 คน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตในกลุ่มทดลองหลังได้รับการปฏิบัติที่โรงพยาบาลในการจัดการอาการด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Yajai Sitthimongkol et al. (2007) ได้ทำการศึกษาสำรวจเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทและครอบครัวในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนา สรุปผล และทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองในการเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดผลก่อนหลังการทดลองกลุ่มเดียว จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีการจัดการความเจ็บป่วย ทักษะการจัดการความเครียด การแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และหลังจากติดตามผลหลังจากการทดลอง 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น ครอบครัวผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้น การจัดการกับอาการด้วยตนเองจึงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ชัยภูษา คมขำ (2555) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับรูปแบบการฝึกทักษะในเรื่องการจัดการอาการและการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและการทำหน้าที่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อติญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) มาใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ได้ทำการศึกษาคำที่ใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามแนวคิดของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Lawn et al. (2007) ได้ทำการศึกษาแบบนำร่อง เรื่องโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยนำแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของสแตนฟอร์ดมาใช้กับผู้ป่วยจำนวน 38 คนที่ได้รับการวินิจฉัยมีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง พบว่าช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นหลังการทดลองนาน 3 เดือนและ 6 เดือน ทำให้เกิดเป็นรูปแบบการรักษาที่นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช

Kimhy et al. (2012) ได้ทำการศึกษาคำตระหนักรู้และการควบคุมทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทที่บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้และการควบคุมทางอารมณ์กับการทำหน้าที่ และทำเปรียบเทียบการตระหนักรู้และการควบคุมอารมณ์และการทำหน้าที่ว่ามีผลแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่มีความสุขจิตดี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 40 คนและผู้ที่มีความสุขจิตดีจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงถึงความบกพร่องในการระบุและอธิบายอารมณ์ของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ และมีการแก้ไขปัญหาที่ไม่ดี มีการใช้การแก้ปัญหาแบบเก็บกด การทำหน้าที่ที่ดีจะสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายอารมณ์ของตนเองได้ ความแตกต่างในการอธิบายอารมณ์ความรู้สึกร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 35

Zou et al. (2013) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องจำนวน 13 เรื่อง พบว่า การจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการลดการกลับเป็นซ้ำและการอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้ความรู้ในการจัดการอาการด้วยตนเองจะมีส่วนร่วมในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น สำหรับประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ยืนยัน เนื่องจากมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่ยืนยันว่าการให้ความรู้การจัดการอาการด้วยตนเอง ทำให้การทำ

หน้าที่ดีขึ้น งานวิจัยอีกส่วนหนึ่งแสดงผลตรงกันข้าม ผลการศึกษาสรุปว่า การให้ความรู้ในการจัดการอาการด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยจิตเภท ที่ควรจัดให้มีในการพยาบาลปกติ

Hunter and Barry (2012) ได้ศึกษาสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบและความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 295 คน ในประเทศแถบยุโรปจำนวน 11 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง การทำหน้าที่ที่ดีกว่าจะสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีงานทำ ดังนั้นจึงควรพัฒนารูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนและมีการทำหน้าที่ได้ดีพอต่อการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Stein-Parbury et al. (2012) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 84 คน เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายจำนวน 216 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับการจัดการความเจ็บป่วยต่ำกว่า โดยเฉพาะการเข้าใจอาการและการกระทำที่เหมาะสมซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพของตนเองที่แย่กว่า และการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยทางลบในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ตามแนวคิดของ Lorig et al. (2013) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม
ดังนี้

- ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้
เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ
- กิจกรรมที่ 2** การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการ
ดำรงชีวิตประจำวัน
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทาง
ลบโดยการจัดการทางความคิด
- กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการใช้ยา
- ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์
- กิจกรรมที่ 6** การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร
- ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 7** การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

- การทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภท
ที่มีอาการทางลบ
ตามแนวคิดของ
Rosen et al. (1989)
ประกอบด้วย 5 ด้าน
1. การติดต่อสื่อสาร
 2. การควบคุมอารมณ์
 3. ความรับผิดชอบ
 4. การดูแลตนเอง
 5. สัมพันธภาพในสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	x	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย O₁ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

O₂ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

O₃ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ = คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X = ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีอาการทางจิตทุเลาลง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรงด่วน (Staging) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2559) ผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลางหรือเล็กน้อย ซึ่งเป็นระดับอาการทางจิตที่ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมแบบกลุ่มได้
3. มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น ประเมินโดยเครื่องมือ PANSS โดยพิจารณาจากค่าผลต่างคะแนน Composite Scale มีคะแนนน้อยกว่า 0 ซึ่งค่า Composite Scale จะเป็นการแยกประเภทผู้ป่วยจิตเภทว่ามีลักษณะอาการทางบวกหรือทางลบที่เด่นกว่ากัน คะแนน Composite Scale คัดจากการนำคะแนน Positive Scale ลบด้วย Negative Scale ถ้า Composite Scale เป็นบวก คือ มากกว่า 0 แสดงว่า ผู้ป่วยมีอาการทางบวกเด่น แต่ถ้า Composite Scale เป็นลบ คือ น้อยกว่า 0 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, ม.ป.ป)
4. ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ยุติร่วมด้วย
5. ผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคเกี่ยวกับสมองหรือระบบประสาท
6. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
7. มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

Exclusion criteria

ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ Lorig et al. (2013) เรื่อง Effectiveness of Chronic Disease Self-management program for person with Serious Mental Illness: Translation Study มาร่วมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.14 % และมีโอกาสเกิดความคาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 19.86 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกจากตึกผู้ป่วยในจำนวน 4 ตึก แบ่งเป็นตึกหญิงจำนวน 2 ตึก และตึกชายจำนวน 2 ตึก และทำการจับสลากเลือกตึกหญิงและตึกชายอย่างละ 1 ตึก เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และตึกที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม ได้จำนวนผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจากตึกหญิงจำนวน 33 คน ตึกชายจำนวน 33 คน มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากตึกหญิงจำนวน 22 คน และตึกชายจำนวน 23 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 45 คน

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน (Match-Pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1). ระยะเวลาความเจ็บป่วย เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานกว่า จะมีการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า (Schennach-Wolff et al., 2009)

2) คะแนนอาการทางลบ เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมากกว่าจะมีการทำหน้าที่แย่กว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบน้อยกว่า (Llorca et al., 2012)

วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง มีวิธีปฏิบัติดังนี้คือ จับคู่ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย โดยกำหนดให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกับมากที่สุด ไม่เกิน 10 ปี และมีคะแนนอาการทางลบที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 4 คะแนน โดยผู้วิจัยทำการเรียงลำดับระยะเวลาความเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แล้วทำการเลือกจับคู่ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ให้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยทำการจับคู่ทีละคู่จนครบ 20 คู่ โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนที่ไม่สามารถจับคู่ได้เนื่องจากมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันมากกว่า 10 ปี จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนที่สามารถจับคู่กันได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยนำข้อมูลกลุ่มทดลอง ส่วนระยะเวลาความเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจากตึกหญิง 1 ตึกและตึกชาย 1 ตึก มาจัดเรียง และดำเนินการหาข้อมูลของกลุ่มควบคุมจากตึกหญิง 1 ตึกและตึกชาย 1 ตึก แล้วทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบตามเกณฑ์ที่กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่

เนื่องจากเมื่อนำคุณสมบัติของการจับคู่ เรื่องระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วยมาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้จะพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ระยะเวลาความเจ็บป่วยเท่ากับ 7.70 และ 9.05 ตามลำดับ แต่เมื่อนำข้อมูล

รายคู่มาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ pair t-test พบว่า ระยะเวลาความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-1.262$) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะกระทำโดยผู้วิจัยและมีการกำหนดรหัสในแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะถูกปกปิด (Single-blind trial) ไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนที่เข้าร่วมในการวิจัย จัดอยู่ในกลุ่มใด ผู้ช่วยวิจัยจะทราบเพียงแต่ว่ามีกลุ่มตัวอย่างใดบ้างเท่านั้น ซึ่งในการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัย ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยไม่แยกกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการประเมินผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญาแล้ว (ดังเอกสารแนบในภาคผนวก จ) โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการจัดการอาหารทางลบด้วยตนเอง เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ซึ่งจะไม่มีการข่มขู่บังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาผู้วิจัย และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายจนเข้าใจแล้วจึงสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท, สเปนญ อุ๋นนงศ์, ดารณศ เกษไสว, และปรากร ฅมยางกูร (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมิน

อาการทางลบ และแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2559)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต Rosen et al. (1989)
4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) เฉพาะข้อคำถามอาการทางลบที่แปลโดย ธนา นิลชัย โกวิท และคณะ (2543)

โดยเครื่องมือแต่ละชุดมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิท และคณะ (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามอาการทางบวก 7 ข้อ และอาการทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีระดับการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ระดับคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ระดับคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมากที่สุด

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้ง 7 ข้อในแต่ละด้านมารวมกัน โดยคะแนนอาการทางบวกและคะแนนอาการทางลบมีค่าคะแนนเป็นไปได้ระหว่าง 7- 49 คะแนน ในการแยกกลุ่มผู้ป่วยว่ามีอาการแสดงทางด้านบวกหรือลบเด่นกว่ากัน คิดผลต่างคะแนนจาก Composite Scale โดยการนำคะแนนอาการทางบวก มาลบกับ คะแนนอาการทางลบ ถ้าคะแนนน้อยกว่าศูนย์ (มีค่าเป็นลบ) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงด้านลบเด่น ถ้าคะแนนมากกว่าศูนย์ (มีค่าเป็นบวก) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงด้านบวกเด่น สำหรับการวิจัยนี้ เลือกลุ่มตัวอย่างจากค่า Composite Scale มีค่าเป็นลบ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบ

1.2 แบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale ฉบับประยุกต์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2559) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ประกอบด้วยข้อคำถามด้าน self-harm (G-HARD) จำนวน 4 ข้อ และ Violence (PHUA) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

1	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
3	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
5	หมายถึง	มีอาการมาก
7	หมายถึง	มีอาการมากที่สุด

คิดคะแนนโดยแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเป็น 4 ระดับ คือ

1 หมายถึง ผู้ป่วยระดับเล็กน้อย (Mild) มีผลการประเมิน G-HARD หรือ PHUA ได้ น้อยกว่า 5 คะแนน ในทุกข้อ

2 หมายถึง ผู้ป่วยระดับปานกลาง (Moderate) มีผลการประเมิน G-HARD หรือ PHUA ได้ 5 คะแนน เท่ากับ 1 ข้อ

3 หมายถึง ผู้ป่วยระดับรุนแรง (Sever) มีผลการประเมิน G-HARD หรือ PHUA ได้ 5 คะแนน เท่ากับ 2 ข้อ

4 หมายถึง ผู้ป่วยระดับวิกฤต (Critical) มีผลการประเมิน G-HARD หรือ PHUA ได้ 7 คะแนน เท่ากับ 1 ข้อ และ 5 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ หรือ 5 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับ 1 (Mild) และระดับ 2 (Moderate) เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) มีขั้นตอนการสร้างดังต่อไปนี้

1. การศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบของโรคจิตเภท แนวคิดและรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองตามแนวคิดของ Lorig et al. (2013)

2. สร้างโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง โดยอาศัยแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ประยุกต์เนื้อหากิจกรรมต่างๆ ตามแนวคิดให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

- 1) การกำหนดจุดประสงค์
- 2) การค้นหาวิธีเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่เป็นเป้าหมาย
- 3) วางแผนการกระทำตามเป้าหมาย
- 4) ดำเนินตามแผนการที่กำหนดไว้
- 5) ตรวจสอบผลลัพธ์
- 6) เปลี่ยนการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย

และ 7) ให้อาสาสมัครดูแลตนเองถ้าทำสำเร็จ โดยมีข้อตกลง 3 ประการที่เชื่อว่า 1) ผู้ป่วยมีความแตกต่างของโรคเรื้อรัง แต่มีความเหมือนในปัญหาการจัดการด้วยตนเองและโรคที่เป็นอยู่จะสัมพันธ์กับภาระหน้าที่ 2) ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบการจัดการตนเองในแต่ละวันกับโรคที่เป็นอยู่ 3) ความเชื่อมั่น ความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการด้วยตนเองจะเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป้าหมายของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยให้ผู้ป่วยได้รู้จักรับผิดชอบในการจัดการอาการด้วยตนเอง เพิ่มพูนความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันจำนวน 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมนาน 60-90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง และอาการ

ทางลบ

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมใจและเกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยการพูดคุยเรื่องทั่วไป แนะนำตัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบกิจกรรมที่จัดให้มีขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย เริ่มต้นเนื้อหากิจกรรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง สามารถนำขั้นตอนจัดการตนเองไปใช้ในการจัดการกับอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เรื่องความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การตั้งเป้าหมายการแก้ไขปัญหา การค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มีการตรวจสอบความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาศัยหลักการจัดการตนเองที่มีพื้นฐานจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาตามวิธีที่ตนเองได้เลือก มีการสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการดำเนินตามขั้นตอนการจัดการตนเองและวิธีการแก้ไขปัญหา เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในระดับที่ต่ำ (Rector et al., 2005) ดังนั้นหากผู้ป่วยได้ฝึกการแก้ไขปัญหา ได้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับความเครียดได้เหมาะสมขึ้น การฝึกทักษะการตัดสินใจ เป็นทักษะที่สำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อตัดสินใจในการกระทำของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ สาเหตุอาการทางลบ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลจากอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะอาการทางลบของตนเอง ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่บกพร่องไปของตนเอง เมื่อ

ผู้ป่วยมีความรู้และได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองได้

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญ

การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) ในเรื่องของโภชนาการ และการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภท แต่มีการเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนการทำความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน เนื่องจากพบว่าปัญหาเหล่านี้ สามารถพบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้บ่อย ผู้ป่วยมักจะขาดการดูแลความสะอาดของร่างกาย มีการใช้สารเสพติดเพื่อการแก้ไข้ปัญหา และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเองที่บกพร่องไป ฝึกทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยการทบทวนสิ่งที่ควรปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ฝึกทำตารางวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวัน เรียนรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการใช้สุราและสารเสพติด บอกโทษของการใช้สารเสพติด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยการค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ค้นหาวิธีการแก้ไข้ปัญหาการนอนไม่หลับ และการค้นหากิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ตนเองต้องการทำและแหล่งที่ทำกิจกรรม วางแผนการทำกิจกรรม บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม และให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยมองเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของตนเอง และนำมาวางแผนการปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการตนเอง สามารถนำวิธีการที่วางแผนไว้ นำสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีการตรวจสอบความมั่นใจในสิ่งที่เลือกปฏิบัติ และสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำตามแผนการที่วางไว้ มีการแลกเปลี่ยนวิธีการในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบที่ไม่สนใจตนเอง แยกตัว อยู่เฉยๆ ได้ตระหนักรู้หน้าที่ของตนเองและเกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และมีแผนการในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ช่วยลดอาการทางลบ และทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด

สาระสำคัญ

อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นด้าน การดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน ซึ่งอาการทางลบมีสาเหตุหนึ่งเกิดจากปัจจัยทางด้านความคิด ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการรู้คิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำ

ในเรื่องความพึงพอใจ มีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัด และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตนเองและหลีกเลี่ยงจากผู้คน (Rector et al., 2005) วิธีการจัดการกับอาการทางลบให้ลดลง จึงควรจัดการที่ความคิดทางลบและความเชื่อที่บิดเบือนไปของผู้ป่วย ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวความคิดจัดการอาการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) ในส่วนของการใช้ปัญญาในการจัดการกับอาการ โดยมีกรอบทฤษฎีแบบ A-B-C model ของ Ellis (1957) ในการเชื่อมต่อความคิด อาการและพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม โดยการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบ จากการสำรวจปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจหรือไม่สบายในชีวิตประจำวัน ผ่านรูปแบบ ABC model เน้นการปรับความเชื่อให้เป็นเหตุและผล และมีการวางแผนการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองผ่านขั้นตอนการจัดการตนเอง และให้ผู้ป่วยนำแผนการจัดการอาการทางลบที่วางไว้ ไปปฏิบัติ สำรวจผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในกลุ่มซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง ลดอาการทางลบของผู้ป่วยให้ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการใช้ยา เป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ความสำคัญของการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยาและการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา การฝึกทักษะการใช้ยาซึ่งดำเนินตามแนวความคิดจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) ในเรื่อง การใช้ยา และดำเนินกิจกรรมโดยอาศัยขั้นตอนการจัดการตนเอง โดยเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การมีภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา ความสำคัญและประโยชน์จากการใช้ยา การสำรวจอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทานและการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับการจัดการกับการใช้ยาที่เป็นปัญหาสำหรับตนเอง และนำแผนการที่วางไว้ไปปฏิบัติ เรียนรู้วิธีการจัดการรับประทานและฝึกทักษะการจัดการรับประทานเอง มีการสำรวจผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนการใช้ยา ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาการใช้ยาและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวชจะช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยให้ลดลง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง สังเกตได้จากการแสดงออกทางสีหน้าที่เรียบเฉย พฤติกรรมที่นิ่งเฉย ไร้อารมณ์ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์

หรือประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย โดยอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความตึงเครียด ความสูญเสีย ความรู้สึกผิด และความผิดหวัง การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การฝึกการสำรวจอารมณ์ การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น ได้ดำเนินการตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) โดยให้ผู้ป่วยได้อธิบายสาเหตุอารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกที่ตนเองกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า การฝึกทักษะจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยการค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า มีการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เหมาะสม มีการวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และนำแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่วางแผนไว้สู่การปฏิบัติ มีการตรวจสอบผลลัพธ์จากการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะช่วยให้การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น ลดอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร

สาระสำคัญ

การเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่นตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา การรายงานอาการตนเองแก่ผู้ให้บริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเองกับผู้ให้บริการ ซึ่งดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) โดยให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการจำลองสถานการณ์สมมติ ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์ต่างๆ สำรวจทักษะการติดต่อสื่อสารที่ตนเองได้ปฏิบัติ และเรียนรู้ทักษะการเริ่มต้นการสนทนาและการสิ้นสุดการติดต่อสื่อสารที่ควรปฏิบัติ ได้ฝึกรายงานอาการของตนเองกับผู้ให้บริการ และเสนอความคิดเห็นของตนเองต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับอย่างเหมาะสม มีการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และนำแผนการที่วางไว้ไปปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

สาระสำคัญ

แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มีหลายรูปแบบ และเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ หรือเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว มีผู้ให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งได้ดำเนินการตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig et al. (2013) โดยการให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาและการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนของตนเอง ได้วางแผนการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้และรู้จักการใช้แหล่งทรัพยากรที่อยู่ใน

ชุมชนของตนเองจะช่วยลดเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษา อีกทั้งจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการช่วยเหลือเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือต้องการคำปรึกษาได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองและคู่มือการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาวิจัย ปรับแก้ไขตามแนะนำของอาจารย์ จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยหาค่าความตรงของเนื้อหา ด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยผู้ปฏิบัติการผู้วิจัยชั้นสูง สาขาการวิจัยสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและให้คำแนะนำแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ มีเนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจนและภาษาที่เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ไขดังนี้

1. ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็น 60 - 90 นาที
2. ปรับรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองและอาการทางลบ

- วัตถุประสงค์ในกิจกรรมมีจำนวนมากเกินไป ทำให้เนื้อหาแน่นมาก ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมากเกินไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหา ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และวัตถุประสงค์ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับรูปแบบกิจกรรม

- ใ้ความรู้ที่ 1/1 ให้แยกเนื้อหาเป็นส่วนๆ ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหา กิจกรรมให้เกิดความชัดเจน กระชับ และเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

- ใ้งานมีจำนวนหลายกิจกรรม ควรลดจำนวนกิจกรรมให้น้อยลง ผู้วิจัยได้แก้ไขจำนวนกิจกรรมที่จัดให้มีขึ้น ให้สอดคล้องกับเนื้อหา กิจกรรม และปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น

- ใ้งานที่ 2/5 ควรปรับให้ใช้หลักการเดียวกับกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยปรับใ้งานใ้มีลำดับขั้นตอนที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด

- ใบงานที่ 3/1 ให้เน้นทบทวนความคิด ประสบการณ์เก่าของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบใบงานให้สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วย เข้าใจได้ง่ายขึ้นและมีตัวอย่างประกอบ
- ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมนานเกินไป ผู้วิจัยได้ปรับระยะเวลาให้มีความเหมาะสมขึ้นเป็น 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา

- ใบความรู้ที่ 4 แก้ไขภาษาที่ใช้เขียน ผู้วิจัยมีการปรับเนื้อหาให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น
- ใบงานที่ 4/2 สมุดการบ้าน ผู้ป่วยจดบันทึกเยอะ ผู้วิจัยปรับแก้ไขรูปแบบกิจกรรมให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

- ใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง อารมณ์เศร้า ให้เพิ่มเติมวิธีการแก้ไขอารมณ์เศร้า ให้มากขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาใบงานให้มีความชัดเจน เพิ่มวิธีการจัดการอารมณ์เศร้าให้มากขึ้น
- ใบความรู้ที่ 5/2 วิธีการจัดการอารมณ์ ควรเป็นวิธีการที่ใช้ได้เลย ผู้วิจัยมีการปรับเนื้อหาให้ชัดเจน เข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร

- ใบงานที่ 6/1 ค่อนข้างยาก ผู้ป่วยต้องมีความสามารถทางความคิดที่ดี การแสดงบทบาทสมมติยากไปไหม ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขสถานการณ์สมมติให้มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทสมมติได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

- ใบงานที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน มีข้อความถามมากเกินไป ผู้วิจัยได้ปรับข้อความที่อาจมีเนื้อหาซ้ำซ้อนออกไป ลดจำนวนข้อความลง

หลังการปรับแก้ไขกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มละ 5 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองจนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกลุ่ม หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมจนเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาและกิจกรรมต่างๆ ได้ดีพอสมควร แต่ลักษณะคำถามใบงานที่ 1/2 ในคำถามข้อ 2 ที่ถามว่า เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคืออะไรของคุณคือ และคำถามข้อ 7 ที่ถามว่า คุณจะทำอย่างไร ปัญหาถูกแก้ไขแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในคำถาม และไม่รู้จะตอบคำถามในลักษณะใด ผู้วิจัยต้องมีการอธิบาย และการชี้แนะเพิ่มเติมโดยเฉพาะในช่วงกิจกรรม

ที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่คุ้นชินกับลักษณะข้อคำถามต่างๆ เมื่อผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างประกอบและฝึกทำใบงาน ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจมากขึ้นและสามารถร่วมกิจกรรมต่อไปได้ง่ายขึ้น โดยระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมครั้งแรกจะนานประมาณ 90 นาที กิจกรรมครั้งต่อไปประมาณ 60-90 นาที ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 7 กิจกรรม ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองนำมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.2 แบบวัดทักษะชีวิต ใช้สำหรับวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ที่มีการแปลเป็นไทยโดยอรวรรณ วรรณชาติ (2550) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ จำนวน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านความรับผิดชอบจำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ

ระดับ 2 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย

ระดับ 3 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติสูง

แบบวัดทักษะชีวิตในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีการการคิดคะแนน โดยนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนอยู่ต่ำสุดคือ 39 และสูงสุดคือ 156 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนที่รวมได้มาเทียบกับค่ามาตรฐาน = 120 คะแนน ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าค่ามาตรฐาน แปลว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ระดับต่ำ ถ้าคะแนนรวมมากกว่าค่ามาตรฐาน แปลว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ระดับสูง หรือหากพิจารณาในแง่ทิศทางของคะแนนสามารถแปลผลคะแนนได้ว่าคะแนนที่สูงกว่าคือมีการทำหน้าที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หากความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยผู้ปฏิบัติการผู้วิจัยชั้นสูง สาขาการผู้วิจัยสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 4

คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงระดับ 1 คือไม่เห็นด้วย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมา คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่า CVI ที่ยอมรับคือ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัย คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ พบว่า แบบวัดทักษะชีวิตที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ดังนั้นแบบวัดทักษะชีวิตที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

- ปรับแก้ไขแบบวัดทักษะชีวิต โดยจัดเรียงลำดับข้อใหม่ให้เป็นหมวดหมู่ แยกเป็น 5 ด้าน เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

1. ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1-10
2. ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 11- 22
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 23-28
4. ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 29-34
5. ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 35-39

- แก้ไขข้อความในข้อ 4 จากเดิมผู้ป่วยแสดงความอบอุ่นต่อคนอื่นหรือไม่ เป็นผู้ป่วยแสดงความ เป็นมิตรต่อคนอื่นหรือไม่

ข้อ 10. ผู้ป่วยมีการแต่งตัวเรียบร้อย (เช่น เสื้อผ้าเรียบร้อย หวีผม) ดีหรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยมีการ แต่งตัวเรียบร้อย เหมาะสม (เช่น เสื้อผ้าเรียบร้อย หวีผม) ดีหรือไม่

ข้อ 11. ผู้ป่วยมีการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมต่อสภาวะแวดล้อม (การแสดงสีหน้า อากัปกิริยา) หรือไม่ ปรับเป็น ผู้ป่วยการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์และสภาวะแวดล้อม (การแสดงสีหน้า อากัปกิริยา) หรือไม่

ข้อ 12. ผู้ป่วยมีการอาบน้ำได้เองโดยไม่ต้องเตือนหรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยอาบน้ำได้เองโดยไม่ต้อง กระตุ้นเตือนหรือไม่

ข้อ 15. ผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพทางกายของตนเองหรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ต่อ สุขภาพร่างกายของตนเองหรือไม่

ข้อ 20. ผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา (เช่น ปล่อยเวลากับการนั่งเฉยๆ หรือยืนเฉยๆ โดยไม่ทำอะไรเลย) หรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา (เช่น ปล่อยเวลากับการนั่งเฉยๆ หรือยืนอยู่อย่างเฉยๆ โดยไม่สนใจอะไร/ไม่ทำอะไรเลย) หรือไม่

ข้อ 21. ผู้ป่วยมีสิ่งให้ความสนใจ (เช่น งานอดิเรก กีฬา กิจกรรม) และทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยมีสิ่งให้ความสนใจ (เช่น งานอดิเรก กีฬา กิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน) และทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

ข้อ 22. ผู้ป่วยเข้าร่วมองค์กรทางสังคม (เช่น โบสถ์ สโมสร หรือกลุ่มที่น่าสนใจที่นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัด) หรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยเข้าร่วมองค์กรทางสังคม (เช่น วัด สโมสร หรือกลุ่มที่น่าสนใจที่นอกเหนือไปจากกลุ่มจิตบำบัด/กลุ่มบำบัด) หรือไม่

ข้อ 26. ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย (แม้จะไม่มีการทำงาน เกษียณอายุ หรืองานบ้านที่ไม่ได้ค่าตอบแทน) ปรับเป็นความสามารถในการทำงานของคุณ (ช่วยกิจการที่บ้าน หรืองานบ้านที่ไม่ได้ค่าตอบแทน)

ข้อ 27. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ระมัดระวัง (เช่น ไม่สนใจจราจร เมื่อกำลังข้ามถนน) หรือไม่ ปรับเป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือไม่ระมัดระวัง (เช่น ไม่สนใจจราจร ระหว่างข้ามถนน) หรือไม่

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความเข้าใจของภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ยอมรับคือ .80 ขึ้นไป ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทักษะชีวิตเท่ากับ 0.94

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (ม.ป.ป) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีระดับการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ระดับคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ระดับคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมากที่สุด

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 7 ข้อมารวมกัน โดยมีคะแนนอาการทางลบที่เป็นไปได้ระหว่าง 7 - 49 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการทางลบมาก และคะแนนต่ำแสดงว่ามีอาการทางลบน้อย และนำคะแนนอาการทางลบที่เป็นคะแนนดิบ มาแปลผลเป็นคะแนนมาตรฐาน T-score เพื่อให้สามารถทำการเปรียบเทียบคะแนนในสเกลหนึ่งกับสเกลอื่นได้ โดยทำการเทียบคะแนนดิบกับค่าคะแนน T-score ในแผนภูมิ PANSS Profile Form ในคู่มือการใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (โรงพยาบาลจิตเวช เลย์ราชนครินทร์, ม.ป.ป) ซึ่งคะแนน T-score ที่ปรากฏ เป็นการคิดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งถือเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรฐาน ไม่ใช่ค่า T-score จากการอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แนวทางในการแปลผล T-score มีดังนี้

T-score มากกว่า 70	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ
66-70	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
61-65	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
56-60	หมายถึง	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
45-55	หมายถึง	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
40-44	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
35-39	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
30-34	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
ต่ำกว่า 30	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากๆ

เกณฑ์กำกับการทดลอง

สำหรับการวิจัยนี้จะใช้ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 7 กิจกรรมแล้ว โดยถือเกณฑ์การประเมิน PANSS ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบบอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยหรือต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และหากผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่า 55 คะแนน ผู้วิจัยจะต้องกลับไปดูคะแนนในแต่ละหัวข้ออย่างละเอียด เพื่อพิจารณาถึงสาเหตุและปัญหา ผู้วิจัยและผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ทำการประเมินอาการทางลบของกลุ่มทดลองทันที โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองทุกคน มีคะแนนอาการทางลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่าหรือเท่ากับ T score 55 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบ ปรับแก้ไขตามแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา ความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยผู้ปฏิบัติการผู้วิจัยชั้นสูง สาขาการผู้วิจัยสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงระดับ 1 คือ ไม่เห็นด้วย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ดังนั้นแบบประเมินอาการทางลบ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความเข้าใจของภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.90

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเตรียมการทดลอง 2. ระยะดำเนินการทดลอง และ 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้ถูกต้องและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัย โดยมีการเตรียมการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ เกี่ยวกับแนวความคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการที่

ถูกต้อง นำความรู้ด้านการวิจัยสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาใช้ด้วย รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมให้พร้อม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้วิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยผู้ปฏิบัติการผู้วิจัยชั้นสูง สาขาการวิจัยสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และมีการหาความเที่ยงเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เนื้อหามีความครอบคลุม ชัดเจน มีภาษาที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะผู้วิจัยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะผู้วิจัยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอนวิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายและชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงการใช้แบบวัดทักษะชีวิตแบบประเมินอาการทางจิต (PANSS) พร้อมทั้งให้คู่มือการใช้แบบประเมินอาการทางจิต เพื่อประเมินคัดเลือกร่วมตัวอย่างเป็นการวิจัย และประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้ช่วยวิจัย ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และขออนุญาตศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

1.7 เมื่อผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 45 คน โดยเลือกจับคู่แยกตามตึก จากจำนวนตึกหญิง 2 ตึก และตึกชาย 2 ตึก จับคู่ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย โดยกำหนดให้แต่ละคู่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี และคะแนนอาการทางลบแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 20 คู่ และจับฉลากเลือกตึกหญิงและตึกชาย อย่างละ 1 ตึก เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

1.9 ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน PANSS เฉพาะข้อความกลุ่มอาการลบ และประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al. (1989) ในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-Pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	ระยะเวลา	คะแนน	ระยะเวลา	คะแนน	
	ความเจ็บป่วย	อาการทางลบ	ความเจ็บป่วย	อาการทางลบ	
1	1	23	1	23	
2	1	21	1	19	
3	1	23	2	24	
4	3	20	4	23	
5	4	19	4	21	
6	6	26	10	23	
7	14	23	10	20	
8	14	22	10	21	
9	17	22	10	19	
10	28	23	20	19	
11	1	19	1	17	
12	1	24	1	25	
13	5	19	7	19	
14	5	25	10	24	
15	5	21	10	21	
16	5	21	10	18	
17	9	18	10	17	
18	10	26	20	24	
19	12	21	20	18	
20	12	20	20	18	
รวม	$\bar{X} = 7.70$	$\bar{X} = 21.80$	รวม	$\bar{X} = 9.05$	$\bar{X} = 20.65$

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ทำการจับคู่กันมีระยะเวลาความเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี และมีคะแนนอาการทางลบแตกต่างกันไม่เกิน 4 คะแนน ซึ่งเมื่อเทียบระยะเวลาความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว มีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบ pair t-test เพื่อดูความแตกต่างของระยะเวลาความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ระยะเวลาความเจ็บป่วยของสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.262$)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2) โดยได้รับการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง จำนวนกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมต่อครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ระยะเวลาในกิจกรรมแต่ละครั้ง 60-90 นาที ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยใน
ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่ม	วันที่	เวลา
1	1. การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ตนเองและอาการทางลบ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	14 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	15 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
	2. การส่งเสริมทักษะการดูแล ตนเองในชีวิตประจำวัน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	14 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	15 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
2	3. การพัฒนาทักษะการจัดการ อาการทางลบโดยการจัดการ ทางความคิด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	17 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	18 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
	4. การพัฒนาทักษะการใช้ยา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	17 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	18 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
3	5. การพัฒนาทักษะการจัดการ กับอารมณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	20 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	21 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
	6. การพัฒนาทักษะ การติดต่อสื่อสาร	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	20 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	21 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.
4	7. การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรใน ชุมชน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	24 มิถุนายน 2559	10.00-11.30 น.
		กลุ่มที่ 2 (10 คน)	24 มิถุนายน 2559	13.00-14.30 น.

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 7
ในกลุ่มทดลอง และในสัปดาห์ที่ 2 สำหรับกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วย
โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท เฉพาะด้านลบ จำนวน 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการทางลบ
ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองและอาการทางลบ วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน
5. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการตัดสินใจเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองได้
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยภายในกลุ่ม
2. บอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม
3. บอกขั้นตอนและเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้
4. บอกวิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน
5. วางแผนตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้
6. บอกถึงอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมใจและเกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยการพูดคุยเรื่องทั่วไป แนะนำตัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบกิจกรรมที่จัดให้มีขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการตัดสินใจเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ สาเหตุอาการทางลบ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการจัดการตนเองได้ ทราบอาการทางลบที่เป็นปัญหาของตนเอง และการฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาลดลงและตัดสินใจ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 แบบทดสอบความรู้การจัดการตนเอง
2. ใบงานที่ 1/2 การแก้ไขปัญหาคความเครียดในชีวิตประจำวัน

3. ใบบางที่ 1/3 การตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. ใบบางที่ 1/4 การสำรวจอาการทางลบ
5. ใบบางที่ 1/1 ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง
6. ใบบางที่ 1/2 ทักษะการแก้ไขปัญหาและความเครียด
7. ใบบางที่ 1/3 ทักษะการตัดสินใจและการวางแผนการปฏิบัติ
8. ใบบางที่ 1/4 อาการทางลบ
9. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น
2. ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นรูปวงกลม แนะนำตัว เริ่มจากขวามือของผู้วิจัยโดยบอกชื่อ-สกุล ชื่อเล่น จังหวัดที่อยู่ และแจกป้ายชื่อให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนติดไว้ที่เสื้อ
3. สนทนากับผู้ป่วยโดยสอบถามเรื่องทั่วๆไปก่อนเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรบ้าง” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ๖ ชั่วโมง เวลามา สถานที่ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการจัดการตนเอง และเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองตามใบบางที่ 1/1 ให้ผู้ป่วยทำใบบางที่ 1/1 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาความเครียดและขั้นตอนการแก้ไขปัญหาตามใบบางที่ 1/2
8. ให้ผู้ป่วยสำรวจความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวัน ฝึกแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นและวางแผนการแก้ไขปัญหาความเครียดตามใบบางที่ 1/2
9. ให้ผู้ป่วยภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละคน
10. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจและการวางแผนตามใบบางที่ 1/3
11. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการตัดสินใจในการเลือกวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทำใบบางที่ 1/3 และให้ผู้ป่วยภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่
12. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาการตัดสินใจ การวางแผนการปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

13. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง อาการทางลบ สาเหตุการเกิดอาการทางลบตามใบความรู้ที่ 1/4
14. ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปัญหาอาการทางลบที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของตนเอง โดยทำใบงานที่ 1/4
15. ให้ผู้ป่วยภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางลบ และผลที่เกิดจากอาการทางลบของตนเอง
16. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาอาการทางลบ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางลบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในเรื่องอาการทางลบ
17. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาทั้งหมดในกิจกรรมที่ 1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 2

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม มีความตั้งใจ ความสนใจ มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. ผู้ป่วยเรียงลำดับขั้นตอนการจัดการตนเองและบอกเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหาคความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้
5. ผู้ป่วยมีแผนการดูแลสุขภาพตนเอง
6. ผู้ป่วยบอกถึงอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเงียบ ไม่กล้าพูดคุย เมื่อผู้วิจัยทักทาย โดยการสอบถามเรื่องทั่วไปตามกระบวนการกลุ่ม มีการแนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น ผู้ป่วยบางส่วนจะเริ่มรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ขณะที่อีกส่วนหนึ่งจะนั่งฟังเงียบๆ เมื่อผู้วิจัยกระตุ้น สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีความยินดีในการร่วมกลุ่มกิจกรรม

จากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดี มีการซักถามข้อสงสัยระหว่างการเข้ากลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มที่ดีและเป็นมิตร สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมได้

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการจัดการตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยเข้าใจในวิธีการและกระบวนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกด้วยการซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มมากขึ้นและทวนซ้ำ พร้อมการ

ยกตัวอย่างให้ฟัง ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1/1 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจกระบวนการจัดการตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนและเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งประเมินจากคำตอบจากใบงาน

ลำดับต่อมาผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาความเครียดและการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยสำรวจความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองตามใบงานที่ 1/2 ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกปัญหาความเครียดของตนเองได้ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความเครียดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ปัญหาทางครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวเกิดความไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน มีพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว ใช้คำพูดสั่งห้ามทำโน่นทำนี่ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเกิดความไม่เข้าใจกัน เหนื่อยล้าในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (ต้องดูแลมารดาที่ป่วย)

- จากการทำงาน เช่น ไม่มีงานทำ ทำงานมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย

- ความผิดหวังในชีวิต เช่น การเรียนตกต่ำ ไม่มีงานทำ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงาน

- การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

- จากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และขณะอยู่โรงพยาบาลเกิดความเครียดจากการอยากกลับ คิดถึงลูก เป็นห่วงการเรียน การทำงาน

เป้าหมายในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยคือ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น หายเครียด สบายใจ พักผ่อนได้ กลับไปทำงาน ไปเรียนได้

เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยได้วางแผนการแก้ไขปัญหาความเครียดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา พบว่าผู้ป่วยสามารถที่จะวางแผนการแก้ไขปัญหาความเครียดตามสาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยวิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดที่แตกต่างกันดังนี้

- อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง

- พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หากคนให้คำปรึกษา

- ไปออกกำลังกายโดยการ เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น

- สวดมนต์ นั่งสมาธิ ไปวัด ตักบาตร

- หากิจกรรมทำ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำอาหารรับประทาน

- นอนหลับพักผ่อน

- ออกไปข้างนอกบ้าน เดินเล่น ไปเที่ยว ชื้อของ ไปหาเพื่อน

- รับประทานยาคลายเครียด

- ไปพบแพทย์

ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยคาดหวังเมื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้คือ การหายเครียด สบายใจ นอนหลับพักผ่อนได้ มีงานทำ

ลำดับต่อมาผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการทำใบงาน 1/3 และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเองในด้านร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องเดือน ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี พักผ่อนได้เพียงพอ สามารถทำงานได้ ขณะทำกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการตัดสินใจ ไม่สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแผนการที่เลือกทำได้ แต่เมื่อผู้วิจัยให้คิดทบทวน ผู้ป่วยทุกคนสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองได้สำเร็จ ซึ่งพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการดำเนินการตามแผนการที่วางไว้คือ อารมณ์ดีขึ้น ดูแลตนเองได้ ร่างกายสะอาด สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ เกิดความสบายใจ มีความสุข ร่างกายแข็งแรง เกิดความภาคภูมิใจ โดยผู้ป่วยส่วนน้อยวิเคราะห์โอกาสที่จะไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมาย เนื่องจากความเกียจคร้าน โดยบอกวิธีการแก้ไขคือ ต้องขยัน รับผิดชอบตนเอง และเมื่อสอบถามความมั่นใจผู้ป่วยส่วนมากให้ระดับความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติอยู่ที่ระดับ 7-9 คะแนน มีผู้ป่วยส่วนน้อยให้คะแนนระดับ 5 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยให้คิดทบทวนแผนการตนเอง ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น ระดับคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 7 คะแนน

ช่วงที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางลบ ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองตามใบงานที่ 1/4 และให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกอาการทางลบและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยอาการทางลบที่พบได้จากมากไปน้อย คือ อาการพูดน้อย รู้สึกอยากนอนทั้งวัน ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดรู้สึกชื่นชอบหรือมีความสุข แยกตัว อยากรอยู่คนเดียวมากกว่าอยู่กับผู้อื่น รู้สึกไม่อยากจะทำอะไร ความสนใจต่องานอดิเรกและกิจกรรมลดลง สร้างสัมพันธภาพ เคลื่อนไหวช้า และซึมเฉย ไม่สบตา โดยส่งผลต่อผู้ป่วยดังนี้ พูดคุยกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่อยากรับผิดชอบหน้าที่ แยกตัวเอง ไม่คุยกับใคร อยู่คนเดียว รู้สึกเบื่อ ไม่ทำอะไร ไม่อยากทำงาน ขาดรายได้ เกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในตนเอง

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 1

ใบงานที่ 1/3 การตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรม คำชี้แจง ให้คุณเขียนแผนการจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เป้าหมายด้านการดูแลสุขภาพของคุณคือ เพื่อร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่แจ่มใส สดใส
2. ถ้าคุณจะให้ตนเองไปสู่เป้าหมายในข้อ 1 ได้ คุณจะต้องทำอย่างไร
 - 1) คิดมองโลกในแง่ดี
 - 2) การออกกำลังกาย
 - 3) เลือกรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์
 - 4) การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดที่มีผลเสียต่อร่างกาย

3. จากคำตอบในข้อ 2 คุณวางแผนตนเองไว้จะทำอะไรเป็นลำดับแรก จะทำเมื่อไร และทำบ่อยแค่ไหน

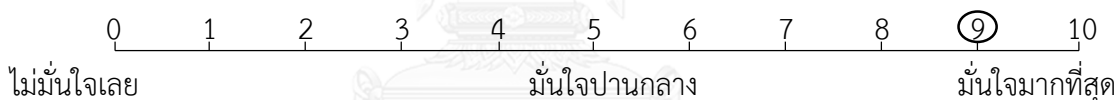
เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยการรับประทานอาหารที่มีกากใย วิตามิน และเกลือแร่

รับประทานอาหารให้เป็นเวลา วันละ 3 มื้อ

4. จากคำตอบในข้อ 3 ให้คุณเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแผนการที่คุณเลือกที่จะทำ โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือ ไม่มีความสำคัญ ถึง คะแนน 5 คือ มีความสำคัญมากที่สุดที่จะทำ

แผนการดูแลของตนเองที่คุณจะทำคืออะไร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์			
ข้อดี	ค่าคะแนน	ข้อเสีย	ค่าคะแนน
ร่างกายแข็งแรง	5	-	
จิตใจแจ่มใส	5	-	
คะแนนรวม	10	คะแนนรวม	

4. คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนที่จะดำเนินการตามแผนการที่คุณวางไว้ให้สำเร็จ ให้คุณวงกลมรอบตัวเลข 0 ถึง 10



5. คุณจะวัดผลลัพธ์ของแผนการดูแลตนเองที่คุณจะทำ จากอะไร

สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น

6. มีโอกาสที่คุณจะไม่บรรลุตามเป้าหมายไหม มี

แล้วคุณจะแก้ไขปัญหายังไง เพิ่มความสนใจตนเองให้มากขึ้น

7. ถ้าคุณทำสำเร็จตามเป้าหมาย คุณจะได้อะไร มีสุขภาพที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่แจ่มใส

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด
3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เป็นเวลา
4. ผู้ป่วยสามารถหากิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในบ้านได้
5. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันได้

6. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวันได้
2. บอกถึงการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้และโทษของสารเสพติด
3. บอกวิธีการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับได้
4. วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้านได้
5. วางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันได้
6. ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้านโดยการเรียนรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการใช้สุราและสารเสพติด โทษของการใช้สารเสพติด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ การแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับ การดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน และการค้นหากิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ตนเองต้องการทำและแหล่งที่ทำกิจกรรม วางแผนการทำกิจกรรม ซึ่งการฝึกทักษะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบที่ไม่สนใจตนเอง แยกตัว อยู่เฉยๆ ได้ตระหนักรู้หน้าที่ของตนเองและเกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และมีแผนการในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ช่วยลดอาการทางลบ และทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 ตารางกิจกรรมดูแลตนเอง
2. ใบงานที่ 2/2 การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการหลีกเลี่ยงสารเสพติด
3. ใบงานที่ 2/3 การนอนไม่หลับ
4. ใบงานที่ 2/4 การทำกิจกรรมกับครอบครัว
5. ใบงานที่ 2/5 แผนการดูแลตนเองในแต่ละวัน
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ทักษะการดูแลตนเอง
7. ใบความรู้ที่ 2/2 การเลือกรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงสารเสพติด
8. ใบความรู้ที่ 2/3 การนอนไม่หลับ
9. ใบความรู้ที่ 2/4 กิจกรรมยามว่าง

10. สมุดการบ้าน การดูแลตนเองในแต่ละวัน
11. บัตรคำหัวข้อ การดูแลตนเอง
12. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย ทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 1 เกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 เรื่อง การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน
2. ให้ผู้ป่วยบอกปัญหาการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองตั้งแต่การอาบน้ำ การดูแลฟัน การดูแลผม การแต่งกายที่เหมาะสมตามใบความรู้ที่ 2 และให้ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนสลับกันออกมาบอกขั้นตอนการดูแลตนเองตามที่จับฉลากได้ในหัวข้อนั้นๆ
4. ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 2/1 ตารางกิจกรรมการดูแลตนเอง
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดตามใบความรู้ที่ 2/2
6. ให้ผู้ป่วยบอกวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและบอกถึงโทษของการใช้สารเสพติดตามใบงานที่ 2/2 และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันภายในกลุ่ม
7. ให้ผู้ป่วยอภิปรายเรื่อง ปัญหาการนอนหลับ สาเหตุการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 2/3 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการพักผ่อนตามความรู้ที่ 2/3
9. ให้ผู้ป่วยได้คิด ค้นหากิจกรรมที่เคยทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวแล้วก่อให้เกิดความสุข กิจกรรมที่อยากจะทำต่อไปในอนาคต กิจกรรมที่คิดจะทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และสถานที่ที่ทำการกิจกรรม โดยให้วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน ตามใบงานที่ 2/4
10. ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน
11. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาตามใบงานที่ 2/4 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่ชัดเจน
12. ให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันตามใบงานที่ 2/5 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย
13. มอบหมายสมุดการบ้านให้ผู้ป่วยนำการวางแผนการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันตามใบงานที่ 2/5 ไปปฏิบัติ และนำมาอภิปรายผลลัพธ์จากการปฏิบัติก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งต่อไป
14. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาการทำกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และกำหนดการนัดหมายทำกิจกรรมที่ 3

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกปัญหาการดูแลตนเองและวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กับตนเองและโทษของสารเสพติดได้
3. ผู้ป่วยบอกสาเหตุปัญหาการนอนไม่หลับและการแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับของตนเองได้
4. ผู้ป่วยมีแผนกิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว
5. ผู้ป่วยวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันได้
6. ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลตนเองที่วางไว้

ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธี ขั้นตอนการดูแลตนเองในเรื่อง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมได้ โดยปัญหาที่พบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาเรื่อง การไม่สนใจการดูแลความสะอาด ร่างกายตนเอง การนอนไม่หลับ การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การเลือกรับประทานอาหาร และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนสามารถวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละวันได้ มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะไม่มีการทำกิจกรรมใดๆ ระหว่างวัน เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหากิจกรรมทำระหว่าง ช่วงว่างของวัน ผู้ป่วยจะเลือกการฟังเพลง การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน เป็นต้น

ตารางที่ 4 ตัวอย่างตารางกิจกรรมการดูแลตนเองใน 1 วัน

เวลา	กิจกรรม
07.00- 08.00 น.	ตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหารรับประทาน
08.00- 11.00 น.	ปิดกวาด ทำความสะอาดบ้าน
11.00- 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน รับประทานผลไม้
13.00- 16.00 น.	ดูทีวี ฟังเพลงเพราะๆ
16.00- 17.00 น.	เดินออกกำลังกายรอบๆบ้าน
17.00- 18.00 น.	ทำอาหารเย็น รับประทานอาหารเย็น รับประทานยา
18.00-19.00 น.	อาบน้ำ
19.00 -20.00 น.	เข้าห้องนอน

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้และสามารถบอกโทษของการใช้สารเสพติดที่มีผลต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมได้ โดยจะพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่า สารเสพติดมีผลต่อตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ทำให้มีความสุข เกิดความผ่อนคลายและสดชื่น การดื่มสุรา ทำให้ถ้าเมาจะทำให้ใจกล้า สัมเรื่องราวต่างๆ มีความสุข ร่างกายอบอุ่น และการใช้สารเสพติดอื่น เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ทำให้กระตุ้นประสาท เกิดความขยัน ทำงานได้เยอะๆ เพลิดเพลิน เคลิบเคลิ้ม ไม่เครียด จึงได้ให้ผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์

เปรียบเทียบผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งผลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ป่วยทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าสิ่งเสพติดส่งผลเสียมากกว่า เช่น การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจ ฉุกเฉินไปร้องพองร่างกายเสื่อมโทรม มีกลิ่นปาก ฟันเหลือง เสียเงิน การดื่มสุรา ส่งผลให้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ดับแข็ง มะเร็ง ไม่มีสมาธิ สมองไม่ปลอดภัย คลุ้มคลั่ง มีกลิ่นปาก มือสั่น คลุ้มคลั่ง โวยวาย มีเรื่องกับผู้อื่น ครอบครัแตกแยก และการเสพยาบ้า ยาไอซ์ ตมกาว พบว่าร่างกายทรุดโทรม เกิดอาการทางจิต เสียสติ หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง พุดไม่รู้เรื่อง ทำร้ายคนอื่น ฆ่าตัวตายหนีปัญหา เสียชีวิตเร็ว เสียเงิน ผิดกฎหมาย ซึ่งจากการแสดงความคิดเห็นพบว่าผู้ป่วยใช้สารเสพติดเพราะมีปัญหาความเครียด ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ผิดวิธี หลีกเลี่ยงปัญหา

การส่งเสริมการดูแลตนเองต่อมาคือ ปัญหาการนอนหลับ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบครึ่งมีปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หลับยาก หลับๆตื่นๆ ซึ่งระยะเวลาการนอนไม่หลับเป็นมาตั้งแต่ 2-3 วัน จนกระทั่งระยะเวลาเป็นเดือนๆ โดยมีสาเหตุการนอนไม่หลับสรุปได้ดังนี้ คือ ความเครียด ความวิตกกังวล เช่น เรื่องเรียน การทำงาน เป็นห่วงสมาชิกในครอบครัว คิดมากไม่ทราบสาเหตุ อาการเบื่อหน่าย การใช้สารเสพติด นอนไม่หลับเอง เคยรับประทานยานอนหลับแล้วหยุดยาทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน โดยวิธีการแก้ไขปัญหา คือ เลิกเสพยาเสพติด ทำจิตใจให้ดี ออกกำลังกาย สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ฟังธรรมะ หางานบ้านทำช่วงกลางวัน อยู่ในห้องที่มีแดด อยู่คนเดียวและไม่มีเสียงรบกวน การรับประทานยาและพบแพทย์

กิจกรรมการวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกที่จะทำคือ การไปกินข้าวกับครอบครัวและการไปเที่ยว เช่น ไปต่างจังหวัด ไปเที่ยวทะเล ทำให้มีความสุขในการอยู่ร่วมกัน เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกันในครอบครัว เกิดความเพลิดเพลิน อารมณ์ดี ผู้ป่วยบางส่วนเลือกที่จะไปออกกำลังกายทั้งที่บ้านและนอกบ้าน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจร่าเริง ผ่อนคลายความเครียด และการไปทำบุญที่วัด ทำให้มีความสุขใจ มีกิจกรรมทำร่วมกันในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนสามารถเลือกกิจกรรมที่จะทำกับสมาชิกในครอบครัวและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างเหมาะสม

การวางแผนการดูแลตนเองในงานที่ 2/5 พบว่าปัญหาที่การดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเลือกมาในการจัดการตนเองมากที่สุดคือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และปัญหาการนอนหลับ รองลงมาเป็นการเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงสารเสพติดและการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยมีเป้าหมายคือ ทำให้ร่างกายสะอาด สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ ให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติในแต่ละปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีระดับความมั่นใจที่จะดำเนินตามแผนการที่ตนเองวางไว้ระดับ 8-10 คะแนน มีผู้ป่วยจำนวน 2 คนที่มีความมั่นใจในระดับ 5 และ 6 จึงให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสาเหตุและปัญหาที่คาดว่าจะป็นอุปสรรค ดังตัวอย่าง

ผู้ป่วยวางแผน จะทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มีเป้าหมายคือ อยากให้ครอบครัวอยู่พร้อมหน้า โดยที่จะรับฟังและพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ปรับปรุงตนเองให้รับฟังคนในครอบครัวมากขึ้น

โดยเลือกพาครอบครัวไปเยี่ยมญาติที่บ้านปทุมธานี ช่วงวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เพื่อให้เกิดความอบอุ่นของคนในครอบครัว ผู้ป่วยมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนที่ระดับ 6 คะแนน ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาที่จะทำให้ไม่สำเร็จคือ อาจไม่มีใครยอมไปกับตนเอง เพราะชอบทะเลาะกัน ผู้ป่วยแก้ไขด้วยการ พยายามทำให้มากขึ้น สิ่งที่จะได้รับ เมื่อทำสำเร็จก็คือ ครอบครัวที่อบอุ่น เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยคิดทบทวนวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่จะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถทำให้สำเร็จได้ง่าย คิดถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการได้ พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการตอบคำถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นอย่างดี มีผู้ป่วยบางส่วนพูดน้อย แต่เมื่อกระตุ้นให้พูดเกี่ยวกับตนเองสามารถบอกเล่าได้

การมอบหมายสมุดการบ้าน การดูแลตนเองในแต่ละวัน ให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ และแผนการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง หลังจากนั้นกลับมาประเมินก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งต่อไป โดยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองในแต่ละวัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแผนการที่ตนเองได้วางแผนไว้

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 2

ใบงานที่ 2/5การวางแผนการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 1 คำชี้แจง ให้คุณเรียงลำดับปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่คุณคิดว่าเป็นปัญหาสำหรับคุณมากที่สุด โดยใส่หมายเลข 1 ถึงหมายเลข 5 หน้าปัญหานั้นๆโดยหมายเลข 1 หมายถึง เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด จนถึง หมายเลข 5 หมายถึง เป็นปัญหาที่สำคัญน้อยที่สุด

.....5..... การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การทำความสะอาดเสื้อผ้า การแต่งกาย)

.....4..... การเลือกรับประทานอาหาร

.....3..... การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

.....1..... ปัญหาการนอนหลับ

.....2..... การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน

กิจกรรมที่ 2 คำชี้แจง จากกิจกรรมที่ 1 ให้คุณวางแผนการดูแลตนเองตามหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญอันดับที่ 1 ของคุณเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่คุณตั้งไว้ตามหัวข้อที่กำหนดไว้

1. ปัญหาการดูแลตนเองที่สำคัญที่สุดของคุณที่คุณเลือกจะแก้ไขเป็นลำดับแรกคือ

ปัญหาการนอนหลับ

2. เป้าหมายในการดูแลตนเองของคุณคืออะไร

นอนหลับได้เพียงพอ

3. ถ้าคุณจะไปสู่เป้าหมายในข้อ 2 ได้ คุณจะต้องทำอย่างไร

1) พยายามออกกำลังกายทุกวัน

สาระสำคัญ

อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน ซึ่งอาการทางลบมีสาเหตุหนึ่งเกิดจากปัจจัยทางด้านการรู้คิดที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการรู้คิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ มีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัด และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตนเองและหลีกเลี่ยงจากผู้คน วิธีการจัดการกับอาการทางลบให้ลดลง จึงควรจัดการที่ความคิดทางลบและความเชื่อที่บิดเบือนไปของผู้ป่วย โดยอาศัยรูปแบบ A-B- C model โดยการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบ มีการวางแผนการจัดการอาการทางลบ และสามารถลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการอาการทางลบที่วางไว้ได้ เพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยให้ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การจัดการอาการทางลบ
2. ใบงานที่ 3/2 การวางแผนการจัดการกับอาการทางลบ
3. ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง การจัดการอาการทางลบโดยการจัดการความคิด
4. สมุดการบ้าน การเปลี่ยนแปลงอาการทางลบ
5. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และอภิปรายผลลัพธ์จากการปฏิบัติจากสมุดการบ้านที่มอบหมายในกิจกรรมที่ 2 และเกริ่นนำเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด
2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้คิดที่ผิดปกติและความเชื่อที่บิดเบือนที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยตามรูปแบบ A-B- C model ตามใบความรู้ที่ 3
3. ให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง สำรวจความคิดของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองต้องทุกข์ใจและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจากอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองตามใบงานที่ 3/1
4. ให้ผู้ป่วยระบุลักษณะความคิดที่คิดว่าเป็นปัญหาทำให้ตนเองเกิดอาการทางลบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่ชัดเจน
5. ให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการอาการทางลบโดยการปรับความคิดหรือความเชื่อที่บิดเบือนไปนั้นให้เหมาะสมตามรูปแบบ A-B-C model ตามใบงานที่ 3/1

6. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มในการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน

7. ให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติการจัดการอาการทางลบของตนเองตามแนวคิด A-B-C model ตามใบงานที่ 3/2

8. ให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยจากการวางแผนการปฏิบัติ

9. มอบหมายสมุดการบ้านโดยให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในใบงานที่ 3/2 และอภิปรายผลลัพธ์จากการนำไปปฏิบัติก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

10. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย สิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 และนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 4

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามการจัดการกับอาการทางลบตามรูปแบบ A-B-C model ได้เหมาะสม
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิดได้
3. ผู้ป่วยมีแผนการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

เมื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่องการจัดการอาการทางลบโดยจัดการทางความคิด ตามรูปแบบ ABC model ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ค่อยเข้าใจว่าเป็นอย่างไร เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำใบงาน และมีตัวอย่างประกอบ ผู้วิจัยได้มีการอธิบายส่วนที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ โดยพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำให้ไม่มีความสุขหรือทุกข์ใจมีความแตกต่างกันออกไป เช่น ปัญหาคิดว่าไม่มีคนรักตนเอง เครียดเพื่อนบ้านชอบส่งเสียงดังรบกวน ถูกภรรยาทิ้ง สูญเสียคนที่รัก เงินไม่พอใช้จ่าย เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน พลัดพรากจากลูก ไม่มีงานทำ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด

(A)	(B)	(C)	หลังการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่	อาการ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป
แม่เสีย	รู้สึกตนเองขาดที่พึ่ง	เสียใจ เศร้า ไม่สนใจตนเอง	คิดว่าแม่ไปสบายแล้ว	เศร้าลดลง ดูแลตนเองมากขึ้น

(A)	(B)	(C)	หลังการ ปรับเปลี่ยน ความคิดใหม่	อาการ อารมณ์ และพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงไป
พ่อแม่แยกทาง กัน ต่างฝ่ายไปมี คนอื่น	พ่อแม่ไม่สนใจ ตนเอง ที่เราไป มีครอบครัวอื่น	เศร้า เหงา ไปดื่ม สุรา ไม่ดูแล ตนเอง	คิดว่าพ่อแม่จะได้ มีความสุข	อารมณ์ก็ดีขึ้น หันมาสนใจตนเอง อยู่อย่างมีความสุข
ต้องมาอยู่ โรงพยาบาล	ทำไมเราต้องมา อยู่ที่นี่	เครียด กังวลใจ อยากกลับบ้าน ไวๆ ไม่สนใจทำ กิจกรรม	เดี๋ยวแม่ก็มารับ เราอาจจะป่วยนั้น แหละ	มีความสุขขึ้น สนใจทำงาน มากขึ้น
ไม่มีรายได้	ถูกจำกัด อิสรภาพในการ หางานทำ	เครียด เก็บตัว ไม่พูด	เราอาจจะยัง ประสาที่อยู่ ถ้าให้ไปทำงานตัว เราอาจจะไม่ ปลอดภัยกับการ ทำงาน ทำให้คน รอบข้างเป็นห่วง	รู้สึกดีขึ้น สนใจ สุขภาพตนเองมาก ขึ้น ทั้งจิตใจและ ร่างกาย
พลัดพรากจาก ลูก	-เราไม่มี ศักยภาพมาก พอจะเลี้ยงลูก -ทำไมตัวเองเอา ลูกไปฝาก พ่อเลี้ยง	เสียใจ เศร้า	-เพราะอะไรลูกถึง อยู่กับเราไม่ได้ -อยู่กับครอบครัว ทางนั้นลูกจะได้มี อนาคต -ลูกมีที่อยู่เป็น หลักเป็นแหล่ง -ลูกได้รับความ อบอุ่นจาก ครอบครัวพ่อ	ทำใจยอมรับได้ให้ ลูกไปอยู่กับญาติ ฝ่ายพ่อ (ปู่ ย่า)

โดยก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิด ความรู้สึกไปในทางลบ ได้แก่ รู้สึกเศร้า เสียใจ ดังนั้นพฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดขึ้นจะแสดงออกในทางลบ ตัวอย่างเช่น ไม่สนใจ

5. คุณจะวัดผลลัพธ์ความสำเร็จในการจัดการอาการทางลบของตนเองจากอะไร
สามารถทำกิจกรรมในสังคมได้
6. คุณมีโอกาที่จะไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ไม่
คุณจะทำอย่างไร -
7. ถ้าคุณทำสำเร็จตามแผนการที่คุณวางไว้ คุณจะได้อะไร
เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุข แม้จะปิดทองหลังพระ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการอาการกับข้างเคียงจากยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการรับประทานยาด้วยตนเองและจัดยารับประทานได้อย่างถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องได้
2. บอกอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่เหมาะสมได้
3. บอกวิธีการรับประทานยาจากกรรณลากยาและจัดยารับประทานได้อย่างถูกต้อง
4. มีแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
5. ลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการใช้ยา เป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ความสำคัญของการรับประทาน อาการข้างเคียงจากยาและการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา การฝึกทักษะการใช้ยา โดยการเรียนรู้วิธีการจัดยารับประทานและฝึกทักษะการจัดยารับประทานเอง มีการวางแผนเกี่ยวกับการจัดการกับการใช้ยาที่เป็นปัญหาสำหรับตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการที่วางไว้ได้ โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวชจะช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยให้ลดลง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 ปัญหาการใช้ยา
2. ใบงานที่ 4/2 การวางแผนการใช้ยา
3. ใบความรู้ที่ 4 เรื่อง การใช้ยาทางจิตเวช
4. สมุดการบ้าน การจัดการกับการใช้ยาในแต่ละวัน
5. กล่องยา
6. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย ทบทวนกิจกรรมที่ 3 และเกริ่นนำสู่กิจกรรมที่ 4 เรื่อง การพัฒนาทักษะการใช้ยา
2. ผู้วิจัยแนะนำเนื้อหากิจกรรมการใช้ยาและจุดประสงค์ของกิจกรรม
3. ให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองและกำหนดเป้าหมายในการใช้ยาของตนเองตามใบงานที่ 4/1
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ความสำคัญของการรับประทานยาตามใบความรู้ที่ 4 และให้ผู้ป่วย ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของยาต่ออาการตนเอง
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่เหมาะสมตามใบความรู้ที่ 4
6. ให้ผู้ป่วยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยทำใบงานที่ 4/1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับแต่ละคนและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงเหล่านั้นว่าเหมาะสมหรือไม่
7. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเอง โดยการเรียนรู้วิธีการรับประทานยาเองที่ถูกต้องและฝึกอ่านฉลากยา
8. ฝึกทักษะการจัดยารับประทานเองในแต่ละวัน โดยให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานของตนเองใน 1 วัน
9. ผู้วิจัยตรวจเช็คยาที่ผู้ป่วยจัดและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
10. ให้ผู้ป่วยวางแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยทำใบงานที่ 4/2 และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันภายในกลุ่ม
11. มอบหมายสมุดการบ้านแก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย นำแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่วางแผนไว้ในใบงานที่ 4/2 นำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งสังเกตปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้
12. อภิปรายผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนการจัดการปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในแต่ละวันของผู้ป่วยในครั้งต่อไป

13. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาในกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย

14. ให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ สิ้นสุดการทำกิจกรรมที่ 4 และนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 5

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกประโยชน์จากการรับประทานยาได้
 2. ผู้ป่วยบอกอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเหมาะสม
 3. ผู้ป่วยสาธิตวิธีการอ่านฉลากยาที่ถูกต้องได้และจัดยารับประทานได้ถูกต้อง
 4. ผู้ป่วยมีแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
 5. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่วางแผนไว้ได้บรรลุตามเป้าหมาย
- ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจาก การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากยาหมด ไม่มีคนมารับยาให้ คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว และไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงจากยา เช่น มึนงง ง่วงนอน ตาเหลือก มือสั่น น้ำลายไหล เป็นต้น ดังตัวอย่างผู้ป่วยบางรายที่สามารถบอกประโยชน์ของยาได้ ดังนี้

“ทำให้อาการดีขึ้น หายป่วย”

“ช่วยให้พักหลับได้”

“กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้”

“สบายใจ ผ่อนคลายขึ้น ดีขึ้น”

“อาการดี ไม่กำเริบ”

เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการใช้ร่วมกัน ซึ่งมีผู้ป่วยบางส่วนรับการรักษาครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์กับการจัดการกับผลข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ ผู้ป่วยสามารถบอกอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเองและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงได้ ซึ่งพบว่าอาการข้างเคียงส่วนใหญ่ที่พบจากการใช้ยาในผู้ป่วยได้แก่ ปากแห้ง กระหายน้ำ ตาพร่ามัว ง่วงนอน หน้ามืด เวียนศีรษะ ท้องผูก น้ำหนักตัวเพิ่ม ตัวแข็ง ลื่นแข็ง มือสั่น อาการอื่นที่พบได้บ้างเช่น คลื่นไส้ ปัสสาวะลำบาก เป็นต้น และผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังตัวอย่าง

-ปากแห้ง กระหายน้ำ แก้ไขโดย อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ

-ตาพร่ามัว ง่วงนอน แก้ไขโดย อยู่ข้างรถ พักผ่อนให้เพียงพอ นิ่งหลับตาสักพัก

-ท้องผูก รับประทานอาหารกากใยสูง เพิ่มผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้พอ ออกกำลังกาย ลดปริมาณ

อาหาร ควบคุมอาหาร

-ตัวแข็ง ลื่นแข็ง น้ำลายไหล แก้ไขโดย รับประทานยาแก้

เมื่อให้ผู้ป่วยฝึกการอ่านฉลากยาและการจัดยารับประทาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดยา รับประทานได้อย่างถูกต้อง มีผู้ป่วยบางส่วนที่จัดยาไม่ครบ ถูกขนาดและมีเวลารับประทาน จึงให้ผู้ป่วย ทบทวนวิธีการจัดยาและฝึกจัดยาซ้ำ ผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้วางแผนการใช้ยาของตนเอง โดยพบว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะค้นหาวិธีการ จัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เมื่อมีปัญหาอาการข้างเคียงจากยาที่มากขึ้น ไม่สามารถจัดการได้ ผู้ป่วยเลือกที่จะมาพบแพทย์เพื่อปรับยา ผู้ป่วยทุกคนมีความมั่นใจที่จะดำเนินตาม แผนการใช้ยาที่วางไว้ในระดับ 7- 10 โดยเมื่อผู้ป่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้สำเร็จ ได้กล่าวแสดงความคิดเห็น ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตัวอย่างเช่น

“ร่าเริง สุขภาพแข็งแรง”

“เบิกบานใจ สุขภาพจิตดี”

และให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบการนำไปปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอาการข้างเคียงเกิดขึ้น สามารถ จัดการอาการได้เหมาะสม ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาที่พบมีเกิดขึ้นเป็นบางวัน

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 4

ใบงานที่ 4/2 การวางแผนการใช้ยา

กิจกรรม ให้ผู้ป่วยวางแผนการใช้ยา เพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตัวคุณเอง

1. ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับคุณคือ กินยาไม่ต่อเนื่อง
2. เป้าหมายในการใช้ยาของคุณคืออะไร รับประทานยาให้ต่อเนื่อง
3. คุณคิดว่ายามีความสำคัญต่อการรักษาอาการที่คุณเป็นอยู่มากน้อยแค่ไหนให้คุณวงกลมรอบตัวเลขจาก ระดับ 1 ถึง 10



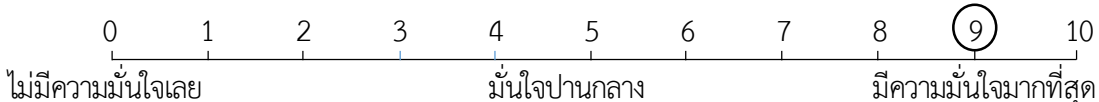
4. ถ้าคุณจะไปสู่เป้าหมายในข้อ 2 คุณจะต้องทำอะไรบ้าง

- 1) ไม่ขาดยา
- 2) ไม่ลดยาเอง
- 3) กินยาให้ต่อเนื่อง

5. คุณวางแผนจะทำอะไร เพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในบรรลุเป้าหมาย

รับประทานยาให้ต่อเนื่อง อย่างสม่ำเสมอ

6. คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนที่คุณจะทำตามแผนการที่คุณวางไว้ให้คุณวงกลมรอบตัวเลข



7. คุณจะวัดผลลัพธ์การดำเนินตามแผนการจากอะไร อาการไม่กำเริบ ชีวิตแจ่มใส
8. คุณมีโอกาสไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ มี อาการกำเริบ
คุณจะใช้ปัญหาอย่างไร พบแพทย์
9. ถ้าคุณทำสำเร็จตามแผนการที่วางไว้ในการใช้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น คุณจะได้อย่างไร
ทำให้ร่างกายแข็งแรง สุขภาพแข็งแรง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยมีการวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองตามแผนการที่วางไว้ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้
2. บอกวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าได้อย่างเหมาะสม
3. วางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้
4. ปฏิบัติตามแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองตามแผนการที่วางไว้ได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง สังเกตได้จากการแสดงออกทางสีหน้าที่เรียบเฉย พฤติกรรมที่นิ่งเฉย ไร้อารมณ์ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะมีอารมณ์เศร้ายุบรวมด้วย โดยอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความตึงเครียด ความสูญเสีย ความรู้สึกผิด และความผิดหวัง การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การฝึกการสำรวจอารมณ์ การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยได้อธิบายสาเหตุอารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกที่ตนเองกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า การฝึกทักษะจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยมีการวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการจัดการกับอารมณ์ที่วางแผนไว้ และมีการ

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม จะช่วยให้การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น ลดอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 เรื่อง การสำรวจอารมณ์เศร้า
2. ใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง สาเหตุอารมณ์เศร้า
3. ใบงานที่ 5/2 เรื่อง การวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้า
4. ใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง วิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า
5. สมุดการบ้าน เรื่อง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้า
6. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยภายในกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมที่ 4 และอภิปรายผลลัพธ์จากการปฏิบัติในสมุดการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติในกิจกรรมที่ 3 และ 4 และเกริ่นนำสู่กิจกรรมที่ 5 เรื่อง การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์
2. ให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5/1 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบตามใบงานที่ 5/1
4. ให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกเศร้า และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของอารมณ์เศร้าที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตนเอง
5. ผู้วิจัยให้ความรู้การจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เหมาะสมตามใบความรู้ที่ 5/1 ให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าด้วยวิธีต่างๆ และทำใบงานที่ 5/1 และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน
6. ผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับอารมณ์ตามใบงานที่ 5/2
7. ให้ผู้ป่วยวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อนำกลับไปปฏิบัติ โดยทำใบงานที่ 5/2 และแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นจากแผนการที่วางไว้
8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในการวางแผนการจัดการกับอารมณ์
9. มอบหมายสมุดการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยการกลับไปปฏิบัติตามแผนการจัดการอารมณ์เศร้าที่วางแผนไว้ และนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามแผนก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ต่อไป

10. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหากิจกรรม การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

11. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย สรุปเนื้อหาในกิจกรรม สิ้นสุดกิจกรรม และนัดหมายการทำกิจกรรมต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกสาเหตุอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยมีแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเอง
4. ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองจนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

จากกิจกรรมเมื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองพบว่า เหตุการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้า มีดังนี้ อยู่คนเดียว เลิกกับแฟน มีคนมาด่าว่า พุดไม่ดี สูญเสียคนรัก เหนื่อยจากการทำงาน การดูแลคนในครอบครัว อยู่โรงพยาบาลไม่ได้กลับบ้าน เป็นต้น โดยผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงสาเหตุที่ทำให้เศร้าและพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกมาได้ ได้แก่ เครียดกับญาติ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจ ถูกกดดันจากพ่อแม่ ไม่มีใครสนใจ ไม่มีคนมาเยี่ยมขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่มีคนดูแล มาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สังคมรอบตัวไม่มีใครรู้จักตนเอง เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ดี ไม่อยากทำอะไร ไม่สนใจดูแลตนเอง นอนไม่หลับหรือนอนทั้งวัน แยกตัวเอง ไม่พูดคุยกับใคร เงียบเฉย ไม่อยากเจอใคร อยากอยู่คนเดียว ทำให้ท้อแท้อยากตาย ร้องไห้เสียใจ ไม่สามารถไปทำงานได้ เป็นต้น

เมื่อให้ผู้ป่วยได้คิดค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าได้ ซึ่งพบว่ามีวิธีการที่เหมือนและแตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น ดูทีวี ฟังเพลง หากิจกรรมทำไม่ปล่อยให้ตนเองว่าง ออกกำลังกาย สวดมนต์ ไหว้พระ เข้าวัด ฟังธรรมะ ปรับเวลาในการทำงานใหม่ ไปเดินเล่น ให้กำลังใจตนเอง ไปเที่ยว ทำจิตใจให้แจ่มแจ้ง หันมาสนใจดูแลตนเองให้มีคุณค่า ดูแลตนเองให้ดี หาเพื่อนคุย หาคนให้คำปรึกษา เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เหมาะสม ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยบันทึกสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ผู้ป่วยให้ความสนใจ มีสีหน้าที่ผ่อนคลาย แจ่มใสมากขึ้น มีการซักถามข้อสงสัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองได้ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการนำแผนการที่วางไว้ไปปฏิบัติในระดับ 8-10 คะแนน โดยถ้าผู้ป่วยทำสำเร็จสิ่งที่ได้รับคือ อารมณ์ดี มีความสุข สบายใจ มีชีวิตที่ดี ทำงานได้ ได้อยู่กับ

ครอบครัว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยนำแผนการไปปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้
อย่างเหมาะสม

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 5

ใบงานที่ 5/1 การสำรวจอารมณ์เศร้า

กิจกรรม คำชี้แจง ให้คุณนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ทำให้คุณเกิดอารมณ์เศร้า สาเหตุ และ
พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาจากเหตุการณ์นั้น

1. เหตุการณ์ที่ทำให้คุณรู้สึกเศร้า ไม่อยากดูแลคนอื่น
2. สาเหตุที่ทำให้คุณรู้สึกเศร้า เหนื่อยล้า อยากทำงานอื่น
3. พฤติกรรมการแสดงออกของคุณจากอารมณ์เศร้าเป็นอย่างไร

แยกตัวอยู่คนเดียว

4. คุณมีวิธีจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับคุณอย่างไรบ้าง

หาอะไรทำ

ปรับตัวเวลา ในการดูแลมารดา

ดูหนัง ฟังเพลง

ใบงานที่ 5/2 การวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้า

กิจกรรม คำชี้แจง ให้คุณวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับคุณ

1. เป้าหมายการจัดการกับอารมณ์เศร้าของคุณคือ ทำให้อารมณ์หายเศร้า ทำงานได้
2. ถ้าคุณจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในข้อ 1 คุณจะต้องทำอะไร

1) ฟังเพลง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2) ออกกำลังกาย CHULALONGKORN UNIVERSITY

3) ทำกับข้าว

4) ปั่นจักรยาน

3. คุณวางแผนว่าคุณจะอย่างไรเพื่อจัดการกับอารมณ์เศร้าดีขึ้น

ออกกำลังกาย เข้า เย็น ทำสัปดาห์ละ 3 วัน

4. คุณมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการมากน้อยแค่ไหน



5. คุณจะวัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอารมณ์เศร้าจากอะไร สีหน้าแจ่มใสขึ้น

6. คุณมีโอกาสที่จะไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ไม่มี

คุณจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร -

7. ถ้าคุณจะทำตามแผนการได้สำเร็จ คุณจะได้อะไร อารมณ์ดีขึ้น ได้ทำงานที่ดี

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ผู้ให้บริการเข้าใจได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษากับผู้ให้บริการ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามแผนการที่วางไว้ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกและแสดงวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามสถานการณ์ที่กำหนดให้
2. รายงานอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ผู้ให้บริการเข้าใจได้
3. แสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับได้อย่างเหมาะสม
4. มีการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
5. ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามแผนการที่วางไว้ได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการสนทนากับผู้อื่นตั้งแต่การฟัง การเริ่มต้นการสนทนา การคงไว้ซึ่งการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา การรายงานอาการตนเองแก่ผู้ให้บริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเองกับผู้ให้บริการ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละรายระบุปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการจำลองสถานการณ์สมมติในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ฝึกรายงานอาการของตนเองกับผู้ให้บริการ และเสนอความคิดเห็นของตนเองต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับอย่างเหมาะสม มีการวางแผนการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และนำแผนการที่วางไว้ไปปฏิบัติต่อเมื่อกลับบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 เรื่อง การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
2. ใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง ทักษะการติดต่อสื่อสาร

3. ใบงานที่ 6/2 เรื่อง การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ
4. ใบความรู้ที่ 6/2 เรื่อง การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ
5. ใบงานที่ 6/3 การวางแผนการติดต่อสื่อสารกับคนในครอบครัว
6. บัตรคำ หัวข้อการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
7. สมุดการบ้าน การติดต่อสื่อสารกับคนในครอบครัว
8. ดินสอ ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และเกริ่นนำสู่กิจกรรมที่ 6 เรื่อง การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร
2. พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน
3. ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ตั้งแต่การเริ่มสนทนา การคงอยู่ไว้ซึ่งการสนทนา การจบบทสนทนา
4. ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลจากการแสดงสถานการณ์สมมติตามหัวข้อที่ได้รับที่ละคู่ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนจับสลากเลือกสถานการณ์สมมติตามที่กำหนดไว้ตามใบงานที่ 6/1 ผู้ป่วยที่ได้สถานการณ์เดียวกันจับคู่กัน และการฝึกทักษะ
5. เมื่อผู้ป่วยแสดงสถานการณ์สมมติครบตามหัวข้อที่กำหนด ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
6. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการรายงานอาการของตนเองแก่ผู้ให้บริการรับทราบตามหลัก P-A-R-T และการมีส่วนร่วมในการเจรจาเรื่องแผนการรักษาของตนเอง
7. ให้ผู้ป่วยเตรียมรายงานอาการของตนเองโดยให้ทำใบงานที่ 6/2 และฝึกให้ผู้ป่วยแต่ละรายพูดรายงานอาการตนเอง และ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่ชัดเจน
8. ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 6/2 การแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับ
9. ให้ผู้ป่วยได้ร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน
10. ให้ผู้ป่วยวางแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ในเรื่องใดก็ได้ที่ผู้ป่วยวางแผนจะทำ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการติดต่อสื่อสารที่วางแผนไว้
11. มอบหมายสมุดการบ้านให้ผู้ป่วยนำแผนการติดต่อสื่อสารในใบงานที่ 6/3 ไปปฏิบัติ และบันทึกผลลัพธ์จากการปฏิบัตินั้น

12. การอภิปรายผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้จะอภิปรายก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งต่อไป

13. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหากิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามข้อสงสัยและบอกประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครั้งนี้ สิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 และนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 7

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามสถานการณ์สมมติที่ได้รับได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยสาธิตการรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ผู้ให้บริการเข้าใจได้
3. ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับอย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยมีแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว
5. ผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวตามแผนการที่วางแผนไว้ได้

ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

หลังจากให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว พูดคุยไม่เข้าใจกัน ไม่ค่อยบอกสิ่งที่ตนเองต้องการ เพราะคิดว่าไม่มีใครสนใจรับฟัง จะถูกพามาโรงพยาบาล จึงหลีกเลี่ยงที่จะพูด อยู่คนเดียว โดยเมื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองในการใช้ทักษะต่างๆ เพื่อเริ่มต้นและปิดการสนทนากับผู้อื่นพบว่า การเริ่มต้นสนทนา ทักษะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบกพร่องไปก็คือ ผู้ป่วยขาดการสบตากับคนที่สนทนาด้วย การปิดสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมักจะไม่พูดคุยบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง ไม่ถามคำถามกับคนที่สนทนาด้วย หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกับผู้อื่น ขาดการแสดงความคิดเห็นขณะที่บุคคลอื่นพูด และขาดการแสดงความรู้สึกทางบวกกับผู้อื่น เช่น การยิ้ม เป็นต้น เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ช่วยฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารด้วยการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ ผู้ป่วยสามารถที่จะสื่อสารได้เหมาะสมดังตัวอย่างต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1 เมื่อคุณพบกับใครคนหนึ่งเป็นครั้งแรก คุณอยากทำความรู้จัก คุณจะเริ่มต้นสื่อสารกับเขาอย่างไร

- ผู้ป่วยคนที่ 1: สวัสดีค่ะ ชื่ออะไรค่ะ
 ผู้ป่วยคนที่ 2: ชื่อ.....แล้วคุณล่ะค่ะ
 ผู้ป่วยคนที่ 1: ชื่อ.....ค่ะ
 ผู้ป่วยคนที่ 2: ยินดีที่ได้รู้จักค่ะ
 ผู้ป่วยคนที่ 1: ยินดีที่ได้รู้จักเช่นกันค่ะ

สถานการณ์ที่ 2 เมื่อคุณจะจากลาเพื่อนของคุณ คุณจะสื่อสารอย่างไร

- ผู้ป่วยคนที่ 1: บ้านอยู่ไหนหรือค่ะ
 ผู้ป่วยคนที่ 2: เรวดี ซอย 26 ค่ะ แล้วบ้านอยู่ไหนค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 1: อยู่ไทรมาค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 2: ขอให้โชคดีนะค่ะ เดินทางปลอดภัยค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 1: โชคดีเช่นกันค่ะ

สถานการณ์ที่ 3 เมื่อคุณต้องการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ต้องการคนพาไปรับยาที่โรงพยาบาล คุณจะสื่อสารอย่างไร

ผู้ป่วย : พี่หนูไม่สบาย พาไปโรงพยาบาลหน่อยได้ไหม

พี่สาว : ได้ จะให้พี่ไปส่งวันไหนค่ะ

ผู้ป่วย : พรุ่งนี้ค่ะ

พี่สาว : ได้ เดี่ยวพี่ไปส่ง ก็ไม่งละ

ผู้ป่วย : 8 โมงค่ะ

สถานการณ์ที่ 4 แสดงการขอบคุณเพื่อนบ้านที่นำของฝากมาให้ครอบครัวว่าคุณจะสื่อสารอย่างไร

ผู้ป่วย : ขอบคุณมากนะค่ะ สำหรับของฝาก

เพื่อน : ไม่เป็นไรค่ะ

ผู้ป่วย : ไปเที่ยวที่ไหนมาค่ะ

เพื่อน : เยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัดค่ะ

ผู้ป่วย: ขอบคุณอีกครั้งนะค่ะ

สถานการณ์ที่ 5 เมื่อคุณเดินชนผู้อื่นจนล้มลงกับพื้น คุณจะสื่อสารบอกบุคคลนั้นอย่างไรเพื่อแสดงการขอโทษและบอกความรู้สึกของตนเองให้อีกฝ่ายทราบ

ผู้ป่วยคนที่ 1: ขอโทษนะค่ะ เจ็บตรงไหนไหมค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 2: ไม่เป็นไรค่ะ เจ็บนิดหน่อยค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 1: ขอโทษอีกครั้ง ไม่ได้ตั้งใจจริงๆค่ะ

ผู้ป่วยคนที่ 2: ค่ะ ไม่เป็นไร

ผู้ป่วยคนที่ 1: วันหลังจะเดินให้ระวังกว่านี้นะค่ะ

ซึ่งจากการฝึกปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยสามารถที่จะสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ แต่ส่วนใหญ่จะพูดสั้นๆไม่ค่อยเริ่มต้นพูดคุยกับใครก่อน ถ้ามีคนมาทักทายก็สามารถพูดคุยได้

เมื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ ผู้วิจัย เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้แก่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่องแล้วมีอาการกำเริบ เช่นนอนไม่หลับ ควบคุมตนเองไม่อยู่ ยาหมดมารับยา มาตามแพทย์นัด มีผลข้างเคียงจากยาทำให้ไม่สุขสบาย

คำถามที่ผู้ป่วยจะสอบถามเวลามาโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น

“อยาการู้จะรับประทานยานานเท่าไร”

“กินยาอีกนานไหม”

“ใช้เวลารักษานานเท่าไร”

“ต้องรักษานานไหม”

“เป็นโรคอะไรกันแน่”

“วิธีที่เป็นประโยชน์ในการรักษา”

“มีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง”

“อาการแทรกซ้อนบางอย่างระหว่างการรักษาไหม”

“ยามีอาการข้างเคียง สามารถหายจากอาการข้างเคียงได้หรือไม่”

“เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน”

“ถ้ามีอาการจะควบคุมได้ไหม”

เมื่อผู้ป่วยต้องการทวนซ้ำในเรื่องที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการแล้วยังเกิดข้อสงสัย ไม่ชัดเจน

ผู้ป่วยจะใช้คำถามดังตัวอย่างต่อไปนี้

“อยากให้พยาบาลทวนคำพูดใหม่ได้ไหมคะ”

“ขอให้อธิบายให้ฟังอีกครั้ง”

“พูดใหม่อีกครั้งได้ไหมคะ”

“ทวนคำพูดอีกครั้งได้ไหมคะ”

“คุณหมอล่ะ ดิฉันไม่เข้าใจคำพูดเมื่อสักครู่ ช่วยทวนซ้ำได้ไหม”

“รบกวนอธิบายคำพูดเมื่อสักครู่ ให้ผมฟังหน่อยครับ”

“คุณหมอครับ จะได้ฉีดยาและกลับบ้านวันไหนครับ”

“ขอให้แพทย์ช่วยทวนซ้ำอีกครั้งครับ”

“ขอให้บอกข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้งครับ”

เมื่อให้ผู้ป่วยได้บอกการดูแลตนเองกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกการปฏิบัติตนได้ ดังนี้

-ทำความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

-พักผ่อนให้เพียงพอ

-รับประทานยาให้ครบ ตรงเวลา ตามแพทย์สั่ง

-ปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก

-รับประทานอาหารให้เป็นเวลา

-ทำจิตใจให้สดชื่นร่าเริง

-ออกกำลังกาย

-เลิกสูบบุหรี่ ยาเสพติดทุกชนิด

-ช่วยทำงานบ้าน

-ทำงานของตนเอง

ฝึกการนอนหลับให้เป็นเวลา พักหลับช่วงกลางคืน

ต่อมาให้ผู้ป่วยได้ฝึกรายงานอาการตนเองและแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษาที่ตนเองได้รับพบว่า ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกเล่าอาการตนเองและแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ต้องรักษาด้วยการรับประทานยาสม่ำเสมอ ส่วนน้อยตอบว่า ไม่ทราบคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายมา เมื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยบางส่วนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะอยากหายไวๆ บางส่วนไม่ได้ปฏิบัติตาม เนื่องจาก คิดว่าหายแล้ว ไม่ได้มารับยาและพบแพทย์ตามนัด หยุครับประทานยาเองจนอาการกำเริบ โดย ณ ปัจจุบันให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกคนพึงพอใจกับการรักษาที่ได้รับ เพราะทำให้หลับได้ อาการดีขึ้น ร่างกายดีขึ้น สบายใจขึ้น

เมื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้วางแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีแผนการติดต่อสื่อสารและสามารถสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างน้อยสุด 1 คน สามารถยกตัวอย่างคำพูดได้ โดยสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยจะเลือกพูดคุยด้วยคนที่สนิทด้วยก่อนคือ พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา ลูก ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องทั่วไป เช่น “สบายดีไหม กินข้าวกับอะไร” “ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอย่างไร” “ทำไมถึงพามาโรงพยาบาล” “จะมารับกลับบ้านวันไหน” “มีอะไรรับประทานบ้าง” เป็นต้น โดยวิธีการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้ในการสื่อสารคือ การพูดคุยด้วยคำพูดชัดเจน ตรงประเด็น ใช้คำพูดที่สุภาพเพราะรับฟังความคิดเห็น ตั้งใจฟังสิ่งที่คนอื่นพูด พูดให้ถูกเวลา บอกสิ่งที่ต้องการ มีการสบตาขณะสนทนา ให้เกียรติผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกภูมิใจ สบายใจ ได้รับคำตอบ สิ่งที่ต้องการทราบดังตัวอย่างต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1 ผู้ป่วย : “แม่หนูขอกลับบ้านก่อนได้ไหม เพราะหนูต้องไปเรียนหนังสือ”

แม่ : “เดี๋ยวก่อน รอสักพัก ให้หายดีก่อน”

สถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วย : “ถ้ากลับบ้านแล้ว จะมารับยาที่ไหน”

ลูกชาย : “มารับที่โรงพยาบาลศรีธัญญา”

สถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วย : “พ่อสบายดีไหม”

พ่อ : “สบายดี เป็นอย่างไรบ้างลูก”

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 6

ใบงานที่ 6/3 การวางแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรม คำชี้แจงให้ผู้ป่วยวางแผนการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน

1. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเป้าหมายในการสื่อสารของคุณคือใคร คุณพ่อ
2. เรื่องที่คุณจะสื่อสารด้วยคือเรื่องอะไร อยากจะทำงานที่ดี มีอนาคต

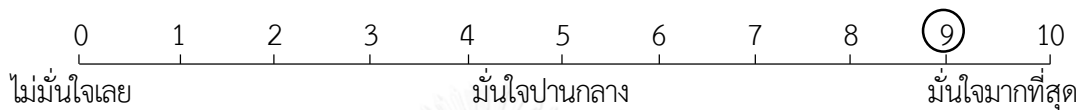
3. คำพูดแรกที่คุณจะเริ่มพูดกับคนที่ คุณจะสื่อสารด้วย คุณจะใช้คำพูดอย่างไร ให้อีกตัวอย่างประโยค คำพูด

“สวัสดีค่ะ คุณพ่อ เป็นอย่างไรบ้าง สบายดีไหมคะ คิดถึงคุณพ่อนะคะ”

4. วิธีการที่จะทำให้คุณสำเร็จในการสื่อสารต้องทำอะไร

- 1) ใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวลในการพูด
- 2) เรียบเรียงคำพูดให้เหมาะสม
- 3) บอกความต้องการ เรื่อง การทำงานให้คุณพ่อทราบ

5. คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนที่จะทำตามแผนการสื่อสาร



6. คุณจะวัดผลลัพธ์จากการสื่อสารจากอะไร ผลจากการตอบรับคำพูดของคุณพ่อ

7. คุณมีโอกาสที่จะไม่บรรลุตามเป้าหมายไหม ไม่มี

คุณจะมีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร -

8. ถ้าคุณทำสำเร็จคุณจะได้อะไร ได้พูดบอกในสิ่งที่ต้องการ และได้ทำในสิ่งที่ต้องการ

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรในชุมชนของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนได้
2. บอกวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้
3. เข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มีหลายรูปแบบ และเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ หรือเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว มีผู้ให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยรับรู้และรู้จักการใช้แหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน

นของตนเองจะช่วยลดเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษา อีกทั้งจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการช่วยเหลือเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือต้องการคำปรึกษาได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน
2. ใบความรู้ที่ 7 แหล่งทรัพยากรในชุมชน
3. ดินสอ/ยางลบ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยภายในกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาและอภิปรายผลการปฏิบัติ จากการมอบหมายสมุดการบ้านกิจกรรมที่ 5 และ 6 และเกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 7 เรื่อง การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน

2. ให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นปัญหาสำหรับตนเอง

3. ให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนของตนเอง และแหล่งช่วยเหลือในการเรียนรู้จัดการกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่

4. ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 7 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับการใช้แหล่งทรัพยากร

5. ผู้วิจัยให้คำแนะนำการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ตามใบงานที่ 7

6. ให้ผู้ป่วยวางแผนการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรที่ตนเองต้องไปใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

7. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหากิจกรรมครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

8. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ดำเนินการมาทั้ง 7 ครั้ง

9. ให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

10. ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยกล่าวคำอำลาภายในกลุ่ม และสิ้นสุดการทำ

กิจกรรม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนได้
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้
3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้

ซึ่งผลที่ได้รับหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในครั้งนี้ได้แก่

เมื่อให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเข้ารับการรักษา มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองต้องไปรับการรักษาที่ไหน ต้องทำอะไร และผู้ป่วยรายหนึ่งบอก เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ แต่ถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาผู้วิจัย เมื่อให้ความรู้และวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ผู้ป่วยสามารถบอกแหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนตนเองได้ โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามสิทธิการรักษาของตนเอง โดยเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นผู้ป่วยเลือกที่จะปรึกษาคนในครอบครัว ปรึกษาแพทย์ มาพบแพทย์ รับประทานยา ผู้ป่วยวางแผนการรับการรักษาครั้งต่อไปได้ว่าควรปฏิบัติดังนี้

-เตรียมตนเองให้พร้อม แต่งกายให้เรียบร้อย เตรียมคำถามก่อนมาพบแพทย์

-เตรียมเอกสารให้พร้อม เช่น ใบนัด บัตรประชาชน ใบส่งตัว

-นำยาเดิมที่รับประทานมาด้วย

-มาโรงพยาบาลให้ตรงเวลาที่นัด

-มารับบริการตามสิทธิการรักษา

ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนของตนเองในระดับ 7-10 คะแนน

ตัวอย่าง การนำกระบวนการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนมาใช้ในกิจกรรมที่ 7

ใบงานที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

กิจกรรม คำชี้แจงให้ผู้ป่วยตอบคำถามดังต่อไปนี้

1. เมื่อคุณมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตคุณทำอย่างไร มาหาหมอ มารับยาไปรับประทาน
2. คุณมีแพทย์ที่ตรวจรับการรักษาเป็นประจำหรือไม่ แพทย์ที่คุณตรวจชื่ออะไร มี คุณหมอ.....
3. เมื่อคุณมีปัญหาสุขภาพจิตคุณไปที่ไหน

เวลาปกติ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
เวลาฉุกเฉิน	โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่คุณสามารถรับบริการได้มีอะไรบ้าง

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

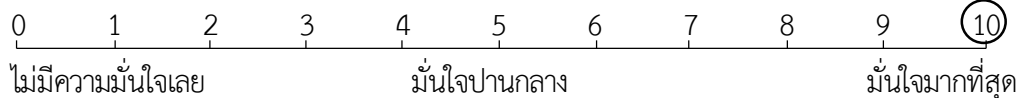
5. คุณเคยมีปัญหาการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

ไม่มี

6. คุณวางแผนอย่างไรในการไปโรงพยาบาลครั้งต่อไป

นำบัตรประชาชนมาด้วย
นำยาเดิมมา

7. คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนในการเข้ารับบริการในแหล่งทรัพยากรในชุมชน



ช่วงระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยทุกคนเป็นอย่างดี เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ภายในกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้ ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยกันสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมนี้พบว่า

- รู้สึกดี สบายใจ และสนุกสนาน

- ได้รับความรู้ มีแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง

- เข้าใจกับโรคและอาการที่เป็นอยู่

- รู้จักอาการตนเองมากขึ้น รู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและการดูแลตนเอง

- รู้จักเพื่อนที่ดี มีเพื่อนที่เข้าใจ ได้แลกเปลี่ยนความคิด

- ได้ทราบวิธีการแก้ไขปัญหา มีที่ปรึกษา

- รู้จักการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน

- รู้จักวิธีขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

- รู้จักการควบคุมอารมณ์ตนเอง

- ได้รับคำแนะนำในการรับประทานยา

- สามารถทำให้หายจากโรค

- มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

- มีสติในการใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- สุขภาพจิตดี ลดความวิตกกังวล สมองปลอดโปร่ง

- ผ่อนคลายความกังวลใจ

- สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นไม่เหมือนตอนมาแรกๆ

- เพิ่มความมั่นใจมากขึ้น

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินอาการทางลบ เพื่อประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมการ

จัดการอาการทางลบด้วยตนเองกิจกรรมที่ 7 เสร็จสิ้นแล้ว และได้ตรวจสอบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนอาการทางลบในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์ และจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีคะแนนอาการทางลบต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยลงมา (น้อยกว่า 18 คะแนนหรือ T-scores น้อยกว่า 44) ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 คะแนนอาการทางลบและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินอาการทางลบ					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	T- score	แปลผล	คะแนน	T-score	แปลผล
1	23	52	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	16	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
2	21	49	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
3	23	52	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	16	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
4	20	47	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
5	19	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
6	26	57	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	17	42	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
7	23	52	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
8	22	50	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
9	22	50	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	11	33	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
10	23	52	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	12	34	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก
11	19	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
12	24	54	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
13	25	55	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	17	42	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
14	19	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
15	21	49	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	14	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
16	21	49	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	17	42	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
17	18	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	13	36	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
18	26	57	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	16	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
19	21	49	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	16	44	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย
20	20	47	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	15	39	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนอาการทางลบซึ่งเป็นคะแนนดิบจะถูกเปลี่ยนเป็นคะแนน T-score ซึ่ง T-score คือ ค่าคะแนนมาตรฐาน ที่ใช้ประโยชน์เพื่อการเปรียบเทียบคะแนน และใช้เป็นแนวทางในการแปลผล T-score โดยค่าคะแนน T-score ที่ปรากฏจะเป็นการคิดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรฐาน ไม่ใช่ T-score ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอาการทางลบส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย หลังการทดลองมีคะแนนอาการทางลบลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยจนถึงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยทุกคน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมการจัดการอาการทางลบช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และจัดการกับอาการ

ทางลบของตนเองได้ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้ได้ในการทำหน้าที่ของตนเอง รวมถึงสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะให้คำชี้แจง คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการ และข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

- 1) ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2) หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 3 วัน ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบวัดทักษะชีวิตหลังการทดลอง (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกลงใน การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ
- 3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบวัดทักษะชีวิต
- 2) หลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยอธิบายว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญาที่จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคจิตเภท ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความรุนแรงด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรงปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนกาจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน
- 3) เมื่อครบกำหนดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 2 โดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบวัดทักษะชีวิตอีกครั้ง และผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

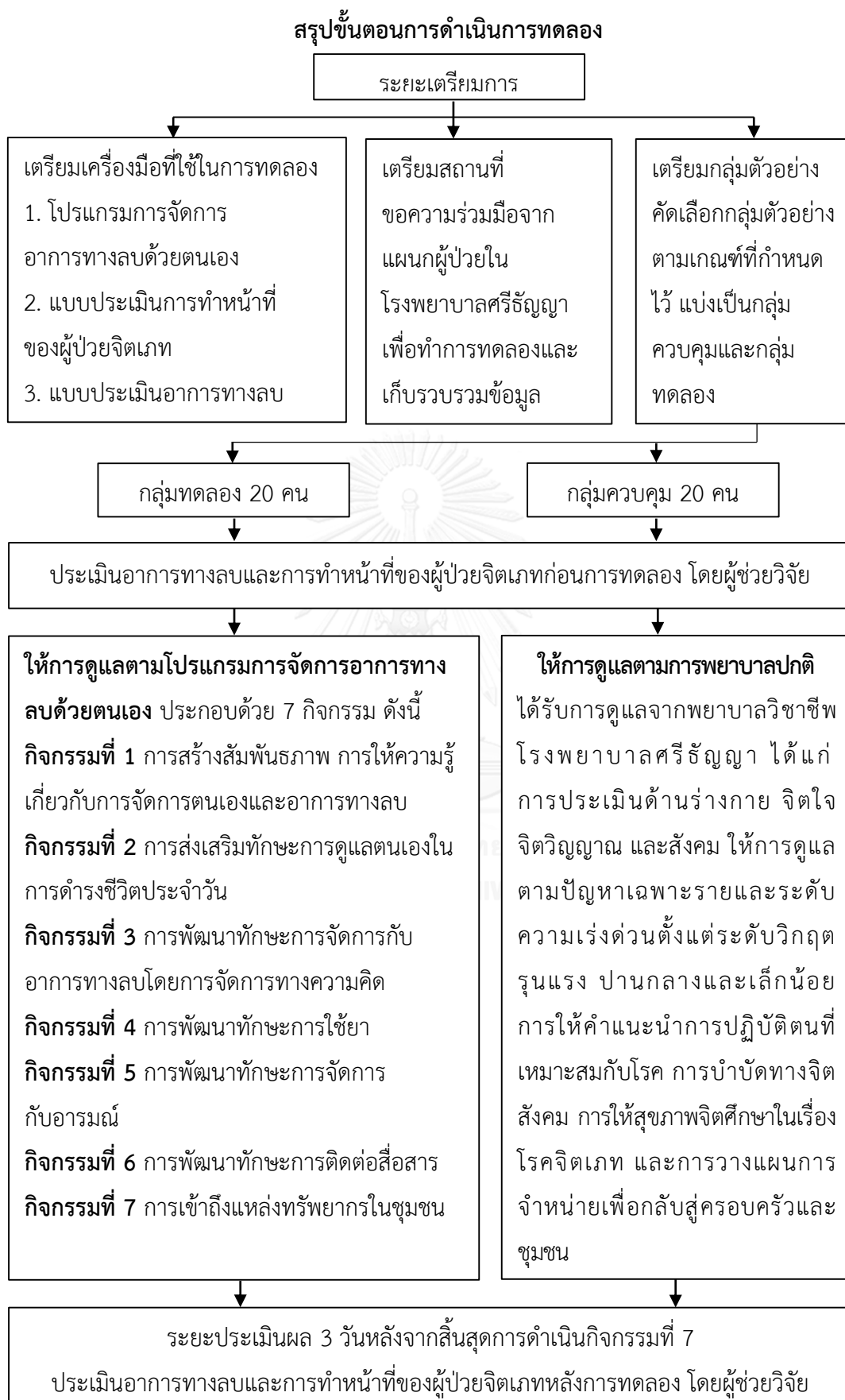
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน ซึ่งมีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน (Match-Pairs) ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบ แล้วสุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยมีการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาความเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	10	50	10	50	20	50
ชาย	10	50	10	50	20	50
อายุ (ปี)						
20 -29 ปี	4	20	3	15	7	17.5
30 -39 ปี	8	40	4	20	12	30
40 -49 ปี	7	35	10	50	17	42.5
50 -59 ปี	1	5	3	15	4	10
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25	5	25	10	25
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	13	65	11	55	24	60
ปริญญาตรี	2	10	4	20	6	15
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	50	13	65	23	57.5
รับจ้าง	8	40	3	15	11	27.5
ค้าขาย	2	10	2	10	4	10
ธุรกิจส่วนตัว	-	-	2	10	2	5
ระยะเวลาความเจ็บป่วย						
0-5 ปี	11	55	7	35	18	45
6-10 ปี	3	15	7	35	12	30
11-15 ปี	5	25	9	45	5	12.5
16-20 ปี	-	-	4	20	4	10
มากกว่า 20 ปี	1	5	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงและชายเท่ากันร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 42.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50 และ 65 ตามลำดับ มีประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40 และ 15 ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 0-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 45



ตารางที่ 8 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินการทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	145	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
2	120	เท่ากับค่ามาตรฐาน	145	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
3	114	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	132	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
4	121	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	150	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
5	123	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	142	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
6	108	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	141	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
7	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	132	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
8	103	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	143	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
9	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	136	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
10	92	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	134	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
11	135	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	148	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
12	141	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	145	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
13	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	144	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
14	101	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	130	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
15	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	144	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
16	110	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	146	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
17	139	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	150	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
18	100	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	132	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
19	131	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	147	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
20	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	146	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ก่อนการทดลองต่ำกว่ามาตรฐานจำนวน 7 คน (ค่ามาตรฐานที่ใช้เท่ากับ 120 คะแนน) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการทำหน้าที่สูงกว่ามาตรฐานทุกคน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาตนเอง มีการวางแผนและฝึกทักษะที่จำเป็น ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการทำหน้าที่มากขึ้น

ตารางที่ 9 คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินการทำหน้าที่			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	106	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	108	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
2	115	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	123	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
3	102	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	102	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
4	108	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	109	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
5	138	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	121	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
6	101	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	107	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
7	118	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	117	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
8	130	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	112	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
9	144	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	136	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
10	126	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	122	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
11	116	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	116	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
12	99	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	111	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
13	132	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	125	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
14	137	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	133	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
15	124	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	131	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
16	116	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	127	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
17	124	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	128	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
18	97	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน	104	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
19	134	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	124	สูงกว่าค่ามาตรฐาน
20	130	สูงกว่าค่ามาตรฐาน	130	สูงกว่าค่ามาตรฐาน

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐานจำนวน 10 คน แต่หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนการทำหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐานจำนวน 9 คน ซึ่งลดลงจำนวน 1 คน และมีผู้ป่วยจำนวน 2 คนที่มีการทำหน้าที่สูงกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาลง ร่วมกับการปรับตัวและเรียนรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการพยาบาลตามปกติ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา จนทำให้ผู้ป่วยสนใจในการทำหน้าที่ของตนเองมากขึ้น

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	119.80	13.648	ต่ำ	19	-9.029*	.000
หลังการทดลอง	141.60	6.484	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	119.85	14.240	ต่ำ	19	.293	.773
หลังการทดลอง	119.30	10.229	ต่ำ			

*p < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.029$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ในทางตรงกันข้ามพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .293$)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการทำหน้าที่ รายด้าน	ก่อน		หลัง		t	p- value
	การทดลอง		การทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลตนเอง	31.50	4.161	36.45	2.481	-5.304*	.000
การควบคุมอารมณ์	37.95	5.633	45.85	1.954	-7.120*	.000
การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม	15.70	2.452	18.85	1.531	-6.315*	.000
การติดต่อสื่อสาร	18.20	3.054	21.30	1.490	-4.584*	.000
ความรับผิดชอบ	16.45	2.743	19.15	1.226	-4.685*	.000
โดยรวม	119.80	13.648	141.60	6.484	-9.029*	.000

*p < .001

จากตารางที่ 11 พบว่าการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ พบว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านในทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	119.80	13.648	ต่ำ	19	-.012	.991
กลุ่มควบคุม	119.85	14.240	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	141.60	6.484	สูง	19	8.612*	.000
กลุ่มควบคุม	119.30	10.229	ต่ำ			

*p < .001

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 (t = -.012) แต่หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.612)
โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ
จัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มกลุ่ม(The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) ประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวกและแบบประเมินอาการทางลบ ใช้สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น และแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรงด่วน (Staging) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา (2559) สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางจิตทุเลาลง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการใช้ยา

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร

กิจกรรมที่ 7 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

โดยเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้จำนวน 10 คน แล้วมีการปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al. (1989) ที่มีการแปลเป็นไทยโดย อรวรรณ วรรณชาติ (2550)

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.2 แบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดยอรวรรณ วรรณชาติ (2550) ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ 3) ด้าน

สัมพันธ์ภาพทางสังคม 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 5) ด้านความรับผิดชอบ ตรวจสอบได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยง (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะแบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T) ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2543) โดยการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลอาการทางลบของผู้ป่วยภายหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 7 กิจกรรม โดยถือเกณฑ์การประเมิน PANSS ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบดีขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

วิธีการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ และฝึกการทำกลุ่มโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
- 1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
- 1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา
- 1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
- 1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา พยาบาลเข้าพบหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ในการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่
- 1.6 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ช่วยวิจัย ในการใช้แบบประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง
- 1.7 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้ช่วยวิจัย ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และขออนุญาตศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
- 1.8 เมื่อผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลคำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกรวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 45 คน โดยเลือกจับคู่แยกตามตึก จากจำนวนตึกหญิง 2 ตึก และตึกชาย 2 ตึก จับคู่ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย โดยกำหนดให้แต่ละคู่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี และคะแนนอาการทางลบแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 20 คู่ และจับฉลากเลือกตึกหญิงและตึกชายอย่างละ 1 ตึก เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

1.10 ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน PANSS เฉพาะข้อคำถามกลุ่มอาการลบ และประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินวัดทักษะชีวิตของ Rosen et al. (1989) ในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2) โดยได้รับการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความเร่งด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง จำนวนกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ระยะเวลาในกิจกรรมแต่ละครั้ง 60-90 นาที

3. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะให้คำชี้แจง คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการ และข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

3.1 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 3 วัน ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.029$, $df = 19$)

2. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.612$, $df = 19$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงและชายเท่ากันร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 42.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50 และ 65 ตามลำดับ มีการประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40 และ 15 ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีระยะเวลาความ

เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 0-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 45

ผลจากการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน อายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 42.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี จะพบความชุกของอาการทางลบที่ร้อยละ 42.9 โดย Buchanan (2007) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องจากการแสดงของโรคจะพบในอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งพบความบกพร่องของโรคได้ถึงร้อยละ 37

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 ซึ่งจากการศึกษาของ McGurk et al. (2000) พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางลบที่ลดลง แต่จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่มีปัญหาอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการกับสภาวะสุขภาพของตนเอง (Pratt et al., 2008) ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีความสามารถที่จะเรียนรู้และฝึกทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเองได้

ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 57.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fervaha, Foussias, Agid, and Remington (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 84.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Llorca et al., 2012) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ลดลง อาจทำให้การถูกจ้างงานลดลง (Lindenmayer, 2008) ผู้ป่วยไม่สนใจรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองได้ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวตามมา (Chan, 2011)

ระยะเวลาความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนใหญ่ มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ที่ 0-5 ปี ร้อยละ 45 ซึ่งพบว่า อาการทางลบที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (Herbener & Harrow, 2004) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีระยะเวลาอาการนำมาก่อนการเกิดโรคประมาณ 5 ปี และมีระยะเวลาของโรคจิตเภทนาน 1 ปี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนั้นจึงสามารถพบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาได้บ่อยขึ้นในช่วงระยะเวลา 0-5 ปี

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ($t = 9.029$, $df = 19$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง มีการให้ความรู้ และการฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหาอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นไปตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig et al. (2013) ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์กับทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการจัดการกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าใจอาการ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางลบได้ดียิ่งขึ้น โดยการจัดการตนเองผู้ป่วยจะต้องรู้จักรับมือขอตนเอง ในการวางแผนเพื่อจัดการกับอาการ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย อย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 7 ขั้นตอน (Lorig et al., 2013) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยจะทำ จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบปัญหาของตนเอง รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการจะแก้ไขให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยใช้ความรู้ และฝึกทักษะที่ได้รับ เพื่อให้ตนเองสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทักษะ ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่อง โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมอื่นร่วมกับสมาชิกในบ้าน การจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด การจัดการกับอารมณ์เศร้า การจัดการกับปัญหาการใช้ยา การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วย มีวิธีการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้หลากหลายวิธี และมีความเหมาะสมมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ ขั้นนี้ผู้ป่วยได้นำทักษะการตัดสินใจมาใช้ในการตัดสินใจวางแผนการกระทำของตนเอง เพื่อให้ตนเองรู้ว่าต้องปฏิบัติตนต่อไปอย่างไร ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ พบว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถนำแผนการไปปฏิบัติตามที่ตนเองวางไว้ได้ ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาคำทำหน้าที่ของตนเองที่บกพร่องไปได้ มีการสนใจตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวัดผลลัพธ์จากการจัดการกับปัญหาที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในแต่ละวันได้ โดยมีการประเมินผลความมั่นใจในการนำแผนการที่ได้วางไว้ไปปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพหรือความสามารถของตนเอง (สุดาพร สถิตยบุตรการ, 2552) จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงผลักดันที่จะดูแลตนเองจัดการกับอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้นำแผนการที่วางไว้ไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งพบว่าการศึกษาทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย (ชัญญา คมขำ, 2555) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองวางไว้หลังจากสิ้นสุดสัปดาห์หนึ่งๆ ร่วมกับการอภิปรายแบบกลุ่ม ผู้ป่วยจะให้เห็นความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงอาการของตนเอง เมื่อมีอาการในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะยอมรับรู้สึกเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ เมื่ออาการทางลบลดน้อยลง ผู้ป่วยจะเกิดความสนใจตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น ทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพทางสังคมรวมถึงความรับผิดชอบดีขึ้นตามไปด้วย

ขั้นตอนที่ 6 การเปลี่ยนแผนการกระทำเมื่อไม่บรรลุเป้าหมาย สำหรับผู้ป่วยที่ประเมินผลแล้วตนเองมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ กระบวนการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มกลุ่มเพื่อนจะช่วยชักจูงให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการจัดการกับอาการทางลบด้วยตนเองให้สำเร็จ เพื่อเป้าหมายที่ตนเองวางไว้เนื่องจากเห็นแบบอย่างหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพยายามดึงศักยภาพของตนเองที่มีมาใช้ในการจัดการตนเองต่อไป (Lorig et al., 2013)

ขั้นตอนที่ 7 เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ตามแผน คือ การให้รางวัลแก่ตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขที่ได้รับ เพื่อตอบแทนความพยายามทำในสิ่งที่วางแผนไว้ได้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงผลักดันที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและทำหน้าที่ของตนเองต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lawn et al. (2007) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงพบว่า โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง มีการติดตามและจัดการกับอาการดีขึ้น มีการตัดสินใจร่วมกับผู้ดูแล ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและไปถึงเป้าหมายของตนเองได้ ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

เนื่องจากกิจกรรมที่ 3 ในโปรแกรมการจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด มีการนำรูปแบบ ABC model (Ellis, 1957) มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้เชื่อมโยงความคิดของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ และได้ปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ อาการและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (Rector et al., 2005) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีการสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อารมณ์แจ่มใสขึ้น และสามารถทำหน้าที่ของตนเองต่อไปได้ จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง มีการทำหน้าที่ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ($t = 8.612$, $df = 19$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองมีหน้าที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะอาการทางลบที่เป็นปัญหาส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการจัดการอาการทางลบของตนเองให้อาการทางลบลดลง ร่วมกับการนำแผนการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาไปฝึกปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน

จากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เห็นพัฒนาการของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อสามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองได้สำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้ตนเองทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ รู้จักการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งในกระบวนการกลุ่ม การรู้จักการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยที่ซึมเศร้า แยกตัว พุดน้อย ได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำสิ่งใหม่เพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมตนเองในทางที่ดีขึ้น จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ดีขึ้น โดยแต่ละกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรม จะส่งผลต่อการพัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ ซึ่งพบว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ภายในกลุ่มก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม โดยการพูดคุยทักทายในเรื่องทั่วไปก่อน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากกลุ่ม รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น ลดความวิตกกังวลกลัวที่จะเปิดเผยและร่วมมือกับพยาบาลในการร่วมกิจกรรมต่อไป สังเกตได้จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งแรก ผู้ป่วยจะนิ่งๆ เฉยๆ ไม่ค่อยพูดคุย สีหน้าแสดงออกถึงความวิตกกังวล แต่หลังจากที่พยาบาลกล่าวทักทาย แนะนำตัว ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ความเป็นกันเองและสบายใจขึ้นในการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยเริ่มมีการพูดคุยซักถามมากขึ้น สีหน้ากังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น เกิดความสนุกสนาน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้กลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น (อุมาพร ตรีศสมบัติ, 2556)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ พบว่าจากการตอบคำถามในใบงาน ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับขั้นตอนการจัดการตนเองได้ บอกถึงเครื่องมือที่จำเป็นในการจัดการตนเองได้ คือ การใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญห

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งพบว่าสาเหตุความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่น เครียด การเรียน ปัญหาในครอบครัว การเงิน เป็นต้น มีการตั้งเป้าหมาย เพื่อให้ตนเองสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น คลายเครียด ทำงานได้ เรียนได้ วิธีการแก้ไขปัญหามีหลากหลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย การฟังเพลง การทำสมาธิ หาคณคุด้วย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่ตนเองวางไว้ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความมั่นใจที่จะทำในสิ่งที่ตนเองวางแผนไว้ และเมื่อแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ คลายเครียด พักหลับได้ ดูแลตนเองและทำหน้าที่ของตนเองต่อไปได้ สำหรับการตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเลือกที่จะดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว และรับประทานอาหารที่เหมาะสม สามารถบอกวิธีการและตัดสินใจเลือกวิธีการที่ทำให้ตนเองไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ได้ มีความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการจัดการตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจวิธีการจัดการตนเอง สามารถตั้งเป้าหมาย ค้นหาวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายเพื่อแก้ไขและตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้จนบรรลุผลสำเร็จ เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง (Lorig, Holman, et al., 2013)

การให้ความรู้เรื่องอาการทางลบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการพูดน้อย รู้สึกอยากนอนทั้งวัน ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดความรู้สึกชื่นชอบหรือมีความสุข แยกตัว อายากอยู่คนเดียว มากกว่าอยู่กับผู้อื่น ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เกิดปัญหาอนอนไม่หลับ ไม่สามารถทำงานได้ กังวล ไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มีความสุข ฉะนั้น ไม่มีคนคุด้วย การให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนา ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน จากการที่ให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเอง พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ บกพร่องในการดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกายตนเอง มีปัญหาการนอนไม่หลับ การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวลดลง มีปัญหาในการเลือกรับประทานอาหารและการใช้สารเสพติดเพื่อคลายเครียดและทำให้สบายใจขึ้น ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการดูแลตนเองได้เหมาะสม และนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการเลือกรับประทานอาหารของตนเองได้ และทราบถึงผลเสียจากการใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต สุขภาพทรุดโทรม ไม่มีสมาธิ ขาดสติ มีกลิ่นปาก กลิ่นตัว สูญเสียเงินและก่อให้เกิดอาชญากรรมได้ การวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะเลือกไปรับประทานอาหารกับครอบครัว ไปเที่ยว ไปออกกำลังกายร่วมกัน เพื่อสร้างความอบอุ่น สนับสนุนในครอบครัวให้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ดีขึ้น การให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตนเองตามปัญหาที่สำคัญที่สุดของตนเองพบว่า ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้ป่วย

สามารถวางแผนและดำเนินการตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้สำเร็จ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยได้ทราบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ได้วางแผนเพื่อจัดการกับปัญหา ทำให้ การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น (Mausbach et al., 2013b)

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด ผู้ป่วยพบปัญหาการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจและไม่สบายใจในเรื่อง ทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกแฟนทิ้ง คิดว่าไม่มีใครรักตนเอง สูญเสียคนที่รัก โดยมีความคิดในทางลบต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี เศร้า เสียใจ แยกตัว ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง บางคนไม่สามารถทำงานได้ เมื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อในทางบวก ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ อาการและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น อารมณ์ดีขึ้น ดูแลตนเองและกลับมาทำงานได้ เมื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนการจัดการกับอาการทางลบ ผู้ป่วยเลือกการจัดการเพื่อให้ตนเองมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้มากขึ้น โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและการเริ่มต้นพูดคุยกับผู้อื่น ทำความรู้จักกับผู้อื่นและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น ทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้น (Rector et al., 2005) ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

การพัฒนาทักษะการใช้ยา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการใช้ยาพบว่าปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ยาหมดไม่มีผู้ดูแลพามารับยาต่อ ไม่มารับการตรวจตามนัด และการเกิดอาการไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์จากการรับประทานได้คือ ช่วยให้หายป่วย อาการดีขึ้น มีสติ ผ่อนคลาย พักหลับได้ อาการข้างเคียงจากยาที่พบได้มากที่สุดคือ อาการปากแห้ง กระหายน้ำบ่อย ตาพร่ามัว ง่วงนอน ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง เมื่อเกิดการเรียนรู้การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงตนเองได้ ผู้ป่วยบางส่วนไม่มีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการข้างเคียง เมื่อมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันผู้ป่วยสามารถนำวิธีการไปจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ การฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง และการวางแผนการใช้ยาที่เป็นปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาการใช้ยาของตนเอง สามารถจัดการให้บรรลุตามเป้าหมายในการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายคือ การรับประทานยาต่อเนื่อง หายจากโรคและหายจากอาการข้างเคียง การให้ผู้ป่วยวางแผนจัดการปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการนั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการจัดการปัญหาการใช้ยาและสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น เมื่อผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ เกิดความภาคภูมิใจใน ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อาการทางจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zou et al. (2013) ที่ทำการวิเคราะห์ผลการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยสามารถระบุสาเหตุอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับตนเองได้ พบสาเหตุอารมณ์เศร้าคือ ปัญหาครอบครัว การอยู่คนเดียว มีพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว เหนือจากการทำงาน ญาติไม่มาเยี่ยมขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว อยู่คนเดียวมากขึ้น ไม่อยากพบเจอใคร เงียบ เเฉย ท้อแท้ มีความคิดอยากตาย ทำงานไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเอง ผู้ป่วยสามารถวางแผนการจัดการกับอารมณ์เศร้าได้เหมาะสม ซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกับไป เช่น การหากิจกรรมทำ การออกกำลังกาย การตั้งสติรับมือกับปัญหา การให้กำลังใจตนเองการฟังเพลง การไปเที่ยว ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายใจมากขึ้น อารมณ์ดี สดชื่นแจ่มใส มีรายได้ ทำงาน และดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำแผนการที่วางไว้ไปใช้ในการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองมากขึ้น สามารถนำทักษะการจัดการกับอารมณ์ไปปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีการจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น (Kimhy et al., 2012)

การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยขาดทักษะในการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพคือ การขาดการสบตากับบุคคลที่สนทนาด้วย การสิ้นสุดการสนทนา ผู้ป่วยมักจะไม่บอกเล่าเรื่องราวของตนเองให้บุคคลอื่นทราบ ไม่ถามคำถามบุคคลที่สนทนาด้วย ไม่มีการเชิญให้อีกฝ่ายทำกิจกรรมร่วมกัน การแสดงออกทางบวก เช่น การยิ้มลดลง เมื่อพยาบาลให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถทำการสื่อสารได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น เกิดความมั่นใจที่จะพูดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น ในการเตรียมตัวก่อนมาพบแพทย์ โดยให้ผู้ป่วยได้ทำใบงานพบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ อาการกำเริบ ยาหมด มารับยา มาพบแพทย์ตามนัด ได้รับผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน คำถามที่ผู้ป่วยมักจะสอบถามจากผู้ให้บริการคือ “เมื่อไรจะหาย” “ต้องรับประทานยานานเท่าไร” “มีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง” “เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน” ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างคำพูดเพื่อขอให้ผู้ให้บริการทวนคำแนะนำที่ผู้ป่วยไม่กระจ่างชัดได้ สามารถบอกการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคได้ สามารถแสดงความคิดเห็นต่อที่มสุขภาพได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคจิตเภท ต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ผู้ป่วยส่วนน้อยยังคิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย โดยพบว่าผู้ป่วยบางส่วนได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ บางส่วนไม่ปฏิบัติตามทั้งหมดเนื่องจาก คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว โดยพบว่าผู้ป่วยทุกคนพอใจกับแผนการรักษาที่ตนเองได้รับ เพราะทำให้ตนเองหายป่วย อาการดีขึ้น ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น มีส่วนร่วมในการรักษาและเกิดความพึงพอใจในการรักษามากขึ้น ร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบดีขึ้น (Lawn et al., 2007)

การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเข้ารับบริการแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้ มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีปัญหาในการเข้ารับการรักษาตามสิทธิแล้วต้องชำระเงิน ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ตนเองซึ่งได้ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาและอยู่ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิต จะปรึกษาคณินครอบครัว รับประทานยา

และไปพบแพทย์ ซึ่งการเตรียมตัวก่อนไปพบแพทย์ ผู้ป่วยบอกว่าต้องเตรียมความพร้อมตนเอง การแต่งกาย ความสะอาดของร่างกาย การจัดเตรียมเอกสารต่างๆ การนำยาเดิมไปด้วย มาพบแพทย์ตามนัด ขอความช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้แหล่งทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับบริการมากขึ้น จะสามารถเตรียมตัวและเข้ารับการรักษาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ลดการกำเริบของโรคได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านความรับผิดชอบดีขึ้น (Lorig et al., 2001)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนการทำหน้าที่รายด้าน ในด้านการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองมากที่สุด ($\bar{x} = 45.85$, $SD = 1.954$) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองมีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์เป็นลักษณะเด่นในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยในโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ในกิจกรรมที่ 5 มีการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะพบอารมณ์เศร้า เนื่องจาก ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อความพึงพอใจ ความคาดหวังต่อการยอมรับ หรือ ความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จต่ำ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เกิดพฤติกรรมการแยกตัว และเกิดอารมณ์เศร้า (Rector et al., 2005) โดยการดำเนินกิจกรรมอาศัยแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุอารมณ์เศร้า และหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จึงทำให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น (Kimhy et al., 2012)

การทำหน้าที่รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเป็นอันดับสองได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ($\bar{x} = 36.45$, $SD = 2.481$) ซึ่งจากการดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ในกิจกรรมที่ 2 ที่มีการส่งเสริมการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่อง โภชนาการ การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน พบว่า ปัญหาการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเลือกที่จะจัดการให้ดีขึ้นก็คือ การดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาการดูแลตนเองตามกระบวนการจัดการอาการด้วยตนเอง ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้ค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ประกอบกับการได้ประเมินผลลัพธ์จากการวางแผนการดูแลตนเอง ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับทราบการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ที่ช่วยผู้ป่วย

มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Mausbach et al., 2013b)

การทำหน้าที่ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคม การติดต่อสื่อสาร และความรับผิดชอบต่อผู้อื่น เช่นกัน อาจเนื่องจากกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จึงพบว่า ผู้ป่วยจะมีการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้มากขึ้น กระบวนการจัดการตนเองที่เน้นการใช้ศักยภาพในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจในการวางแผนการปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม และการตรวจสอบผลลัพธ์การปฏิบัติตามแผน ทำให้ผู้ป่วยทราบผลลัพธ์การปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถดำเนินการปฏิบัติตามแผนการได้จนสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป และมีการพัฒนาตนเองให้คงสภาวะการมีสุขภาพจิตที่ดี และเมื่อผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การได้รับการการพยาบาลโดยประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความเร่งด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .293$ $df = 19$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปัญหา การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มบำบัดทางจิตสังคม และการวางแผนการจำหน่ายแต่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งมีกระบวนการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการทางลบ โดยใช้ศักยภาพในตัวผู้ป่วยร่วมกับจากกระบวนการกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีความเหมาะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหา มีทักษะในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองและพยายามที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปและมีแผนการดูแลตนเองต่อไปในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง จะช่วยทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาค่าการใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเองไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเอง ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้กระบวนการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการติดตามในระยะยาว เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับ ไปฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละวันของการทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะในการจัดการทางลบบด้วยตนเองในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม โดยควรติดตามประเมินผลในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจต่อเนื่องยาวนานจนถึง 1 ปี

1.3 จากประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบบด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลพบว่า การจัดการตนเองโดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการวางแผนตนเอง และนำแผนการไปปฏิบัติในการทำหน้าที่แต่ละวัน การฝึกทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมและสร้างความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการผิดปกติของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

2.3 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหา สาเหตุ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในโรงพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตาม ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบสามารถทำหน้าที่ของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมแบบรายกลุ่ม คือ ผู้ป่วยจะคิดซ้ำ ต้องคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ทำให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วงแรก เกิดความล่าช้าไปบ้าง แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมไปพร้อมกับสมาชิกอื่นในกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือเป็นระยะๆ ซึ่งจากการพิจารณาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี มีระยะเวลาความเจ็บป่วย 14 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า อายุที่มากและระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่า 10 ปี น่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการรู้คิดที่บกพร่องไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการคิดและการตัดสินใจ แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้ จะคำนึงถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ระหว่าง 20-59 ปี แล้วก็ตาม ดังนั้นในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการควบคุมปัจจัยด้านอายุและการประเมินด้านความรู้คิด

3. เนื่องจากการวิจัยเป็นการให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สามารถประเมินอาการทางลบของตนเองได้ โดยสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ หลังจากได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

4. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง อาศัยแนวความคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง ที่มีพื้นฐานมาจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังนั้น ในการติดตามเพื่อให้ทราบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ดีมากน้อยเพียงไร ควรมีการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะในตนเองร่วมด้วย หรือกำกับการทดลอง โดยการเพิ่มแบบประเมินสมรรถนะในตนเองในการวิจัยครั้งต่อไป

5. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือผู้ป่วยซึมเศร้า ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้า ว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานประจำปี ปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง
- จารินี ธีรภัทรพันธ์. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญชฎา คมขำ. (2555). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์. (2555). ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(3), 357-370.
- ธนา นิลชัยโกวิท, สเปญ อุ๋นอองค์, ดารณศ เกษไสว, และปราการ ฅมยางกูร. (2543). เครื่องมือวัดกลุ่มอาการบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) : การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 86(6), 646-651.
- ธีระ ลีลานันทกิจ. (2550). โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (ม.ป.ป). *คู่มือการใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย*. (ม.ป.ท.): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). *รายงานสถิติประจำปี 2557*. (ม.ป.ท.): งานเวชสถิติ ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). *แบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging)*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สังจา ทาโต. (2548). บทความวิชาการ: การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ. *วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(3), 1-11.
- สุดาพร สถิตยบุตรการ. (2552). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์การอนามัยโรค. (2537). *การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช The ICD-10*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิต.
- อดิญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย*, 1(1).
- อดิญา โพธิ์ศรี. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ วรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abram, S. V., Karpouzian, T. M., Reilly, J. L., Derntl, B., Habel, U., & Smith, M. J. (2014). Accurate perception of negative emotions predicts functional capacity in schizophrenia. *Psychiatry Res*, *216*(1), 6-11. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.032
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *39*(7), 784-788.
doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070020005
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., & Harper, J. P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia in illness self-management: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*, *53*(5), 545-547.
- Aubin, G., Stip, E., G elinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *107*(2), 313-318. doi:10.1016/j.schres.2008.08.002
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barkhof, E., Meijer, C. J., Sonnevill, L. M. J. d., Linszen, D. H., & Haan, L. d. (2012). Intervention to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia- A review of the past decade. *European Psychiatry*, *27*, 9-18.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, *48*, 177-187.
- Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterk otter, J., Hambrecht, M., & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, *110*, 21-28.

- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive Approaches to Schizophrenia: Theory and Therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 577-606. doi:DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review Clinical Psychology, 1*, 577-606. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). Beck Comes Full Circle A review of Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews, 5*(4).
- Bowie, C., Reichenberg, A., Patterson, T., Heaton, R., & Harvey, P. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry, 163*(3), 418-425.
- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry, 63*(5), 505-511. doi:10.1016/j.biopsych.2007.05.022
- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Peltekis, A., Giannakou, M., Nimatoudis, I., Karavatos, A., . . . Garyfallos, G. (2010). Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenia patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 333-341.
- Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V. V., & Figueira, M. L. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Annals of General Psychiatry, 10*(18). doi:DOI: 10.1186/1744-859X-10-18
- Brüne, M., Schaub, D., Juckel, G., & Langdon, R. (2011). Social skills and behavioral problems in schizophrenia: The role of mental state attribution, neurocognition and clinical symptomatology. *Psychiatry Research, 190*(1), 9-17. doi:10.1016/j.psychres.2010.03.015
- Buchanan, R. W. (2007). Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia: An Overview. *Schizophr Bulletin, 33*(4), 1013-1022. doi:10.1093/schbul/sbl057

- Chan, S. W.-c. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 339-349.
doi:10.1016/j.apnu.2011.03.008
- Crepaz-Keay, D. (2010). Self-management of mental health problem. from World Health Organization
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review, 33*, 914-928.
- Ellis, A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology, 13*(38-44).
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*(2), 161-165.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.019
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry, 29*(7), 449-455. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.01.007
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia Research, 166*(1-3), 9-16.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.040
- Foussias, G., Agid, O., Fervaha, G., & Remington, G. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology, 24*(5), 693-709. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.10.017
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K. K., Reekum, R. v., Agid, O., & Remington, G. (2011). Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficit. *Schizophrenia Research, 132*, 24-27.
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K. K., van Reekum, R., Agid, O., & Remington, G. (2011). Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The

- impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research*, 132(1), 24-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.06.026>
- Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., . . . Maj, M. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia Research*, 147(1), 157-162. doi:10.1016/j.schres.2013.03.020
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., . . . Italian Network For Research on, P. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287. doi:10.1002/wps.20167
- Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993). Assessing Levels of Adaptive functioning: The Role Functioning Scale. *Community Mental Health Journal*, 29(2), 119-131.
- Goreishizadeh, M., Mohagheghi, Farhang, S., & Alizadeh, L. (2012). Psychosocial Disabilities in Patients with Schizophrenia. *Iran J Public Health*, 41(5), 116-121.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., & Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia. *Cluster randomised controlled trial*, 185(2), 157-162. doi:10.1192/bjp.185.2.157
- Green, M. F., Hellemann, G., Horan, W. P., Lee, J., & Wynn, J. K. (2012). From Perception to Functional Outcome in Schizophrenia Modeling the Role of Ability and Motivation *Arch Gen Psychiatry*, 69(12), 1216-1224. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.652.
- Harvey, P. D., Koren, D., Reichenberg, A., & Bowie, C. R. (2006). Negative Symptoms and Cognitive Deficits: What Is the Nature of Their Relationship? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258. doi:doi:10.1093/schbul/sbj011
- Herbener, E. S., & Harrow, M. (2004). Are Negative Symptoms Associated With Functioning Deficit in Both Schizophrenia and Nonschizophrenia Patients? A 10-Year Longitudinal Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 813-826.

- Hunter, R., & Barry, S. (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry, 27*(6), 432-436. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.02.015
- Iosifescu, D. V. (2012). The relation between mood, cognition and psychosocial functioning in psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology, 22, Supplement 3*, S499-S504.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.002
- Irani, F., Seligman, S., Kamath, V., Kohler, C., & Gur, R. C. (2012). A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 137*, 2-3-211.
- Johnston, S., Liddy, C., Ives, S. M., & Soto, E. (2008). *Literture Review on Chronic Disease Self-Management*. Retrieved from
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schöttle, D., & Naber, D. (2012). Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 27*(6), 401-405.
doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.012
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull, 13*(2), 261-276.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009a). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 347-361.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009b). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia *Oxford Journals Medicine & Health Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 347-361.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., TARRIER, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research, 200*(2), 193-201.
doi:10.1016/j.psychres.2012.05.029
- Kimmy, S. K., Green, M. F., Mintz, J., & Brekke, J. S. (2003). Is Emotion Processing a Predictor of Functional Outcome in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 29*(3), 487-497.

- Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E., & Carpenter, W. T., Jr. (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, *58*(2), 165-171.
- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., . . . Wiedemann, G. (2011a). Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(Suppl 2), S98-S110. doi:10.1093/schbul/sbr073
- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., . . . Wiedemann, G. (2011b). Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophr Bull*, *37*, 98-110. doi:10.1093/schbul/sbr073
- Knapp, Martin, McCrone, R., P., Leeuwemkamp, & Oscar. (2008). Associations between negative symptoms, service patterns, and costs in patients with schizophrenia in the five European countries. *Clinical Neuropsychiatry*, *5*(4), 195-205.
- Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, p., Patrikelis, P., Soumani, A., Papadimitriou, G. N., & Politis, A. M. (2011). Apathy, cognitive deficits and functional impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *133*, 193-198.
- Kurtz, M. M., Olfson, R. H., & Rose, J. (2013). Self-efficacy and functional status in schizophrenia: relationship to insight, cognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, *145*, 69-74.
- Lawn, S., Battersby, m. W., Pols, R. G., Lawrence, J., & Mick, T. P. a. (2007). The Mental Health Expert Patient: Findings from a Pilot Study of a Generic Chronic Condition Self-Management Programme for People with Mental illness. *International Journal of social Psychiatry*, *53*, 12. doi:10.1177/0020764007075010
- Lawn, S., McMillan, J., & Pulvirenti, M. (2011). Chronic condition self-management: Expectation of responsibility. *Patient Education and Counseling*, *84*, e5-e8.

- Leutwyler, H. C., Fox, P. J., & Wallhagen, M. (2013). Medication Adherence among Older Adults with Schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(2), 26-34. doi:10.3928/00989134-20130109-02
- Lin, C.-H., Huang, C.-L., Chang, Y.-C., Chen, P.-W., Lin, C.-Y., Tsai, G. E., & Lane, H.-Y. (2013). Clinical symptoms, mainly negative symptom, mediate the influence of neurocognition and social cognition on functional outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 146*, 231-237.
- Lindenmayer, J.-P. (2008). Increasing Awareness of Patient Functional Impairment in Schizophrenia and Its Measurement. *15*(1), 89-93.
- Llorca, P.-M., Blanc, O., Samalin, L., Bosia, M., Cavallaro, R., & on behalf of the EGOFORS initiative. (2012). Factors involved in the level of functioning of patients with schizophrenia according to latent variable modeling. *European Psychiatry, 27*, 396-400.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2013). Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community Mental Health Journal, 50*(1), 96-103. doi:10.1007/s10597-013-9615-5
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7. doi:10.1207/s15324796abm2601_01
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice, 4*(6), 256-262.
- Madeira, N., Caldeira, S., Bajouco, M., Pereira, A. T., Martins, M. J., & Macedo, A. (2016). Social Cognition, Negative Symptoms and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health, 3*(1), 1-11. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3.1>
- Marder, S. R., & Kirkpatrick, B. (2014). Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *European Neuropsychopharmacology, 24*(5), 737-743. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.10.016>

- Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J.,
 Patterson, T. L. (2013a). The use of the Theory of Planned Behavior to predict engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 205(1), 36-42. doi:10.1016/j.psychres.2012.09.016
- Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J.,
 Patterson, T. L. (2013b). The use of the Theory of Planned Behavior to predict engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 205, 36-42.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Reviews*, 30 (1), 67-76. doi:10.1093/epirev/mxn001
- McGurk, S. R., Moriarty, P. J., Harvey, P. D., Parrella, M., White, L., Friedman, J., & Davis, K. L. (2000). Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12(2), 257-264. doi:10.1176/jnp.12.2.257
- Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., & Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24 (5), 645-692. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Möller, H.-J. (2007). Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, 22(6), 380-386. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.03.010>
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x
- Patel, R., Jayatilleke, N., Jackson, R., Stewart, R., & McGuire, P. (2014). Investigation of negative symptoms in schizophrenia with a machine learning text-mining approach. *The Lancet*, 383, S16. doi:10.1016/S0140-6736(14)60279-8

- Perivolliotis, D., Granholm, E., & Patterson, T. L. (2004). Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 69*, 307-316.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popular Health Metrics, 8*(24), 1-8.
- Pitschel-Walz, G., Bauml, J., Bender, W., Engel, R., & et al. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(3), 443-452.
- Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. J., & Forester, B. (2008). Helping Older People Experience Success: An Integrated Model of Psychosocial Rehabilitation and Health Care Management for Older Adults with Serious Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*(1), 41-60.
doi:10.1080/15487760701853193
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research, 137*(1), 147-150. doi:10.1016/j.schres.2012.01.015
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry, 50*(5), 247-257.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bulletin, 15*(2), 325-337.
- Rössler, W., Joachim Salize, H., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 399-409.
doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.009
- Ryan, P., & Sawin, K. j. (2009). The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspective on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook, 57*(4), 217-225.

- Saraswat, N., Rao, K., Subbakrishna, D. K., & Gangadhar, B. N. (2006). The Social Occupational Functional Scale (SOFS): A brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 81*, 301-309.
- Schennach-Wolff, R., Jager, M., Seemuller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., & Pfeiffer, H. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 113*, 210-217.
- Sirijit Suttajit, Suwanna Arunpongpaisal, Manit Srisurapanont, Nuntika Thavichachart, Ronnchai Kongsakon, Sunanta Chantakarn, . . . Osot Nerapusee. (2015). Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? *Neuropsychiatr Disease and Treatment, 11*, 2471-2477. doi:doi:10.2147/NDT.S88085
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine, 34*(03), 413-422. doi:doi:10.1017/S0033291703001211
- Stein-Parbury, J., Gallagher, R., Chenoweth, L., & Luscombe, G. M. (2012). Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(2), 146-153. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01767.x
- Sterling, E. W., Druss, B. G., & Lorig, K. (2012). Chronic Disease self-Management Programs in Psychiatry. *Psychiatric Times*. Retrieved from <http://www.psychiatrictimes.com>
- Valencia, M., Rascon, M. L., Juarez, F., & Murow, E. (2007). A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine, 37*(10), 1393-1402. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707000657
- Velligan, D. I., Alphs, L., Lancaster, S., Morlock, R., & Mintz, J. (2009). Association between changes on the Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and

- measures of functional outcome in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 169(2), 97-100. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.009
- Ventura, J., Tom, S. R., Jetton, C., & Kern, R. S. (2013). Memory functioning and negative symptoms as differential predictors of social problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 143(2), 307-311. doi:10.1016/j.schres.2012.10.043
- Vesterager, L., Chirstensen, T. o., Krarup, B. B. O., Melau, M., Forchhammer, H. B., & Nordentoft, M. (2012). Cognitive and clinical predictors of functional capacity in patients with first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141, 251-256.
- World Health Organization. (2002). Innovative Care for Chronic Diseases. *Global Report*.
- World Health Organization. (2013). Schizophrenia. Retrieved 14/3/2013 http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Xiang, Y., Weng, Y., Li, W., Gao, L., Chen, G., Xie, L., . . . Ungvari, G. (2006). Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 464-469. doi:10.1007/s00127-006-0050-6
- Yajai Sitthimongkol , Piyanee Klainin , Wannapa Suthiumnuaykul , Saipin Likitlertlum , Rapeepun Watchalapong , & Chuntarujiggapong, S. (2007). Development of a Symptom Self-management Program for Outpatients with Schizophrenia and their Families in Thailand. *Asian Journal of Nursing*, 10, 1-4.
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education intervention for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 256-271.

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ พงศธร รพีพัฒน์ชัย | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 2. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 3. ดร.วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรากกร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ |
| 4. ดร.จันทรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล |
| 5. อาจารย์อติญา โพธิ์ศรี | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สุภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด |

รายชื่อพยาบาลผู้ช่วยวิจัย

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. นางสาว วาสนา วงษ์คำนา | พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
|--------------------------|---|



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง (....) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/>	ไม่ได้เรียนหนังสือ
<input type="checkbox"/>	ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/>	มัธยมศึกษา หรือ ปวช. หรือ ปวส.
<input type="checkbox"/>	ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/>	สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/>	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/>	ประกอบอาชีพ ระบุ.....
5. ระยะเวลาความเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดทักษะชีวิต

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความ และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย

1. ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-10
2. ด้านการควบคุมอารมณ์ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 11-22
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 23-28
4. ด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถามที่ 29-34
5. ด้านความรับผิดชอบ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 35-39

ด้านการดูแลตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

1. ผู้ป่วยมีการแต่งตัวเรียบร้อย เหมาะสม (เช่น เสื้อผ้าเรียบร้อย หวีผม) ดีหรือไม่
 1. แต่งตัวไม่ดีที่สุด
 2. แต่งตัวไม่ดี
 3. แต่งตัวดีปานกลาง
 4. แต่งตัวดี
2. ผู้ป่วยอาบน้ำได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือนหรือไม่
 1. ต้องเตือนทุกครั้ง
 2. เตือนบ่อยครั้ง
 3. เตือนเป็นบางโอกาส
 4. ทำได้เองโดยไม่ต้องเตือน
3. ผู้ป่วยมีกลิ่นที่น่ารังเกียจ (เช่น กลิ่นตัว ลมหายใจ หรือเสื้อผ้า) หรือไม่
 1. มีกลิ่นแรงมาก
 2. มีกลิ่นปานกลาง
 3. มีกลิ่นเล็กน้อย
 4. ไม่มี

4. ผู้ป่วยมีการสวมเสื้อผ้าที่สะอาด หรือมีการทำให้สะอาด ถ้าสกปรก หรือไม่

1. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้น้อยมาก
2. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้น้อย
3. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าได้ปานกลาง
4. มีการรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า

5. ผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายของตนเองหรือไม่

1. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพมากที่สุด
2. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพปานกลาง
3. ไม่ใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพน้อย
4. ไม่ได้เลย

.....

.....

.....

39. ผู้ป่วยหยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตน หรือไม่

1. บ่อยๆ
2. เป็นบางโอกาส
3. แทบจะไม่เลย
4. ไม่เลย

สรุป คะแนนรวม.....

การแปลผล.....

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

(The Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการแสดงอาการของผู้ป่วย

กลุ่มอาการด้านบวก

ลักษณะอาการ ของผู้ป่วย	ระดับการแสดงอาการของผู้ป่วย						
	ไม่มี อาการ (1)	มีอาการ น้อยมาก (2)	มีอาการ เล็กน้อย (3)	มี อาการ ปาน กลาง (4)	มี อาการ มาก (5)	มีอาการ ต่อเนื่อง ทุกวัน (6)	มีอาการ เกือบ ตลอดเวลา (7)
1. อาการ หลงผิด							
2. ความคิด สับสน							
3. อาการ ประสาทหลอน							
4. อาการ ตื่นเต้น กระวน กระวาย							
5. ความคิดว่า ตนมี ความสามารถ เกินความเป็น จริง							
6. ความรู้สึก หวาดระแวงมี คนมุ่งร้าย							
7. ความรู้สึกไม่ เป็นมิตร							

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

(The Negative Symptoms of Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการแสดงอาการของผู้ป่วย

ลักษณะอาการ ของผู้ป่วย	ระดับการแสดงอาการของผู้ป่วย						
	ไม่มี อาการ (1)	มีอาการ น้อยมาก (2)	มีอาการ เล็กน้อย (3)	มีอาการ ปาน กลาง (4)	มี อาการ มาก (5)	มีอาการ ต่อเนื่อง ทุกวัน (6)	มีอาการ เกือบ ตลอดเวลา (7)
1. การแสดง อารมณ์น้อยกว่า ปกติ							
2. การแยกตัว ทางอารมณ์							
3. การมีมนุษย์ สัมพันธ์บกพร่อง							
4. การแยกตัว ทางสังคม							
5. มีปัญหาใน การใช้ความคิด นามธรรม							
6. การสนทนาไม่ เกิดขึ้นเป็น ธรรมชาติและไม่ สั่นไหวต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่าง ตายตัว							

สรุป คะแนนรวม.....การแปลผล.....

แบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging)

FO-SCLT-001

แบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน(Staging)(ภาวะวิกฤตจิตเวช (Self-harm & Violence) และภาวะวิกฤตทางกาย)

ชื่อ-สกุล.....HN.....ตึก.....

วัน-เดือน-ปี																				
เวลา																				
G-HARD																				
G-ความรู้สึกผิด	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
H-ประสาทหลอน	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
A-ตื่นตื่นเกินกว่าควร	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
R-การเคลื่อนไหวช้า	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
D-อารมณ์ซึมเศร้า	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
อาการทางคลินิก																				
staging																				
PHUA																				
P-ระแวงทรม่งร้าย	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
H-ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
U-ไม่ร่วมมือในการรักษา	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
A-ตื่นตื่นเกินกว่าควร	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
อาการทางคลินิก																				
staging																				
การวินิจฉัย																				
สรุปผลการประเมินผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (staging)																				
อาการทางกาย	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
อาการทางคลินิก																				
ผู้ประเมิน																				

หมายเหตุ : 4 หมายถึง ผู้ป่วยระดับวิกฤต(Critical) 3 หมายถึง ผู้ป่วยระดับรุนแรง (Severe) 2 หมายถึง ผู้ป่วยระดับปานกลาง (Moderate) 1 หมายถึง ผู้ป่วยระดับเล็กน้อย (Mild)

13 กุมภาพันธ์ 2559
(๒๒๕๓๐)



โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ



โดย

นางสาว ศิรินันท์ ลีทองคำ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 1/1 แบบทดสอบความรู้การจัดการตนเอง

กิจกรรม คำชี้แจง 1. ให้คุณจัดเรียงลำดับขั้นตอนการจัดการตนเองให้ถูกต้อง โดยเขียนหมายเลข 1-7 ไว้หน้าข้อความ (.....) ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการจัดการตนเองประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

..... วางแผนการกระทำตามเป้าหมาย

..... การกำหนดจุดประสงค์

..... ตรวจสอบผลลัพธ์

..... ดำเนินตามแผนการที่กำหนดไว้

..... การค้นหาวิธีเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่เป็นเป้าหมาย

..... ให้รางวัลแก่ตนเองถ้าทำสำเร็จ

..... เปลี่ยนการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย

2. ให้คุณระบุเครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการจัดการตนเอง

1)

2)

3)

ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและเกิดความพึงพอใจทางอารมณ์ในการเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองต่อไปได้

กระบวนการจัดการตนเองมีทั้งหมด 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายของการกระทำ ตั้งเป้าหมายก่อนคุณลงมือปฏิบัติ คุณต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการทำอะไรเป็นสิ่งแรก แล้วทำเครื่องหมาย * หน้าเป้าหมายลำดับแรกที่คุณจะทำ
2. การค้นหาวิธีเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จะเป็นทางเลือกสำหรับให้ไปถึงยังเป้าหมาย โดยทำเครื่องหมาย * ที่ทางเลือกนั้น ถ้ามีทางเลือกหลายทาง
3. วางแผนการกระทำตามเป้าหมาย โดยแผนการที่ไว้ต้องตอบคำถามดังต่อไปนี้
 - 1) คุณจะทำอะไร
 - 2) คุณจะอย่างไร
 - 3) คุณจะทำเมื่อไร
 - 4) คุณจะทำบ่อยแค่ไหน

เมื่อคุณจะทำตามแผน ให้คุณตอบคำถามระดับความมั่นใจของตนเองที่จะทำตามแผนการที่วางไว้ โดยการให้ระดับคะแนนความมั่นใจตั้งแต่ 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และ 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด ถ้าคุณให้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน เป็นไปได้ว่าคุณจะทำตามแผนที่วางไว้สำเร็จ ถ้าคะแนนความมั่นใจต่ำกว่า 7 คะแนน คุณต้องกลับไปดูแผนการที่คุณวางไว้อีกครั้ง แล้วถามตัวคุณว่าทำไมไม่มั่นใจที่จะทำ อะไรคือปัญหาหรืออุปสรรคทำให้ไม่สามารถทำได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือต้องเปลี่ยนแผนการใหม่ เพื่อให้ไปถึงผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คุณต้องการ

4. ดำเนินตามแผนการที่กำหนดไว้ เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนให้สำเร็จ ถ้าแผนที่คุณเขียนและเป็นไปได้ที่จะสำเร็จ การทำให้สำเร็จนั้นคุณต้องตรวจสอบผลลัพธ์ในสิ่งที่你做 มีรายงานความคืบหน้าของสิ่งที่ทำ จะทำให้คุณมีแรงจูงใจที่ดีในการรักษาสิ่งที่ทำอยู่ให้ต่อเนื่องต่อไปในแต่ละกิจกรรมตามแผนของคุณ การจัดการที่ดีต้องทำให้สำเร็จและทำให้เกิดแผนในอนาคต

5. ตรวจสอบผลลัพธ์จากการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ จะตรวจสอบผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ ถ้าคุณทำตามแผนและสำเร็จตามเป้าหมาย จะเกิดสิ่งต่อไปนี้กับคุณคือ คุณจะเห็นความก้าวหน้าของตนเองในแต่ละสัปดาห์ ถ้าสิ้นสุดสัปดาห์ตรวจสอบตารางของคุณตามแผนที่วางไว้ เมื่อคุณมีปัญหา ให้ใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา

6. เปลี่ยนการกระทำใหม่ถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย

7. ใ้รางวัลแก่ตนเองถ้าทำสำเร็จตามเป้าหมาย

การเป็นผู้จัดการตนเอง (Self-manager) ที่ดีจะต้องเรียนรู้ทักษะ 3 แบบคือ

1. ทักษะจำเป็นในการจัดการกับความเจ็บป่วย คุณต้องรู้ว่าคุณจะทำได้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคุณ เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง

2. ทักษะจำเป็นต่อเนื่องกับการใช้ชีวิตประจำวันของคุณ เพราะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับคุณไม่ได้หมายความว่า คุณจะไม่มีชีวิตต่อไปได้ คุณยังคงต้องดำเนินชีวิตต่อไป มีเพื่อน มีงาน และมีความสัมพันธ์กับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง คุณจะต้องเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อจะปรับตัว ให้คุณทำสิ่งที่คุณจะต้องทำ

3. ทักษะจำเป็นที่ต้องจัดการกับอารมณ์ เมื่อคุณได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การวางแผนการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จะทำให้คุณมีอารมณ์ทางลบเกิดขึ้น เช่น ความกลัว อารมณ์เศร้า ความหมกหมอง หมกความอดทน หรือการแยกตัว

เครื่องมือสำคัญในการจัดการตนเอง

เครื่องมือสำคัญในการจัดการตนเอง ได้แก่

1. ทักษะการแก้ไขปัญหา
2. ทักษะการตัดสินใจ
3. การวางแผนการปฏิบัติ

คู่มือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วย



จัดทำโดย
นางสาว ศิริพันธ์ ลีทองคำ

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 1/4 การสำรวจอาการทางลบ

กิจกรรม คำชี้แจงให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ที่ตรงกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองและเติมคำในช่องว่าง(.....) ที่กำหนดไว้

1. คุณมีอาการทางลบอะไรบ้างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

- มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- อยากอยู่คนเดียวมากกว่าอยู่กับผู้อื่น แยกตัว
- ไม่รู้สึกอยากที่จะวางแผนหรือเริ่มที่จะทำงานหรือรับผิดชอบอะไร
- รู้สึกอยากนอนทั้งวัน
- ไม่รู้สึกอยากที่จะดูแลตนเอง ไม่อยากแต่งตัว ไม่อยากหวีผม
- ไม่อยากจะพูดคุยกับใคร
- ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดความรู้สึกชื่นชอบหรือมีความสุข
- รู้สึกไม่อยากจะทำอะไร ความสนใจต่องานอดิเรกและกิจกรรมลดลง
- ซึมเฉย ไม่สบตา
- พูดน้อย
- เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา
- อาการอื่น โปรดระบุอาการ.....

2. อาการทางลบที่เกิดขึ้นกับคุณในข้อ 1 ส่งผลการทำหน้าที่ของคุณในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. อาการทางลบจากข้อ 1 อาการใดบ้างของคุณที่ดีขึ้นภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

.....

.....

.....

ใบงานที่ 4/2 การวางแผนการใช้ยา

กิจกรรม ให้ผู้ป่วยวางแผนการใช้ยา เพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

1. ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับคุณคือ

.....

.....

2. เป้าหมายในการใช้ยาของคุณคืออะไร

.....

3. คุณคิดว่ายาที่มีความสำคัญต่อการรักษาอาการที่คุณเป็นอยู่มากน้อยแค่ไหนให้คุณวงกลมรอบตัวเลขจากระดับ 1 ถึง 10



4. ถ้าคุณจะไปสู่เป้าหมายในข้อ 2 คุณจะต้องทำอะไรบ้าง

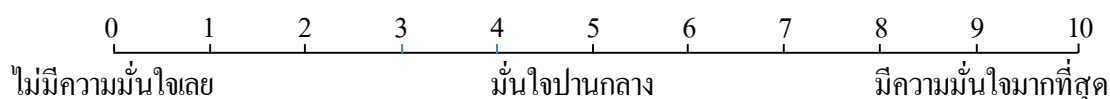
- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

5. คุณวางแผนจะทำอะไร เพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในบรรลุเป้าหมาย

.....

.....

6. คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนที่คุณจะทำตามแผนการที่คุณวางไว้ได้ให้คุณวงกลมรอบตัวเลข



7. คุณจะวัดผลลัพธ์การดำเนินตามแผนการจากอะไร

.....

.....

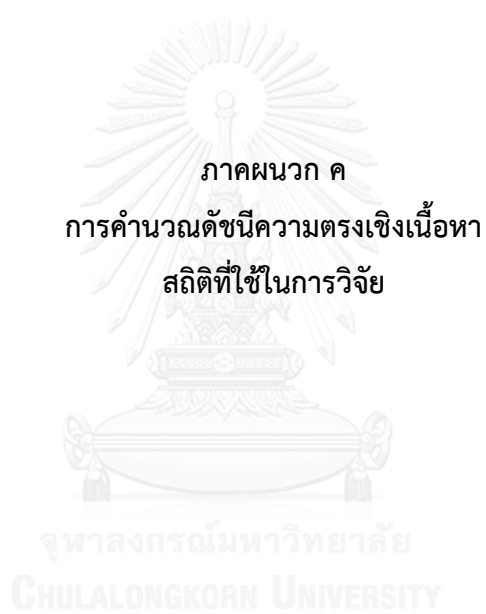
8. คุณมีโอกาสนับบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่.....

คุณจะแก้ไขปัญหาวางอย่างไร

.....

9. ถ้าคุณทำสำเร็จตามแผนการที่วางไว้ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น คุณจะได้อะไร

.....

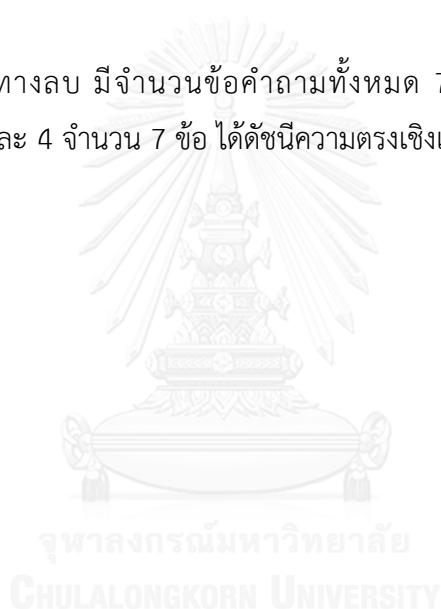


การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

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

1. แบบวัดทักษะชีวิต ใช้วัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ มีจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 35 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.897
2. แบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 7 ข้อ ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1



สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ การคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

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

เมื่อ	α	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
	n	หมายถึง	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	S_i^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของแบบทดสอบรายข้อ
	S_t^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ร้อยละ (Percentage) เป็นการเปรียบเทียบความถี่ หรือจำนวนที่ต้องการกับความถี่หรือจำนวนทั้งหมดที่เทียบเป็น 100 จากสูตรต่อไปนี้

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ	P	หมายถึง	ค่าร้อยละ
	f	หมายถึง	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	N	หมายถึง	จำนวนความถี่ทั้งหมด

ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือเรียกว่า ค่ากลางเลขคณิต ค่าเฉลี่ย ค่ามัชฌิมเลขคณิต จากสูตรต่อไปนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่ม
	n	หมายถึง	จำนวนของคะแนนในกลุ่ม

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นการวัดการกระจายที่นิยมใช้กันมาก เขียนแทนด้วย S.D. หรือ S

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

หรือ

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

เมื่อ	S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	X	หมายถึง	ค่าคะแนน
	n	หมายถึง	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่ม
	Σ	หมายถึง	ผลรวม

3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระกันด้วย pair t-test มีสูตรดังนี้

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

เมื่อ	t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับค่าวิกฤติ เพื่อทราบความมีนัยสำคัญ
	D	หมายถึง	ค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน
	ΣD	หมายถึง	ผลรวมค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน
	n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนคู่คะแนน

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
หนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient /Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาว ศรินันท์ ลีทองคำ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	47 หมู่ 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา ตึกหญิง 6 ถ. ติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02 -5287800 ต่อ 57416
โทรศัพท์เคลื่อนที่	086-9134960

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. ท่านได้รับการเชิญเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี โดยคัดเลือกจากประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) และเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตทุเลา อยู่ในระดับปานกลางหรือเล็กน้อยตามแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรงตัวน (Staging) มีคะแนน PANSS แสดงอาการในด้านลบ เพศหญิงและชาย อายุ 18-59 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย การแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี ซึ่งมีการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ให้การดูแลตามปัญหาเฉพาะรายและระดับความรุนแรงตัวนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การให้สุขภาพจิตศึกษาโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม เป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและอาการทางลบ 2) การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด 4) การพัฒนาทักษะการใช้ยา 5) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารและ 7) การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น เพิ่มทักษะและศักยภาพในตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติหน้าที่ เพื่อดำรงชีวิตในสังคมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ และในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง โดยกระบวนการจัดการอาการด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพให้มีความเหมาะสมขึ้น มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาทักษะการตัดสินใจ การจัดการกับอาการทางลบ ทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ทักษะการใช้ยา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการติดต่อสื่อสาร และการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบและเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจและสามารถจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร 2

ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail:
eccu@Chula.ac.th



หนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ของผู้วิจัยชื่อ นางสาว ศรินันท์ ลีทองคำ ที่อยู่ 47 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 086-9134960

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดๆในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@Chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)



ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๐/พิเศษ



โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
(The effect of negative symptoms self-management program on functioning of
Schizophrenic patients with negative symptoms)

รหัสโครงการ : Q ๑๘ / ๒๕๕๙

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวศิริพันธ์ ลีทองคำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศรีธัญญา

เอกสารที่รับรอง :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. โครงร่างการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๓ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙)
๓. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๓ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙)
๔. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๓ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙)
๕. คู่มือโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๒ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๙)
๖. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๓ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙)
๗. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙

วันหมดอายุ : วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๐

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลัก
จริยธรรมการวิจัยในคน ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม

(นางสาวสมศรี กิตติพงษ์พิศาล)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลศรีธัญญา

(ประธานการประชุมพิจารณา)

วันที่ 15 มิถุนายน ๒๕๕๙

ลงนาม

(นายศิริศักดิ์ ธิติถาวรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ 27 มิถุนายน ๒๕๕๙



ผลการทดสอบทางสถิติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วย

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 LOlexp ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มทดลอง	7.7000	20	6.93655	1.55106
LOlcon ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มควบคุม	9.0500	20	6.69230	1.49644

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 LOlexp ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มทดลอง & LOlcon ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มควบคุม	20	.754	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 LOlexp ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มทดลอง - LOlcon ระยะเวลาเจ็บป่วยกลุ่มควบคุม	-1.35000	4.78237	1.06937	-3.58822	.88822	-1.262	19	.222

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิรินันท์ ลีทองคำ เกิดเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2527 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จ การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2549 และ เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

