

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**THE ILLNESS SELF - MANAGEMENT PROGRAM FOR PATIENTS' SELF
CARE ABILITY: RESEARCH AND DEVELOPMENT.**

อัญชลี วิจิตรปัญญา, พย.บ (Anchalee Wijitphanya, BNS)**

สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, พย.ม (Sununta Pholdechawat, MS)*

ณัฐรุฬาร สุนทรโรวิทย์, พย.ม (Nuttaphat Suntarowit, MS)*

Abstract

Objectives: To develop the illness self - management program to promote patients' self care ability and examine effects of the developed program on patients' self care ability.

Methods: This research was a research and development (R&D). The subjects were sixty patients with Schizophrenia who were admitted at the Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They were assigned into the illness self - management program to promote patients' self care ability group and usual care group, 30 subjects in each group. Research instrument for data collection was the self care behavior assessment form of Schizophrenic patients. Data was analyzed by t - test.

Results: The results of this study were as

followed:

1) The illness self - management program for patients' self care ability had IOC (Item Objective Congruence) coefficients equal to 1.0

2) Mean score of self care ability among Schizophrenic patients who receiving illness self - management program for patients' self care ability was significantly higher than that of Schizophrenic patients who receiving usual care at < .001 level

The result of this study suggested that the illness self - management program for patients' self care ability can enhance the self care ability among Schizophrenic patients.

Keywords : Schizophrenia, Self - management, Self care

** Co-responding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

E- mail: anchalee2655@gmail.com

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และทดสอบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเสวราชนครินทร์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 30 คน และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test)

ผลการศึกษา: พบว่า

1. โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ 1.0
2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดการตนเอง การดูแลตนเอง

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยไม่เคยหายสนิท จากอาการทางจิตตลอดชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่แย่งลง (Switaj et al., 2012) ดังนั้นโรคจิตเภทจึงเป็นหนึ่งในสิบอันดับของโลกที่เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องหรือรุนแรงที่สุด คือ เป็นคนพิการทางจิตและพฤติกรรม (Cemalovic, 2011) สาเหตุจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องลางานหรือขาดงานนาน ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ เกิดผลเสียต่อประสิทธิภาพในการทำงานหรืออีกนัยหนึ่ง ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ภาวะเศรษฐกิจแย่งลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องการการเข้าถึงบริการที่ไม่ใช่แค่การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเท่านั้น แต่ต้องการสิทธิในการเลือกทางดำเนินชีวิต อิสระ ในการตัดสินใจและการพึ่งพาตนเอง (Velligan & Alphas, 2008) ด้วยหลายปัจจัยดังที่ได้กล่าวมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำเนื่องจากต้องทนทุกข์ทรมานความสามารถบกพร่อง ถูกกีดกันจากสังคมและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization [WHO], 2008) หลักการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ ให้การบำบัดรักษาแบบทันทีเพื่อดำรงภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

อย่างไรก็ตาม สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองหลายส่วน ที่ส่งผลให้มีความผิดปกติทางด้านารู้คิด อารมณ์และ

พฤติกรรม จึงเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน (Dalum et al., 2011) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมถึงสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและการดำรงอยู่ในสังคม (Schaub, Brune, Jaspen, Pajonk, Bierhoff, & Juckel, 2011) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่างไม่เหมาะสม ใช้เวลากับการนอนและการอยู่คนเดียวมากเกินไป (Moemi, Kiyhoto, Yoshiko, Shin-Ichi, & Robert, 2013) นอกจากนี้การเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีพฤติกรรมใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาผลการรักษาข้างต้นสอดคล้องกับผลการประเมินความบกพร่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเลย-ราชนครินทร์ จำนวน 75 คน ด้วยคู่มือการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF (International classification of functioning, disability and health) ในประเด็นข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมบกพร่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 97.3 มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยบกพร่องด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำไม่ถูสบู่ แปรงฟันไม่สะอาด หลังขับถ่ายไม่ล้างก้น ฯลฯ บกพร่องด้านการรักษาโภชนาการ เช่น ดื่มน้ำอัดลมจำนวนมาก รับประทานอาหารจำพวกแป้งจำนวนมาก ฯลฯ บกพร่องด้านการออกกำลังกาย บกพร่องด้านการ

หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มชูกำลัง สูบบุหรี่ ฯลฯ บกพร่องการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง วิธีที่ใช้บ่อยที่สุดคือ ดูโทรทัศน์ รongลงมาคือ นอน เพื่อจะได้ไม่ต้องพบหน้าใคร นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มีความหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะหายหรือดีขึ้น ทำให้หมดกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค เช่น “หมอบอกไม่หายหรอกก็เลยปล่อยให้มันอยู่อย่างนี้ไม่อยากทำอะไร” หรือ “จะกินยาเท่าไรก็ไม่ดีขึ้น กินแล้วก็นอนชมทำอะไรไม่ได้ เลยเอายาไปเผาทิ้ง” หรือ “ไม่อยากทำอะไรแล้วมีกินก็กิน ไม่มีกินก็นอน” ฯลฯ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีสุขภาพจิตดี นอกจากไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิตแล้ว ผู้ป่วยยังต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างบุคคลรอบข้าง (Canadian mental health association, 2011) แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้สามารถดูแลตนเองและจัดการปัญหาต่างๆ มีน้อยมาก (สมรัก ชูวานิชวงษ์ และคณะ, 2559) จึงจำเป็นต้องมีวิธีการสอนเพื่อพัฒนาผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน คือ การจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (illness self-management) ซึ่งเป็นวิธีการที่นำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management)

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมทั้งติดตามและควบคุมภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสำคัญมากในการดูแลสุขภาพที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง การศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลยุทธ์การจัดการตนเองสามารถนำมาประยุกต์เพื่อการช่วยเหลือ ในหลายกลุ่มโรค ได้แก่ โรคจิตเภท โรคจิตเภทและโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น องค์ประกอบที่สำคัญในแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง การลงมือปฏิบัติและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (Creer, 2000) จึงมีการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และมีความต้องการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและกลับไปดำเนินชีวิตของตนเองได้นั้นหมายถึง แนวคิดการจัดการตนเองเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการทางจิตไม่รุนแรง การวิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ในเรื่องอาการและเรียนรู้เทคนิควิธีการเผชิญกับอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่สามารถจัดการกับอาการและป้องกันอาการกำเริบได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น (Chi Chan, Li, Klainin-Yobas, Ting, Chan, & Wai Eu, 2014)

จากสถานการณ์โรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ สถิติการรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการทางจิตกำเริบและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จำนวนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จำนวน 21 คน พบว่า ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครบ แต่จำไม่ได้ว่าพยาบาลสอนเรื่องอะไร ข้อมูลที่ต้องการรู้คือโรคที่เป็นอยู่จะหายได้อย่างไร ต้องกินยานานแค่ไหน เวลาว่าง หงุดหงิดจะทำอย่างไร บางคนบอกได้ ข้อมูลเหล่านี้จากเพื่อนที่ป่วย จากญาติ แต่ไม่เคยได้จากโรงพยาบาล ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาของพยาบาลมีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง ผู้วิจัย จึงนำแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสถานการณ์เจ็บป่วย โดยไม่มุ่งเน้นที่การเจ็บป่วยอย่างเดียวแต่เน้นการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเองและไม่ตื่นตระหนกกับความผิดปกติที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย ตลอดจนยอมรับและเห็นความจำเป็นที่จะดูแลตนเองเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจสถานการณ์และสามารถอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งในเรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง สภาวะจิตใจ และการดูแลสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการเรื่อง การมีพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดย

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังจบโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ บนความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลไม่สามารถปรับแต่งพฤติกรรมผู้อื่นได้นอกจากตัวบุคคลเอง บุคลากรสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมของตนเองไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วยเอง เมื่อ

ผู้ป่วยประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self - monitoring) เป็นการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง 2) การประเมินตนเอง (self - evaluation) เป็นการประเมินเปรียบเทียบการกระทำพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self - reinforcement) เป็นการให้แรงเสริมแก่ตนเอง โดยเป็นข้อตกลงที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้น อาจเป็นการให้รางวัลหรือการลงโทษ เพื่อเป็นแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องตลอด 1 เดือน รูปแบบนี้เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการเรียนรู้ปัญหาของตนเอง เมื่อตระหนักรู้ปัญหาจะแสวงหาวิธีการดูแลรักษาสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการสนับสนุนให้เข้าใจโรค การอยู่กับโรคหรือปัญหาโดยเป็นฝ่ายควบคุมโรคหรือปัญหาด้วยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย (เปรมฤดี คำรักษ์, ผุสณีย์ แก้วมณี, พัชรินทร์ คมจำ, และ สุนันทา เศรษฐวิชราวณิช, 2548) การจัดการอาการรบกวนการมีสัมพันธภาพ (Moemi et al., 2013) สามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management)

ของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย

1. มี 2 กิจกรรม จัด 5 ครั้ง จัดกิจกรรม ทุกวันๆ ละ 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ครั้งที่ 2 การรับรู้อาการผิดปกติที่แสดงถึงความเจ็บป่วย

ครั้งที่ 3 แผนการดูแลสุขภาพดี

ครั้งที่ 4 แผนรับมือสัญญาณเตือนระยะแรก

ครั้งที่ 5 แผนรับมือภาวะวิกฤติ

2. ติดตามการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ โดยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ทุก 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน

พฤติกรรมดูแลตนเอง

- ด้านการดูแลร่างกาย
- ด้านการดูแลอาการรบกวน
- ด้านการมีสัมพันธภาพ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ช่วงเวลาในการดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประกอบด้วยการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย

โรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เลขาธิการนรินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม – เดือน ธันวาคม 2558 (ระยะเวลา 3 เดือน) จำนวน 21 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 12-13 มกราคม 2558 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ใช้คำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 ข้อ ดังนี้ 1) ความคาดหวังสูงสุดในการใช้ชีวิตหลังออกจาก โรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร 2) ท่านได้รับความรู้และข้อมูลแหล่งสนับสนุนตามที่ท่าน ต้องการหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตตามที่ท่านตั้งไว้ และ 3) การได้มาซึ่งความรู้ และข้อมูลแหล่งสนับสนุนที่ต้องการ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองป่วยเป็นโรคจิตเภท การดูแลตนเองที่ผู้ป่วยรับรู้ ประกอบด้วย ต้องมาพบแพทย์ตามนัด ต้อง ออกกำลังกาย ต้องผ่อนคลายความเครียด แต่ไม่มีเวลาปฏิบัติเนื่องจากไม่มีเวลา เนื่องจากการทำงาน ลืม และความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการคือ โรคที่เป็นอยู่จะหายได้อย่างไร เลิกรับประทานยาได้เมื่อใด ถ้ารับประทานยามีอะไรบ้างที่รับประทานได้หรือรับประทานไม่ได้ เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาใคร ซึ่งที่ผ่านมามีความรู้เหล่านี้ได้จากเพื่อนที่ป่วย อยู่ในหอผู้ป่วยด้วยกัน จากญาติหาข้อมูลให้บ้าง แต่ไม่เคยได้จากโรงพยาบาลเลย ถ้าเป็นไปได้ อยากให้โรงพยาบาลมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่านี้ รับฟังสารทุกข์สุกดิบบ้างก็พอใจแล้ว ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรมบ่อยๆ แต่จำไม่ได้ว่าสอนเรื่องอะไรบ้าง

2. การวางแผนออกแบบโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการ

จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ หัวหน้าจิตพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อนำผลการสัมภาษณ์มาออกแบบและกำหนดรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ของ Kanfer and Gaelick (1991)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้นำผลการสัมภาษณ์และผลการทบทวนวรรณกรรมจากระยะที่ 1 และนำแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) มาปรับใช้เป็นเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความสอดคล้องของโปรแกรมฯ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาระยะที่ 2 คือได้โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีคุณลักษณะดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะ

สุขภาพ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่อง การเจ็บป่วย และมีประสบการณ์ประเมินอาการทางจิต การประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองเกิด กระบวนการเรียนรู้ว่าการปฏิบัติดูแลตนเอง เป็นเรื่องปกติที่ทำให้สำเร็จได้ ใช้เวลา 2 ครั้ง ประกอบด้วย

- ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 2 การรับรู้อาการผิดปกติที่แสดง ถึงความเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง วัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยแต่ละรายได้ พิจารณาตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตน ปฏิบัติในการดูแลตนเองและสร้างประสบการณ์ ในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจภายใต้ ความเป็นไปได้ ประกอบด้วย

- ครั้งที่ 3 แผนการดูแลสุขภาพดี
- ครั้งที่ 4 แผนรับมือมีสติปัญญา ณ เดือน ระยะเวลา
- ครั้งที่ 5 แผนรับมือภาวะวิกฤติ

การดำเนินกิจกรรมจัดเป็นรายกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง ใช้เวลา 5 วันต่อเนื่องกัน โดยใช้เวลารั้งละ 60 นาที หลัง กิจกรรมครบ 5 ครั้ง ผู้วิจัยจะสนับสนุนให้สมาชิก กลุ่มนำแผนที่กำหนดขึ้นไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัย ติดตามให้การปรึกษาและให้กำลังใจ ทุก 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน วัตถุประสงค์เพื่อ สนับสนุนให้ สมาชิกได้ประเมินตนเองและปรับเปลี่ยนแผน ปฏิบัติกรณีผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่คาดหวัง

2. การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการ จัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องมีตัวแบบ ที่เป็นผู้มีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเภท อย่างน้อย

5 ปี โดยในช่วงเข้าร่วมเป็นตัวแบบในโปรแกรมฯ สามารถดำเนินชีวิตในชุมชน และมองว่าชีวิต ตนเองมีความสุข อย่างน้อย 2 ปี (เนื่องจาก ประสบการณ์ที่น้อย จะทำให้ขาดความมั่นใจ ในการถ่ายทอดประสบการณ์) และจัดอบรมให้ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพฤติกรรมดูแล ตนเองที่เหมาะสมก่อน เพื่อให้สามารถสนับสนุน สมาชิกอื่น ๆ ที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ให้เกิดความ มั่นใจในตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาล ผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่จะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการศึกษาระดับ ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช โดยผู้วิจัยนัดทำความเข้าใจเนื้อหาและ กิจกรรมเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถดำเนินกิจกรรม ได้ในมาตรฐานเดียวกัน และฝึกซ้อมจนมั่นใจว่า ปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมการจัดการความ เจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไปใช้ การวิจัยระยะนี้เป็นการ วิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental) แบบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วย โรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2558

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากนั้น แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความ สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน และกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติ

จำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากเข้าทั้งสองกลุ่ม และควบคุมความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการวิจัยคือ การจำกัดตัวแปรเกิน (elimination) ด้วยการจับคู่ (matching) ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันตามตัวแปรแทรกซ้อนที่ละคู่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- อาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย (คะแนน BPRS อยู่ระหว่าง 18 - 25)
- ความสามารถทางสังคม มีคะแนนระดับ 2 ลงมาตามแบบประเมิน Thai Honos

- สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้
- อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก ดังนี้

- มีอาการทางจิตกำเริบระหว่างดำเนินโปรแกรมฯ
- อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ได้รับหรืออยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตสังคมแบบอื่น ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่มีลักษณะให้เติมคำตอบลงในช่องว่างและแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตเวช

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2550) เนื่องจากองค์ประกอบการดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย เป็นต้น สามารถสะท้อนถึงระดับการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ผู้วิจัยจึงใช้เพื่อตรวจสอบผลการเรียนรู้ว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยจะประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมหรือการดูแลตามปกติ และประเมินซ้ำอีก 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หรือกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ ลักษณะแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตรประเมินรวมค่า (summated rating scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 3 โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยหรือปฏิบัติไม่ได้ หรือปฏิบัติไม่เหมาะสม ให้ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้โดยต้องให้ความช่วยเหลือหรือกระตุ้น ให้ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองโดยไม่ต้องเตือนหรือแนะนำ และปฏิบัติได้เหมาะสม คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 19 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 57 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ผลการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

ขั้นตอนดำเนินการตามโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความ

สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้สมาชิกทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อสมาชิกทำแบบประเมินเสร็จครบทุกคน จึงให้ผู้ช่วยวิจัยเริ่มกิจกรรม ในหัวข้อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ร่วมกับตัวแบบที่เป็นผู้มีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

วันที่ 2 หัวข้อการรับรู้อาการผิดปกติที่แสดงถึงความเจ็บป่วย ผู้ช่วยวิจัยและตัวแบบสนับสนุนให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ควบคุมการเจ็บป่วย ปัญหาอุปสรรคและการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมการเจ็บป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจในการประเมินและควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง

วันที่ 3 หัวข้อแผนสู่การหายดี ผู้ช่วยวิจัยจัดกิจกรรมสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการรับรู้ มีความตระหนักและสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

วันที่ 4 หัวข้อแผนรับมือสัญญาณเตือนระยะแรก ผู้ช่วยวิจัยส่งเสริมให้สมาชิกเรียนรู้และตระหนักถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความอึดอัดหรือความเครียดในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สมาชิกรับรู้พฤติกรรมรับมือสัญญาณเตือนที่เหมาะสม

วันที่ 5 หัวข้อแผนรับมือภาวะวิกฤติ ผู้ช่วยวิจัย สนับสนุนให้สมาชิกตั้งเป้าหมายและวางแผนแผนการรับมือสัญญาณเตือนและภาวะ

วิกฤติที่อยู่ในวิสัยที่สามารถนำแผนตนเองกำหนดไปปฏิบัติ หลังจากยุติกลุ่ม ผู้วิจัยให้แบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกและฝึกการบันทึกจนแน่ใจว่าสมาชิกสามารถบันทึกได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยนัดติดตามเยี่ยมสมาชิกเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที และในสัปดาห์ที่ 4 ให้สมาชิกทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยดำเนินกิจกรรมการสอนเป็นกลุ่มติดต่อกันทุกวันๆ ละ 45 นาที ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้สมาชิกทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อสมาชิกทำแบบประเมินเสร็จครบทุกคน จึงให้พยาบาลผู้สอนเริ่มการสอน หัวข้อความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

วันที่ 2 อาการทางจิตและอาการข้างเคียงจากยา

วันที่ 3 ทักษะการจัดการความเครียด

วันที่ 4 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์

วันที่ 5 การมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาต่อเนื่อง หลังจากยุติกลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกครั้งเมื่อครบ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน คือ ความถี่และค่าร้อยละ

2. ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 เดือน โดยใช้สถิติ dependent t - test

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองครบ 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t - test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราช-นครินทร์ กรมสุขภาพจิต และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการทดลองทุกขั้นตอน ผู้ป่วยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย

ต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ ในระหว่างการดำเนินโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วจึงได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่อง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 34 ปี (Min = 15, Max = 56) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 11 คน (ร้อยละ 36.7) สถานภาพโสด 18 คน (ร้อยละ 60.0) และไม่ได้ทำงาน 17 คน (ร้อยละ 56.7) ระยะเวลาในการรับการรักษาเฉลี่ย 6 ปี ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย 41 ปี (Min = 23, Max = 64) จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 13 คน (ร้อยละ 43.3) และประถมศึกษา 11 คน (ร้อยละ 36.7) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด 21 คน (ร้อยละ 70.0) ประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่/ทำสวน รับจ้างรายวันและไม่ได้ทำงานจำนวนใกล้เคียงกัน ระยะเวลาในการรับการรักษา เฉลี่ย 6 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
เพศ		
ชาย	20 คน (66.7%)	22 คน (73.3%)
หญิง	10 คน (33.3%)	8 คน (26.7%)
อายุเฉลี่ย	34 ปี (Min = 15, Max = 56)	41 ปี (Min = 23, Max = 64)
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1 คน (3.3%)	3 คน (10.0%)
ประถมศึกษา	8 คน (26.7%)	11 คน (36.7%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	11 คน (36.7%)	13 คน (43.3%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 คน (20.0%)	3 คน (10.0%)
ปวช/ปวส/ประกาศนียบัตร	3 คน (10.0%)	-
ปริญญาตรี	1 คน (3.3%)	-
สถานภาพสมรส		
โสด	18 คน (60.0%)	21 คน (70.0%)
สมรส	11 คน (36.7%)	7 คน (23.3%)
แยก/หย่า/หม้าย	1 คน (3.3%)	2 คน (6.7%)
อาชีพ		
ทำนา	1 คน (3.3%)	6 คน (20.0%)
ทำไร่/ทำสวน	6 คน (20.0%)	7 คน (23.3%)
รับจ้างรายวัน	6 คน (20.0%)	8 คน (26.7%)
รับจ้างรายเดือน	-	1 คน (3.3%)
ไม่ได้ทำงาน	17 คน (56.7%)	8 คน (26.7%)
ระยะเวลาในการรับการรักษาเฉลี่ย	6 ปี (Min = 1, Max = 16)	6 ปี (Min = 1, Max = 17)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 1 เดือน

ค่าคะแนน	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท					
- ก่อนเข้าโปรแกรม	45.27	6.85	29	6.853	.000
- หลังเข้าโปรแกรม	51.40	4.04			
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ					
- ก่อนเข้าโปรแกรม	47.50	5.99	29	5.993	.612
- หลังเข้าโปรแกรม	43.40	7.62			

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า หลังจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองครบ 1 เดือน

ค่าคะแนน	\bar{X}	SD	df	t	p-value
- กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท	51.40	6.85	29	6.992	.000
- กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	43.40	7.62			

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการและการรักษา การรับประทานยาและแหล่งสนับสนุน โดยเน้นที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง รวมทั้งสอนการประเมินและติดตามตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในสถานการณ์จริง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปรึกษาในช่วงการปฏิบัติจริงเพื่อเสริมแรงทางบวก ผู้วิจัยใช้วิธีการในการดำเนินกิจกรรม 4 วิธี คือ การชักจูงด้วยคำพูด ประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง การพูดถึงความสำเร็จในการกระทำ และการเสริมแรงทางบวก เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคอย่างถูกต้องเหมาะสมสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ว่าเกิดจากกระบวนการเรียนรู้จากการประเมินตนเอง มีการสร้างเสริมแรงจูงใจจากตัวแบบและการแลกเปลี่ยนเพื่อประเมินความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ป่วยเป็นคนริเริ่ม

ในการปรับเปลี่ยนด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการ (self-management) ของ Chi Chan et al. (2014) เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ตรงกับความต้องการ รวมทั้งมีประสบการณ์ติดตามและควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 51.40 (SD = 4.04) และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 45.27 (SD = 6.85) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท (\bar{X} = 51.40, SD = 6.85) มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ (\bar{X} = 43.40, SD = 7.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ทั้งนี้ เพราะการจัดกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย

การให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค และการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี รวมทั้งเห็นความเป็นไปได้ในการควบคุมการเจ็บป่วยด้วยการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมด้วยวิธีการง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ด้วยการบันทึกข้อมูลประจำวัน เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน และในโปรแกรมที่มีตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเหมือนกันและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและสร้างแรงจูงใจในการมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล นำโปรแกรมไปใช้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วย
2. การนำโปรแกรมไปใช้ ควรปรับใช้ตามความเหมาะสมของบริบทในโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาถึงระยะเวลาการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประกอบการพิจารณาจัดโปรแกรมเสริมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถาวร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์อาทิตย์ เล่าสุขังคุณคร.มยุรี กลับวงษ์ อาจารย์ ดร.รัตติกกร เหมือนนาคอน ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- เปรมฤดี คำรักษ์, ผุสนีย์ แก้วมณี, พัชรินทร์ คมจำ และสุนันทา เศรษฐวัชรราชวิช. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา.
- มยุรี กลับวงษ์. (2550). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมรักชวานิชวงศ์, ณัฐกานต์ใจบุญ, วีรีแดงประเสริฐ, และคณะ. (2559). ประสบการณ์การคืนสู่สุขภาพ (Recovery) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไทย. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(2), 8-21.
- ถ่านกนกโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). *คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตาม*

- ประเภทความพิการและให้รหัส ICF.
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Canadian Mental Health Association. (2011). *Schizophrenia society of Ontario*. Retrieved July 20, 2016 from www.mcss.gov.on.ca.
- Cemalovic, N. (2011). Evaluation of working capacity in case of mental disorders. *Medical Archives*, 65(5), 304-305.
- Chi Chan, S., Li, Z., Klainin-Yobas, P., Ting, S., Chan, M., & Wai Eu, P. (2014). Effectiveness of a peer - leed self - management program for people with schizophrenia: protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1425-1435.
- Creer, T. L. (2000). Self - management of chronic illness In: M. Doekaert (Eds.) *Handbook of Selfregulation*. San Diego, California Academic.
- Dalum, H. S., Korsbek, L., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., et al. (2011). Illness management and recovery (IMR) in Danish community mental health centers. *Trails*, 12(1), 195-204.
- Kanfer, F. H., Gaelick - Buys, L. (1991). *Self-management methods*. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Self-management methods in helping people change: A textbook of methods* (4thed.). (pp.305-360). New York: Pergamon Press.
- Moemi, S., Kiyhoto, E., Yoshiko, Y., Shin-Ichi, S., & Robert, P. L. (2013). Illness self - management for individuals in acute psychiatric care settings in Japan: cross-cultural a deputation of an American program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 272-277.
- Schaub, D., Brune, M., Jaspén, E., Pajonk, F. G., Bierhoff, H. W., & Juckel, G. (2011). The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia. *European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 261(2), 85-93.
- Switaj, P., Anczewaka, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., et al. (2012). Disability and schizophrenia: A systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 12(193), 1-12.
- Velligan, D. I. & Alphas, L. D. (2008). *Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment*. Psychiatric Times. Retrieved July 20, 2016 from www.psychiatrictimes.com
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.