

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับยาต้านอาการทางจิต*

Effectiveness of Solution-Focused Reframing Program for Schizophrenic Patients Taking Antipsychotic medications.

ศรีวิไล โมกขาว (Sriwilai Mokekhaw; M.N.S., R.N.)**

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effectiveness of Solution-Focused Reframing Program (SFRP) for schizophrenic patients taking antipsychotic medications. The participants were 14 schizophrenic patients who had been admitted in Chonburi hospital and discharged but had a history of non compliance treatment. The program was five sessions of 1-1.5 hours and performed once a week. Measures used composed of two measures and one program, including a self-care confidence in taking antipsychotics questionnaire, schizophrenic patient's competency in performing daily activities measure, and the SFRP. The SFRP was conducted by 3rd year nursing students in bachelor of nursing science program who were trained by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics, one way analysis of variance and dependent sample t- test.

Major findings were as follow: The participants reported significant higher scores of self-care confidence in taking antipsychotics after receiving the SFRP than the score before receiving the program ($P < .05$) and The participants also reported higher scores of competency in performing daily activities after receiving the SFRP than the score before receiving the program ($P < .05$)

The results showed that the SFRP enhance a congruence of patient's perception and their experience about taking medications and performing daily activities. The patients could live normally with their highest competency. Nursing students should be trained to be able to apply SFRP for their Schizophrenic patients. The Schizophrenic patients would then be complied with their treatment, resulting in decreasing relapse.

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออก

** Corresponding authou, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช E-mail: Sriwilai2509@yahoo.co.th

Keywords: Solution-Focused Reframing Program, Schizophrenic Patients, Antipsychotic medication

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้านอาการทางจิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลชลบุรี มีอาการทางจิตทุเลา ได้รับการจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีประวัติขาดยา จำนวน 14 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก ดำเนินการทดลองโดยนักศึกษาระดับปริญญาตรีปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี ที่ผ่านการเรียนรู้ทางทฤษฎี ฝึกการใช้โปรแกรมโดยผู้วิจัย และอยู่ในความควบคุมของผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที่มีผลการวิจัยดังนี้

คะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เกี่ยวกับการรักษาและการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น นักศึกษาพยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ยาต้านอาการทางจิต

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีความชุกประมาณร้อยละ 0.5-1 (Sadock & Sadock, 2000) ในประเทศไทย พบความชุกเท่ากับร้อยละ 0.70 (กรมสุขภาพจิต, 2553) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ โดยที่ความรู้สึกตัวและเขารู้ปัญหาปกติ (WHO, 1992) ทำให้มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพไม่เข้าใจสภาพความเป็นจริง บกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ การงานและสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม (มานิตศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542) ทำให้คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นอันตรายจนเกิดความรู้สึกลัวหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วยหลักเลียงที่จะพูดคุยด้วย และผู้ป่วยมักจะมีสัมพันธภาพทางลบกับครอบครัว (รสสุคนธ์ ชนะแก้ว, 2548)

สาเหตุของโรคเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความผิดปกติของสมอง เมื่อผู้ป่วยที่มีจิตใจอ่อนแออยู่แล้วพบกับสภาพ

กดดันทำให้เกิดอาการของโรคขึ้นมา โดยสภาพกดดันนี้อาจเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน จากสาเหตุดังกล่าวรูปแบบการรักษาจึงเป็นการรักษาแบบผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการรักษาหลัก การรักษาทางจิตสังคมและอาชีวบำบัด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิต ให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาวและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (American Psychiatric Association, 2000)

ประกอบกับในประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงถูกปรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นลงโดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่การดูแลของครอบครัว อาจยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการให้สงบ สามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ถ้าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะผ่านเข้าสู่ระยะอาการคงที่ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนได้ แต่ถ้าการดูแลล้มเหลว ผู้ป่วยก็อาจมีโอกาสดังกลับเข้าไปสู่ระยะอาการกำเริบใหม่ได้ ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุจากการขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ที่มักคิดว่าตนเองหายแล้วรวมทั้งไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่าตนเองรับประทานยารักษาอาการทางจิตอยู่ (สวัสดิ เทียงธรรม, 2547) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อดังกล่าวจะ

ไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อโดยการอธิบายด้วยเหตุผลธรรมดาได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2549) การบำบัดทางจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้และตระหนักในความเจ็บป่วยของตนจนเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ดังเช่นงานวิจัยของซีแกรม (Seagram, 1997) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของผู้ป่วยโรคจิตที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและปฏิเสธการรับประทานยา พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมลดลงกว่าก่อนการทดลอง อีกทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมากกว่าก่อนการทดลอง รับประทานยาต่อเนื่องได้นานกว่าและกลับมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมช้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยดังกล่าวเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ภาวะสุขภาพที่ดีตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน พิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนกันภายในกาย จิต และจิตวิญญาณ จากการรับรู้และประสบการณ์จริง ทำให้บุคคลพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายตรงกันข้ามภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเกิดจากความไม่กลมกลืนกัน ทำให้บุคคลมักจะติดอยู่กับการรับรู้ของตนมีความจำกัดในการรับรู้สิ่งต่างๆ ความไม่กลมกลืนดังกล่าวจะนำไปสู่ความเจ็บป่วย และอาจนำไปสู่การเกิดโรคได้ในที่สุด (สายใจ พัวพันธ์, 2549) ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเองเป็นอาการที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องกันของ

การรับรู้กับสภาพความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้เกิดการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่ผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพให้สามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่างๆ ได้ การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตอย่างเข้าใจ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของหลักสูตรรูปแบบของการดูแลแบบเดิมเป็นการให้การดูแลแบบทั่วไป เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การฟื้นฟูทักษะต่างๆ ที่เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต การเข้าสังคม การรับประทานยา และจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น ในรูปแบบของการปฏิบัติไม่ได้มีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้จากผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าเป้าหมาย (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลชลบุรี, 2553) ดังนั้นทีมวิจัย ในฐานะที่เป็นอาจารย์ในภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช จึงได้จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (สายใจ พัวพันธ์, 2549) และแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออก (สายใจ พัวพันธ์, 2548) เพื่อให้ นักศึกษาได้ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยอยู่ในความควบคุมดูแลของอาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เทคนิคที่นำมาใช้ คือเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าการ

รับประทานยาต้านอาการทางจิตเป็นเรื่องธรรมดา ไม่แตกต่างจากบุคคลอื่นที่หลีกเลี่ยงไม่พ้นการเจ็บป่วย เทคนิคการพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกรอบความคิดทางบวกที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เทคนิคการใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) ที่ประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ในการหาทางออกที่นำมาสู่การแก้ปัญหาของตนเอง และเทคนิคการให้การบ้าน (Homework) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ศักยภาพในการดูแลตนเอง ในสถานการณ์ที่เป็นจริง ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้วิธีการที่เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคม และชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยาต้านอาการทางจิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตมากที่สุด เนื่องจากเชื่อว่ายาต้านอาการทางจิตจะช่วยการทำงานของสารสื่อประสาท ให้สามารถทำงานได้อย่างสมดุล และควบคุมอาการทางจิตไม่ให้กำเริบ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะคิดว่าตนเองหายจากความ

เจ็บป่วยแล้ว เนื่องจากอาการหูแว่ว ภาพหลอน หรือนอนไม่หลับ หายไป ซึ่งในความเป็นจริงยังมีการดำเนินของโรคอยู่ การรับรู้ว่าคุณค่าแล้วจึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การสอดคล้องกลมกลืนกันของกาย จิตและจิตวิญญาณ ที่ได้จากการรับรู้และสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัด ที่เน้นการหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy) ที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีศักยภาพในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ค้นพบทางออกได้โดยไม่จำเป็นต้องค้นหาต้นเหตุของปัญหา สร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยจิตเภท ให้เกิดความเข้มแข็ง เปลี่ยนวิธีการมองสถานการณ์ที่ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตกำเริบ

ดังนั้นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากการรับรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทั้งสองมาบูรณาการเข้าด้วยกันในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบทางออกของปัญหา เทคนิคที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการบำบัดคือเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าประสบการณ์ของเขาเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างบุคคลอื่นๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่พ้นความเจ็บป่วย เทคนิคการพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกรอบความคิดทางบวกด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ เพียงแต่ต้นเหตุของความเจ็บป่วยไม่เหมือนกันเท่านั้น เทคนิคการใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนัก

ถึงความสามารถของตนเองในการประเมินความก้าวหน้าของการหาทางออกของปัญหา ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจที่จะลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจ เทคนิคสุดท้ายคือเทคนิคการให้การบ้าน (Homework) กระตุ้นให้ผู้ป่วยทดลองทำในสิ่งที่เป็นไปได้ แล้วมอบหมายให้ไปทำจริงในสถานการณ์จริงและให้สังเกตตนเองและคนรอบข้างถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่ได้ทดลองทำแล้ว สร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก มีคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยกลุ่มเดียว แบบวัดก่อน และหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และได้จำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านตั้งแต่เดือนตุลาคม

พ.ศ. 2553-เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 จำนวน 48 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และได้จำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ได้รับการจำหน่ายอย่างน้อย 1 เดือน มีคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ในระดับรุนแรงน้อย (18-30 คะแนน), มีประวัติรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 14 ราย และใช้ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 14 รายนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ และถอนตัวจากการวิจัยผู้ที่ยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต เป็นแบบที่ผู้วิจัยนำมาจากแนวคิดการบำบัดที่เน้นการหาทางออก เป็นคำถามประเมินค่า (Scaling

Questions) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1 คือไม่มีความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเองเลยถึง 10 คือความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเองเต็มที่

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สร้างโดยพรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) จำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความสามารถทางสังคม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 1 คือ ความสามารถในการปฏิบัติน้อยที่สุดถึง 5 คือ ความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด

3. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับยาต้านอาการทางจิต ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของเคอ เซสเซอร์ และแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การตกลงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม สร้างสัมพันธภาพยอมรับความเป็นบุคคลที่เป็นพื้นฐานสำคัญของกระบวนการพยาบาลซึ่งนำไปสู่ความไว้วางใจกัน การสำรวจกรอบความคิดปัจจุบันของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

สัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมมองความเจ็บป่วย ในเรื่องความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิตและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย(Normalizing) โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของเขาเป็นเรื่องธรรมดาของบุคคลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ไม่พ้นความเจ็บป่วย ส่งเสริมการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีวิธีการบอก

กับตัวเองเมื่อต้องหิบบยามารับประทาน เช่น รับประทานอาหารเพื่อปรับระดับสารเคมีในสมองให้สมดุล หรือเพื่อให้ตนเองมีความสุข ไม่หงุดหงิด จากนั้นใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 1 หลังจากปรับมุมมองความเจ็บป่วยแล้ว

สัปดาห์ที่ 3 สร้างกรอบความคิดใหม่เพื่อความสะดวกคล่องกลมกลืนกันของการรับรู้กับความเป็นจริง (Reframing) โดยยกตัวอย่างสถานการณ์การรับรู้ที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง แล้วเชื่อมโยงมาสู่การรับรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้กรอบความคิดใหม่ในการดูแลตัวเอง จากนั้นใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 กรอบความคิดใหม่ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของการรับรู้กับความเป็นจริงเพื่อการดำเนินชีวิต โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้กรอบความคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในบริบทอื่น เช่น บทบาทการเป็นสมาชิกของครอบครัว บทบาทใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำในบทบาทใหม่นั้น รวมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองและบุคคลในครอบครัวต่อบทบาทใหม่ของผู้ป่วย ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี หรือเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี จากนั้นใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 3 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 กรอบความคิดใหม่กับสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดใหม่ที่สอดคล้องกันระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงทุกครั้งที่ต้องหิบบยามารับประทาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพตัวเองในการ

ดูแลสุขภาพ สามารถรู้ได้ด้วยตนเองว่าจะทำอะไรอย่างไร จึงจะมีสุขภาพดีได้ในขณะที่มีความเจ็บป่วย (Health within Illness) จากนั้นใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 4 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถนำประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และยุติโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ภายหลังที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงแล้วนำไปโปรแกรมฯ และแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ส่วนแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยนำแบบที่แก้ไขแล้วไปหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลอ่าวอุดมฯ คัดเลือกผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
2. ผู้วิจัยสอนทางทฤษฎีให้นักศึกษา

พยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรีให้เข้าใจถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และฝึกฝนให้นักศึกษาพยาบาลทดลองทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทกับนักศึกษาด้วยกันเอง โดยใช้บทบาทสมมติ ฝึกฝนการใช้แบบประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทายาต้านอาการทางจิตและแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนนักศึกษาสามารถเข้าใจ ปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และใช้แบบประเมินทั้งสองแบบได้ ซึ่งทดสอบได้จากการประเมินการใช้โปรแกรมฯ แบบประเมินและการประเมินพฤติกรรม โดยใช้เกณฑ์คะแนนผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ได้แก่ ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครบุรี ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน เคยมีประวัติรับประทายาไม่ต่อเนื่องจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง จากนั้นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของผู้ป่วยรายนั้นถ้ามีระดับรุนแรงน้อยจึงคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยเข้าใจ อธิบายให้ทราบถึงลักษณะการเข้าร่วมโปรแกรม ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายในการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนการทดลอง

1. ให้นักศึกษาวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งที่ 1 เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ บำบัดแบบรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมดูแลตลอดการดำเนินการโปรแกรมฯ หากพบอุปสรรคระหว่างการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบถ้วนทุกขั้นตอน

3. ให้นักศึกษาทำการวัดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทายาต้านอาการทางจิตในระยะทดลอง โดยวัดทุกสัปดาห์หลังการทดลองตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป

4. เมื่อเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 5 ให้นักศึกษาวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการวัดทันทีหลังการทดลองเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดย

1. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิต พบว่าการกระจายของข้อมูลอยู่ในโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent Sample t- test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.1 อายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 44 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ เป็นโสด ร้อยละ 57.1 มีอาชีพงานบ้านร้อยละ 64.3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเกิน 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 14.3 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากขาดการรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มากที่สุดคือ 1 และ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.6 เท่ากัน รองลงมาคือ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.1 มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 42.9 รองลงมาเป็นบุตรร้อยละ 21.2

2. คะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง

คะแนนความเชื่อมั่น ในการดูแลตนเองให้รับประทาน ยาต้านอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท	$\bar{X}$	SD	df	t
ก่อนการทดลอง	6.71	1.98	13	-6.04**
หลังการทดลอง	9.14	1.17		

** $p < .01$

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง

คะแนนความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t
ก่อนการทดลอง	3.89	.61	มาก	13	6.47**
หลังการทดลอง	4.45	.45	มาก		

** $p < .01$

3. คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 2)

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งอธิบายได้ว่า

โปรแกรมฯ นี้ เน้นการปรับมุมมองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพที่มีอยู่แทนการมองปัญหาที่ความเจ็บป่วยนำไปสู่การเกิดกรอบความคิดใหม่ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง คือความสามารถที่จะพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ให้เข้มแข็ง หรือพึ่งตนเองได้มากขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ตัวเองทำได้ และนำสิ่งที่ตนคาดคะเนไปทดลองทำจริงที่บ้าน ตามหลักการของการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของเดอ เซสเซอร์ (สายใจ พัวพันธ์, 2548) ที่กล่าวว่า ถ้าทำอะไรแล้วได้ผลดี ต้องทำให้มากขึ้น

คำถามประเมินค่าจะถูกนำมาใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุถึงกิจกรรมที่ตัวเองทำได้ตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึง 10 หมายถึงเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดจะทำให้ได้ เป็นการบอกถึงความตั้งใจที่จะลงมือกระทำ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติเช่นนี้เป็น การสร้างเสริมแรงจูงใจ ซึ่งถือเป็นความสำเร็จในด้านการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย จากการใช้คำถามประเมินค่าความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองสามารถอธิบายได้ว่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น มาจากความ

เชื่อมั่นในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น จากการที่ได้ทดลองทำจริงบอกเล่าความรู้สึกที่ได้ทดลองทำ ด้วยความรู้สึกภาคภูมิใจ กับผลของการทดลองทำ มีความกระตือรือร้นที่จะทำให้คะแนนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ในกระบวนการบำบัดของโปรแกรมฯ ทั้ง 5 ครั้ง นักศึกษาพยาบาลและผู้วิจัยเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นพบและใช้ศักยภาพของตนเอง ให้มีความเข้มแข็งในตัวเองมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมตามสถานการณ์ที่เป็นจริงของแต่ละรายกระตุ้นให้ไปทดลองทำจริง แล้วให้สังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถกระทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้สูงขึ้น อธิบายตามกระบวนการบำบัดได้ว่า

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนำเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) มากระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเอง หรือประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลอื่นที่อยู่รอบตัวโดยยึดหลักว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต จากคำพูด

ที่ผู้ป่วยบางรายมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเรื่องที่น่าอายจากการถูกตีตราว่า “เป็นคนบ้า” “เวลามาโรงพยาบาลก็กลัวคนเห็นว่ามารักษาโรคจิต” หลังจากอภิปรายเรื่องความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิต มีคำพูดของผู้ป่วยหลายคำพูดที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มมีการมองการเจ็บป่วยทางจิตไม่ได้แตกต่างจากการเจ็บป่วยทางกาย แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อความเจ็บป่วยตัวอย่างคำพูดได้แก่

“มีคนที่ย้ายมาบอกว่าผมเป็นไอ้บ้า ผมรู้สึกโกรธ ไม่พอใจเขาเป็นอย่างมาก เดินหนีออกมาเลย ไม่อยากเห็นหน้าเขาอีก คิดว่าคงเป็นเวอร์กรรมของเรา แต่ตอนนี้รู้ว่าเป็นที่สารในสมอง แล้วรักษาได้เหมือนโรคอื่นๆ ก็รู้สึกมีความหวังขึ้น” (รายที่ 12)

“คนข้างบ้านเป็นโรคเยอะกว่าเราอีก เรายังดีที่เป็นแค่นี้” (รายที่ 6)

ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยนำเทคนิคการพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) มาใช้ในกระบวนการบำบัด เน้นเรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยเริ่มมีมุมมองในเรื่องความเจ็บป่วยสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น สิ่งที่ตามมาคือ ผู้ป่วยเริ่มมีการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ไปในทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและผู้อื่น โดยเฉพาะการดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากที่ต้องให้มีคนคอยเตือนให้รับประทานยากี่เปลี่ยนเป็นหยิบยาขึ้นมารับประทานเองได้โดยไม่รู้สีกว่าถูกบังคับ

นอกจากการบอกให้ตัวเองรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยยังมีการดูแลตัวเองสอดคล้องกับความเป็นจริงของการเจ็บป่วยมากขึ้น บางรายบอกว่า

จากที่ไม่เคยลุกมาทำอะไรเลย มักจะกินและนอนดูโทรทัศน์อยู่แต่ในบ้าน เริ่มออกมาเดินออกกำลังกายแถวๆ บ้านได้บ้าง หรือบางรายเริ่มออกไปช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ

ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) เน้นเรื่องการอยู่ร่วมกับครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การทำหน้าที่สมาชิกในครอบครัวได้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น สังเกตได้จากการบ้านที่ผู้ป่วยทำและมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าได้ทดลองทำอะไรเพิ่มบ้าง หรือสิ่งที่ทำเดิมอยู่แล้วทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

สัปดาห์ที่ 5 ช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการใช้ศักยภาพของตัวเองในการดูแลสุขภาพทั้งต่อตัวเองและจากบุคคลอื่น ผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตัวเอง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซีแกรม (Seagram, 1997) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของผู้ป่วยโรคจิตที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและปฏิเสธการรับประทานยา พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมลดลงกว่าก่อนการทดลอง รับประทานยาด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีทัศนคติต่อการดำเนินชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ พรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการอภิปรายข้างต้นโปรแกรมการปรับ

เปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกเป็นโปรแกรมที่แสดงให้เห็นว่าเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างเสริมพลังอำนาจให้มีความเข้มแข็ง ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพของผู้ป่วยด้วยการเปลี่ยนวิธีการมองสถานการณ์การเจ็บป่วยประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้ คือความเชื่อมั่นของนักศึกษาพยาบาลและผู้วิจัย ว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะสามารถรู้ได้ด้วยตนเองว่าจะทำอะไรได้บ้าง อย่างไรบ้าง จึงจะดีสำหรับตนเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้นๆ สิ่งสำคัญของความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้ คือการลงมือกระทำจริงตามที่ตั้งใจไว้ของนักศึกษาพยาบาลและผู้วิจัยด้วยความรักความเมตตา ตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย การแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ส่งเสริมและยอมรับให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้วยความตั้งใจ และเต็มใจ ดังจะเห็นได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยในด้านความจริงจังในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยทุกคนรอยการมาเยี่ยมของทีมนักศึกษาพยาบาลและผู้วิจัย ตามเวลาที่นัดหมาย รวมทั้งสร้างบรรยากาศที่ดีในการบำบัดในเรื่องการบ้านในแต่ละครั้งทุกคนให้ความร่วมมืออย่างเต็มใจในการไปลงมือทำจริง แม้จะมีบางรายที่เขียนหนังสือไม่ได้ แต่ก็ทำการบ้านด้วยการให้บุคคลในครอบครัวช่วยเขียนตามคำบอกของผู้ป่วย และนำมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังได้ นำไปสู่เป้าหมายสูงสุดตามแนวคิดของทฤษฎีการดูแล

มนุษย์ของวัตสัน (สายใจ พัวพันธ์, 2549) นั่นคือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง เคารพตนเอง การเยียวยาด้วยตนเอง และกระตุ้นกระบวนการดูแลตนเอง นำไปสู่การหยุดความคิดที่ว่าความเจ็บป่วยเป็นตราบาปสามารถสร้างหรือกำหนดวิถีชีวิตใหม่ในทางที่สร้างสรรค์และเป็นประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรมีการสอนนักศึกษาพยาบาลให้รู้จักแนวคิดหลักของการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออก คือการใช้ศักยภาพของผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์ต่อการจัดการกับปัญหาและแนวคิดของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง เคารพตนเอง การเยียวยาด้วยตนเอง และกระตุ้นกระบวนการดูแลตนเองรวมทั้งการสร้างความเข้าใจ ความเห็นใจในตัวผู้ป่วยของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการดำเนินการวิจัยต่อเนื่อง เช่น การทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นและมีกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ในขณะเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างเดิมที่ได้รับการบำบัดจนเสร็จสิ้นแล้วควรการศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี และทุกๆ ปี เพื่อศึกษาอัตราการคงอยู่ของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทไปใช้กับ

ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มีการกลับมารักษาซ้ำและมีแนวโน้มในการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต*. ศูนย์สารสนเทศ. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/main.asp> [10 ตุลาคม 2553]
- พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). *ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาชิดี*. กรุงเทพฯ: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์
- รศสุคนธ์ ชนะแก้ว. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- โรงพยาบาลชลบุรี. (2553). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลชลบุรี ประจำปี 2553*: ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี
- สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2547). *แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สายใจ พัวพันธ์. (2548). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาทางจิตสังคม*. *วารสารคุณภาพการพยาบาล*, 2(2), 22-38.
- สายใจ พัวพันธ์. (2549). *ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders Compendium*. Washington, DC: American Psychiatric
- Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2000). *Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Seagram, B. C. (1997). *Efficacy of Solution-focused therapy with young offenders. Thesis of Graduate Program in Psychology*: York University.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.