

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOCUSING ON SKILL
TRAINING ON SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
IN COMMUNITY*

ชัชฎา คอมขำ, พย.ม. (Chatchada komkham, M.N.S.)**

รัชนีกร เกิดโชค, พย.ด. (Ratchaneekorn kertchok, Ph.D., R.N.)***

Abstract

This research was a quasi-experiment design. The objective of this research was to examine the effect of psychoeducation program focusing on social skill training for schizophrenic patients in community. The sample consisted of forty schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Patananikom Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the psychoeducation program focusing on skill training for 3 weeks composed of group activities 45-60 minutes twice a week to improve social functioning. Research instruments were: 1) the psychoeducation program focusing on skill training, 2) The social function scale, and 3) The medication and symptom management scale. All instruments

were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments were .94 and .90 respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The social functioning of schizophrenic patients in community who received the psychoeducation program focusing on skill training was significantly higher than that before ($p < .05$).

2. The social functioning of schizophrenic patients in community who received the psychoeducation program focusing on skill training was significantly higher than those who received regular caring activities ($p < .05$).

Keywords: social functioning / schizophrenic patients in community / psychoeducation program focusing on skill training

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

*** Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: kratchanee@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน โดยการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เพื่อพัฒนาทักษะ

- 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
- 2) การจัดการกับอาการทางจิต
- 3) การบริหารจัดการยา
- 4) การติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา
- 5) การเผชิญความเครียด การผ่อนคลายความเครียด
- 6) การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 3) แบบวัดทักษะการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และการตัดสินใจ ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสมโดยที่ความรู้สึกรู้ว่าปัญหายังปกติ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Alan et al., 2007; พิเชษฐ อดมรัตน์, 2552)

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม (Birchwood et al., 1990) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระได้แก่ ผู้ป่วย

มีปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sadock & Sadock, 2002) การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การใช้เวลาว่างไม่เหมาะสม ใช้เวลาไปกับการนอน และอยู่คนเดียวมากเกินไป (เทียม ศรีคำจันทร์และคณะ, 2550) ส่วนความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิด มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดี ไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัว ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้าน (ทูลาบุปผาสังข์, 2545) บางครั้งมีอาการไม่สอดคล้องกับความคิด พุดจาสับสน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ด้านอาชีพการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงขึ้น (Ran et al., 2010)

ปัจจัยทำนายที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ และขาดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคม และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม (Erol et al., 2009) 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และขาดทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (McDonald & Badger, 2002) การรับรู้ตราบาป ยังเพิ่มแรงกดดันให้เกิด

ความเครียดและทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Rusch et al., 2009) ส่วนการถูกตีตราก่อให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน ผู้ป่วยมีโอกาทำงานหรือเรียนได้เต็มเวลาเพียงร้อยละ 12 (Marwaha & Johnson, 2004) 3) ปัจจัยด้านการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Barry, 2011) การขาดความรู้และขาดทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาและการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา หรือบ้างครั้งหยุดยาเอง เมื่ออาการดีขึ้นโดยไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและมีอาการกำเริบนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schennach-Wolff et al., 2009)

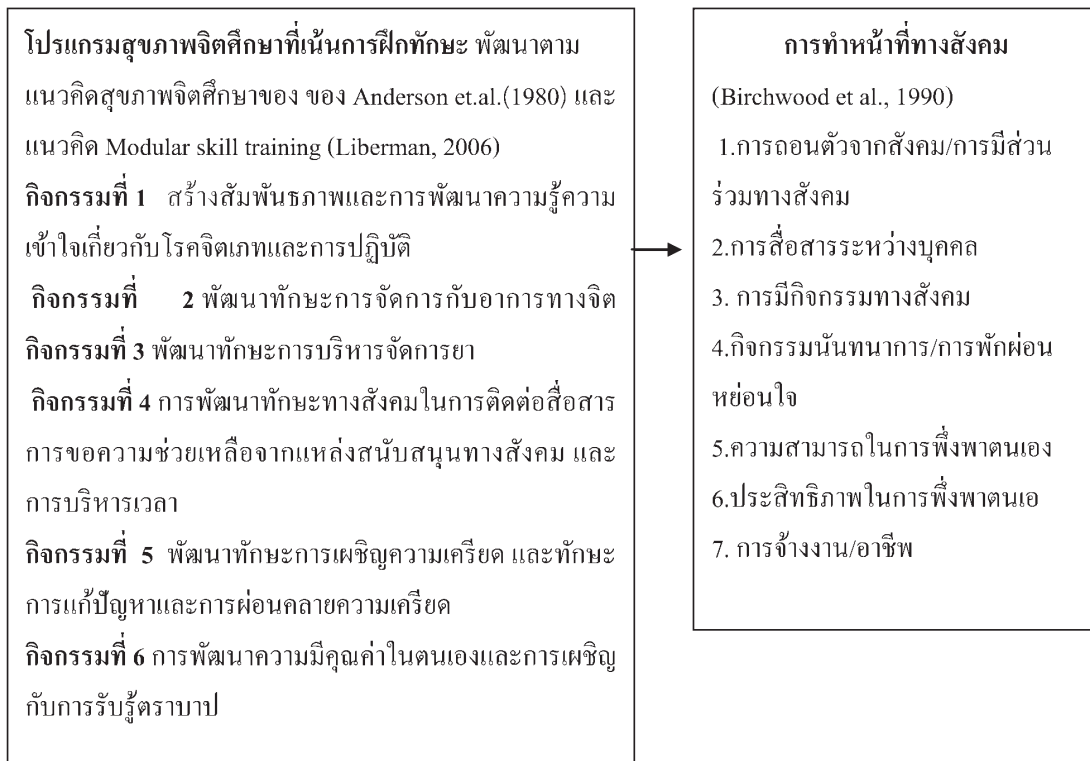
จากการทบทวนวรรณกรรมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในต่างประเทศส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกอาชีพ สำหรับประเทศไทยพบว่า มีเพียง โปรแกรมการจัดการกับความเครียดเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (บุษกุล สุภอักษร, 2553) ซึ่งเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยทางด้านอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับ และสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการ

ปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Pitschel et al., 2006) ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการและการจัดการกับยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม สามารถลดอาการทางจิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น (Honkonen et al., 1999)

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น (Fadden, 1998) ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ ตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty, and Reiss. (1980) มาใช้ร่วมกับการฝึกทักษะ (Modular skill training) ตามแนวคิดการฝึกทักษะในด้านการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (Lieberman et al., 2006) มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาจัดกระทำกับปัจจัยแต่ละด้านโดยนำผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้ดูแล

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จากการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภท และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม และมีอาการคงที่มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนนไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอม และให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆละ 45-60 นาทีโดยดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิต กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารจัดการยา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการบริหารเวลา กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะการแก้ปัญหา และการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่ 6 การ

พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป เครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้จำนวน 6 คน แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตและผู้ดูแล 2.2 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) (SFS) ของ Birchwood et al. (1990) โดยแบบประเมินวัดการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1. ด้านการถอนตัวจากสังคม/ การมีส่วนร่วมทางสังคม 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล 3. การมีกิจกรรมทางสังคม 4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพา 7. การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงานหรือมีรายได้ ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) เท่ากับ 0.92 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ 3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ ทานตะวัน แยมนาม (2540) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลภายหลังการเสร็จสิ้นตามโปรแกรมผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนนหรือร้อยละ 75 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ .84 3.2. แบบประเมินทักษะ

การจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทักษะการจัดการกับอาการและทักษะการบริหารจัดการยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ได้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา และรับบริการต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ

ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยศึกษาจากประวัติเวชระเบียน แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างและจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (Pre-test) ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรม นัดหมายการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งตามที่กำหนดโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2555 ถึง สิงหาคม 2555

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา ของกลุ่มทดลอง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ และกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามปกติ ได้รับการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Post- test) เพื่อมิให้ขัดต่อจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้นัดหมายการลงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในเวลาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Paired t-test) และใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.24, df = 19$)

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.75, df = 38$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	102.28	7.85	ปานกลาง	19	6.24	0.00
หลังการทดลอง	106.75	5.11	ดี			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	100.28	7.28	ปานกลาง	19	1.93	0.07
หลังการทดลอง	100.58	7.02	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.24$, $df = 19$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.93$, $df = 19$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	102.28	7.85	ปานกลาง	38	0.84	0.41
กลุ่มควบคุม	100.28	7.28	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	106.24	5.95	ปานกลาง	38	2.75	0.01
กลุ่มควบคุม	100.58	7.02	ปานกลาง			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 2.75$, $df = 38$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.24$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เนื่องจากโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ส่วนการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารจัดการยา และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ และการนวดกดจุดคลายเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ที่ฝึกทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลา การรับรู้ตราบาป ยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อการมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ของตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคม

และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการรับรู้ความเครียดลดลง และสามารถปรับตัวรับกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น (Lieberman., 2006)

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.75$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่น ว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละโรค

2. การวิจัยครั้งต่อไปอาจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยดำเนินการเป็นรายครอบครัว เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงบทบาท

หน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ถือเป็นการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและมีกำลังใจ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทุกด้านในการดำเนินการวิจัยนี้จนประสบความสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยนี้ขอมอบแด่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิตคณะพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการ*

เป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทียม ศรีคำจันทร์และคณะ. (2550). *แบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ที่มีภาวะจิตเภทในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่*. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญกล ศุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ. (2541). *โปรแกรมการจัดการความเครียดในที่ทำงาน*. รายงานผลการวิจัย. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และการจัดสวัสดิการสังคม. กรุงเทพฯ.

พลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์

ปริญญาพยาบาลบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Alan, S., et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses : A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 805-822.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. S. (1980). Family treatment of adult schizophrenia Patients: A Psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505
- Barry, P. D. (1989). *Psychical Nursing: Assessment and Intervention Care of the Physically ILL Person*. Philadelphia: Lippincott
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programs with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853- 859.
- Erol, A., Ünal, E. k., Aydin, E.T., & Mete, L.(2009). Predictors of Social Functioning in Schizophrenia. *Turkish of Journal of Psychiatry*, 20(4), 1-8.
- Fadden, G. (1998). Research Update: Psychoeducation family interventions. *Journal of Family Theory*, 20, 293-309.
- Gispén-de Wied, C. C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology*, 405(1-3), 375-384. doi: 10.1016/S0014-2999(00)00567-7
- Honkonen ,T., Saarinen, S., & Salokangas, R. (1999). Deinstitutionalization and Schizophrenia in Finland II: Discharged Patients and Their Psychosocial Functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 543-551.
- Liberman, R. (2006). *Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled*. Los Angeles, CA: Geffen UCLA School of Medicine.
- McDonald, J., & Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nurse and Mental Health Service*, 40(6), 11-6
- Marwaha. S., & Johnson. S. (2004). Schizophrenia and employment – a review Soc. *Psychiatry Epidemiology*, 38, 337-349.
- Pitschel-Walz, B, J., Bender, W., Endel, R. R., & Wagner, M. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 443-452.
- Ran, M.-S., Chen S., Chen, E.Y., Ran, B.-Y., Tang, C.-P., Moa, W.-J., & Hu SH.

- (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(11), 1087-93. doi: 10.1007/s00127-010-0285-0
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65-71.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2002). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (10th ed.). Lippincott Williams and Wilkins. New York.
- Schennach-Wolff, R. et al. (2009). Defining and Predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113, 210-217.