

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัดต่อ
สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

THE EFFECT OF FUNCTIONAL CAPACITY PROMOTION COMBINED
WITH THERAPEUTIC RELATIONSHIP PROGRAM ON WELL - BEING
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

รัชনীกร อุปเสน, พย.ด. (Ratchaneekorn Upasen, Ph.D)*

วีรพล แสงปัญญา, ป.ร.ด. (Weeraphol Saengpanya, Ph.D)**

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the well-being of persons with schizophrenia before and after receiving the functional capacity promotion combined with therapeutic relationship program, and 2) to compare the well-being of persons with schizophrenia who received the functional capacity promotion combined with therapeutic relationship program and those who received regular caring activities.

Methods: Samples were forty persons with schizophrenia purposively recruited according to inclusion criteria. They were matched-pair by age and income sufficiency and then randomly

assigned into experimental and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the functional capacity promotion combined with therapeutic relationship program, whereas the control group received regular caring activates. Research instruments were: 1) the functional capacity promotion combined with therapeutic relationship program, 2) Well-being measurement form, and 3) Social skill life profile. All instruments were validated for content by 4 experts and cronbach's alpha coefficient reliability of instruments number 2 and 3 were .92 and .87, respectively. Descriptive statistics, t-test, ANCOVA and analysis of effect size were used for data analysis.

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant Professor, Faculty of Education, Chulalongkorn University), Email: createpanya@hotmail.com

วันที่รับ (received) 17 กันยายน 2562 วันที่แก้ไข (revised) 10 เมษายน 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 เมษายน 2563

Results: Major findings were as follows:

1. Effect size and well-being of persons with schizophrenia after receiving the program was significantly higher than that before at the .05 level.

2. After the experiment, effect size and well-being of persons with schizophrenia who received the program was significantly higher than those who received regular caring activities at the .05 level.

Keywords: Schizophrenia, Being health, Functioning, Therapeutic relationship

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด และ 2) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คนที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ และจับคู่ด้วยอายุและความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วม

กับสัมพันธภาพบำบัด 2) แบบวัดสุขภาวะ และ 3) แบบวัดทักษะชีวิต เครื่องมือทุกชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการหาค่าความเที่ยง เครื่องชุดที่ 2 และ 3 มีค่า .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)

ผลการศึกษา:

1. ค่าขนาดอิทธิพลและสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ภายหลังการทดลอง ค่าขนาดอิทธิพลและคะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โรคจิตเภท สุขภาวะ การทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความร้ายแรง เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองที่ก่อให้เกิดความพิการ (World Health Organization [WHO], 2015) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนปกติทั่วไป (ยรรษา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552; Mueser &

Gingerich, 2006) ปัจจุบันจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเป็นลำดับที่หนึ่ง ในจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555-2557 และมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2558 – 2560 คือ จำนวน 488,436 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.34 จำนวน 580,181 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.74 และ จำนวน 480,266 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.98 ของผู้ป่วยโรคทางจิตทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2560) และนอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวช อาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นอย่างคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร การถูกตราประทับทางสังคมและการถูกแปลกแยกจากสังคม (วิชชัย ลิพหานาจ, 2552) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตอย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลายครอบครัวก็ได้รับผลกระทบไม่ต่างจากผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการดำเนินโรคในระยะยาวที่แตกต่างกัน (วิชชัย ลิพหานาจ, 2552) และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ชีวิตในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงประสบกับการมีพฤติกรรมและอาการทางจิตที่หลากหลาย ทั้งความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock & Sadock, 2007; 2017) กลุ่มอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคแย่ลงและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา

ยาวโดยผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยอาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน อาการหลงผิดในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาดซึ่งต่างจากบุคคลทั่วไปและในระยะหลังผู้ป่วยจิตเภทจะมีกลุ่มอาการทางลบ เช่น พุดน้อย เนื้อชา ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน จนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งในระยะเวลาสั้นๆ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547; Sadock & Sadock, 2017 ; Santos & Cutcliffe, 2018) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเหล่านี้แม้จะมีอาการทุเลาลง แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (psychosocial functioning) ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม (Perivoliotis, Granholm, & Patterson, 2004) เช่น มีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สามารถออกไปซื้อของใช้สำหรับตนเองได้ ประกอบอาหารเองไม่ได้ ดูแลความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านไม่ได้ รู้สึกทุกข์ทรมานกับผลข้างเคียงของยาจิตเวช (Miles, Heinrichs, & Ammri, 2010) ทำงานเพื่อหารายได้ไม่ได้ ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Sadock & Sadock, 2017) บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึมลง แยกตัว (ทุลภา นุฬาสังค์, 2545) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสมาชิกในครอบครัว (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; Santos & Cutcliffe, 2018) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือการแสดงบทบาททางสังคมลดลง

ไปจากเดิม (Miles et al., 2010) ความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้สภาวะของตนเองในทางที่ไม่ดี (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552; พิศสมร เดชดวง, 2545) ดังนั้น หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการมีสภาวะให้ดียิ่งขึ้นจะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้น

สภาวะ เป็นพฤติกรรมและกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในทุก ๆ มิติ อย่างไม่หยุดนิ่งได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สภาวะ เป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีความต่อเนื่อง (Hunsberger, 1989) ทั้งนี้บุคคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ตระหนักและเห็นความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีสภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณขณะกำลังใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน และครอบครัวได้ (Santos & Cutcliffe, 2018; Woolf, Dekker, Byrne, & Miller, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การทำหน้าที่ กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำหน้าที่บกพร่องหรือลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะต่ำได้ การช่วยเหลือทางสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคม รายได้ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2545) ซึ่งในการวิจัยนี้จะมุ่งจัดทำกับปัจจัยด้านการทำหน้าที่เป็นหลัก เนื่องจาก

การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ขาดการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เช่น การรับประทานยา ความสนใจในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง การรับประทาน อาหาร การแต่งกาย และการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น หน้าที่ด้านสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมน้อยลง แยกตัวเอง (Foussias et al., 2014; Galderisi et al., 2014) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทยังไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ไปตรวจตามนัด (Galderisi et al., 2014) รวมทั้งงานวิจัยนี้ยังมุ่งไปที่การส่งเสริมความเชื่ออำนาจในตนเองและผู้อื่นด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมการรับรู้บริการด้านสุขภาพ และการช่วยเหลือทางสังคมที่พึงได้รับขณะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ปัจจุบันพยาบาลจิตเวชได้มีการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดทำระบบการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นมีความพร้อมมากที่สุดก่อนกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (Foust, 2007; Pichitpornchai, Street, & Boontong, 1999) การให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำจิตบำบัด ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) การให้คำปรึกษา การสนับสนุนและการให้ความรู้ที่บ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้การพยาบาลในรูปแบบอื่น ๆ (จิราพร รักการ, 2549; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวส่วนใหญ่มุ่งที่การพัฒนาการรู้คิด (cognitive domain) ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ (Miles et al., 2010) รวมทั้งการจัดการกับความเครียด การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น (จิราพร รักการ, 2549;

นวนันท์ ปิยะวัฒนกุล, 2552; บุญกล ศุภอักษร, 2553) อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มุ่งเน้นกระบวนการหรือการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมปฏิบัติและการแสดงออกเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ตามแนวคิดของ Rosen et al. (1989) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1991) ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขหรือการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ซึ่งการมีชีวิตอย่างปกติสุขขึ้นนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนสภาพของตนและตอบสนองความต้องการของตนด้วยการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างอิสระ รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) และการที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตหรือดำรงชีวิตอย่างปกติสุขนั้น ขึ้นอยู่ว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองออกมาได้มากน้อยเพียงใด เพื่อให้ตนเองนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ เพราะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นเป็นผลลัพธ์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Perivoliotis et al., 2004) ที่บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรมุ่งเสริมสร้างให้เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Hofer et al., 2005; Phanthunane, Vos, & Bertram, 2010) เพราะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

ของตนเองได้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีสุขภาวะที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดโดยควบคุมอิทธิพลของระดับสุขภาวะก่อนการทดลองที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีระดับสุขภาวะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

2) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษาก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมด้วยค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างมาตรฐาน (δ) และเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมกับการดูแลตามปกติ (η^2)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) ตามแนวคิดของ Peplau (1991) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al. (1989) ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดเพื่อจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการรับรู้เครือข่ายทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิตของผู้ป่วย

จิตเภทที่มีผลต่อสุขภาพหรือสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (กฤษณ์ธีรเพียรทอง, 2547; พิศมร เดชดวง, 2545; Health Canada, 1999) โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างกันและชี้แจงขั้นตอน วัตถุประสงค์ของกิจกรรมบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมละ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกด้าน ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้น ร่วมกันอย่างครอบคลุม โดยพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ เป้าหมาย และมีการตัดสินใจด้วยตนเองว่าปัญหาใดควรจะแก้ไขก่อนหลัง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 คือการกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ลำดับความสำคัญเป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหาและกำหนดความต้องการ โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่ หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่าง

พยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านจิตใจและการจัดการกับความเครียด และการฝึกทักษะการทำหน้าที่ด้านสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 การประเมินศักยภาพตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อกับสังคมและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมที่ 8 ฝึกทักษะด้านการสื่อสารและด้านความรับผิดชอบ กิจกรรมละ 30-45 นาที

ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อสรุปและประเมินผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรมและในภาพรวม และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 9 ทบทวนประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับทั้งหมด และสรุปประเมินผลจากการทำกิจกรรมในภาพรวม และสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยมีระยะเวลา 45 นาที ในการดำเนินกิจกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและมีการควบคุมอิทธิพลของระดับสุขภาวะก่อนการทดลองมีคะแนนสุขภาวะสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองโดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและมีการควบคุมอิทธิพลของระดับสุขภาวะก่อนการทดลอง มีคะแนนสุขภาวะหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - post-test control group design) ซึ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล และตัวอย่างวิจัยในการวิจัยนี้ได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่ คะแนน BPRS น้อยกว่า 30 อายุ 20-59 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และมีการจับคู่ในตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้และอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosen et al., (1989) และแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปพลาว (1991) ร่วมกับการพิจารณาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อ

การบำบัดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจและการปฐมนิเทศ การกำหนดปัญหาและเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาและฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และสิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 30-45 นาที โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีเป้าหมายเพื่อจัดกระทำกับสาเหตุหลักๆ ของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง 9 กิจกรรม ครั้งละ 2-3 กิจกรรม และใช้เวลากิจกรรมละ 30-45 นาที หรือ 2 สัปดาห์ / 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547) โดย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบวัดสุขภาวะของ กฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะของพิศสมร เดชดวง (2545) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิด การดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2544) ที่มีค่าความเที่ยงเดิมเท่ากับ .93 แบบวัดสุขภาวะนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 65 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาวะทางกาย จำนวน 26 ข้อ 2) สุขภาวะทางจิต จำนวน 13 ข้อ 3) สุขภาวะทางสังคม จำนวน 13 ข้อ และ

4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ จำนวน 13 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 60 ข้อ และข้อคำถามทางลบอีก 5 ข้อ คือ ข้อ 11 12 13 15 และ 20 ผู้วิจัยนำแบบประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งค่าที่ได้คือ .87

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการทดลอง

การเตรียมความรู้ในเชิงทฤษฎีและทักษะต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญของผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย รวมทั้งประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย และหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและ

ครอบครัวที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งการสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาและการฝึกทักษะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้านเป็นรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 5 ครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม ทำไปจนครบ 9 กิจกรรม จึงสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากดำเนินกิจกรรมที่ 9 เสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิในการยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ต่อนักวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติทดสอบที (t - test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (effect size: δ) เพื่อพิจารณาประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความเปลี่ยนแปลงโดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ในการนี้ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเริ่มจากการพิจารณาถึงข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความเท่าเทียมของระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเด็นถัดมาคือ ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมหรือทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

โดยจำแนกตามองค์ประกอบย่อยของสุขภาวะ นอกจากนั้นในการพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผู้วิจัยนำเสนอสถิติอีกประเภทคือ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งช่วยพิจารณาถึงระดับของประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งเป็นแนวคิดในการวัดความมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinical significant)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

1) ตรวจสอบข้อตกลงด้านความเท่ากันของความแปรปรวนประชากร (homogeneity of variance) โดยการทดสอบ Levene's test และการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normality test)

2) วิเคราะห์สมการถดถอยระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรร่วมเพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรร่วมมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือไม่

3) วิเคราะห์สมการถดถอยระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรร่วมแยกตามกลุ่มของตัวแปรอิสระคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อตรวจสอบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต่างกันหรือไม่ ถ้าหากว่าแตกต่างกันก็จะไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one way ANOVA) แต่ถ้าไม่แตกต่างกันก็จะดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.5) อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และกลุ่มอายุ 41-50 ปีใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 42.5 และ 37.5 ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถแบ่ง

เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้สองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 5 - 6 ปี ซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ 37.5 ส่วนอีกกลุ่มคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไปซึ่งมีถึงร้อยละ 32.5 สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสดสูงที่สุด (ร้อยละ 47.5) สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบในระดับมัธยมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาซึ่งคิดเป็นร้อยละ 32.5 และความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.5) และรองลงมา คือ รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าขนาดอิทธิพล (δ) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยสุขภาวะทั้ง 5 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าแตกต่างกัน โดยเฉพาะสุขภาวะทางกาย และค่าเฉลี่ยในภาพรวม ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในภาพรวมนั้น พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 196 ($SD = 12.17$) หมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองนั้นมีสุขภาวะระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาวะทางกายเฉลี่ย 229.70 ($SD = 46.86$) หมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีสุขภาวะระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.006$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.97 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความแตกต่างของระดับสุขภาวะเป็นอย่างมาก (Large effect size) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าขนาดอิทธิพล (δ) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t (df)	p	δ
	Mean	SD	Mean	SD			
สุขภาวะทางกาย	78.25	5.40	98.00	13.53	-6.06** (24.9)	<0.000	1.92
สุขภาวะทางจิต	39.95	2.82	45.50	12.54	-1.93 (20.91)	0.067	0.61
สุขภาวะทางสังคม	36.55	4.11	42.60	12.53	-2.05 (23.04)	0.052	0.65
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	41.70	3.99	43.60	11.72	-0.69 (23.34)	0.499	0.22
สุขภาวะโดยรวม	196.45	12.17	229.70	46.86	-3.07** (21.55)	0.006	0.97

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงควบคุมความแปรปรวนดังกล่าวด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ระดับของสุขภาวะก่อนได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบสุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมต่อไป

2.2 การเปรียบเทียบของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 277.25 (SD = 24.10) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 258.15 (SD = 40.53) และเมื่อทำการปรับแก้

คะแนนสุขภาวะโดยรวมด้วยคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมที่ปรับแก้เท่ากับ 287.56 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะในระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมที่ปรับแก้เท่ากับ 247.84 ซึ่งอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะ โดยรวมหลังการทดลองที่ปรับแก้ด้วยคะแนนสุขภาวะโดยรวมก่อนการทดลองพบว่า สุขภาวะโดยรวมก่อนการทดลองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะโดยรวมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับชนิดของโปรแกรมที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) หรือสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะในภาพรวมหลังการทดลองที่

ปรับแก้สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม โดยมี ค่าขนาดอิทธิพล (η^2) เท่ากับ 0.34 ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพในระดับ ค่อนข้างสูง (large effect size) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ปรับแก้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของสุขภาวะโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ชนิดของโปรแกรม			สุขภาวะโดยรวม			
			n	M	Adj. M	SD
กลุ่มทดลอง			20	277.25	287.56	24.10
กลุ่มควบคุม			20	258.15	247.84	40.53
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	η^2
สุขภาวะโดยรวมก่อน	17,141.16	1.00	17,141.16	25.27	0.000	0.41
ชนิดของโปรแกรม	12,644.00	1.00	12,644.00	18.64	0.000	0.34
ความคลาดเคลื่อน	25,099.14	37.00	678.36			

หมายเหตุ $R^2 = .453$, $\text{Adj. } R^2 = .423$, * $p < .05$

2.3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษา ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างมาตรฐาน (δ) และการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมฯ กับการดูแลตามปกติ (η^2) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดมีคะแนนสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณที่สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น มีค่าคะแนนสุขภาวะหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้น แต่มีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำ ถึง ปานกลางเท่านั้น ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษาหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างมาตรฐาน (δ) และการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	ประสิทธิผลในการรักษา (δ)		การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับการดูแลตามปกติ (η^2)
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
สุขภาวะทางกาย	0.70	3.84	0.16
สุขภาวะทางจิต	0.57	3.22	0.32
สุขภาวะทางสังคม	0.48	2.78	0.30
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	0.57	2.69	0.25
สุขภาวะโดยรวม	0.65	4.23	0.34

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัดหลังการทดลองสูงขึ้นในทุกด้านกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคลครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) และการที่บุคคลจะรับรู้สุขภาวะของตนเองในวิถีทางที่ดีหรือพัฒนาบุคคลให้มีพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น การมีงานทำ การรับรู้เครือข่ายทางสังคม การมีทักษะชีวิตที่ดีในทุก ๆ ด้าน การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจภายในตนด้าน

สุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ รวมทั้งความต้องการในการมีชีวิตรอด และความต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นต้น (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2545; Health Canada, 1999) ดังนั้นโปรแกรมในการพัฒนาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทจึงมุ่งไปที่การพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยของตนเอง กระบวนการบำบัดรักษา วิธีการรักษา ดังเช่น ในกิจกรรมที่ 1 ของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัดที่มุ่งผู้ป่วยจิตเภทได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งกิจกรรมที่ 1 นี้จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสุขทางจิตและจิตวิญญาณในระดับที่สูงขึ้น

อีกทั้งในกิจกรรมที่ 2 ของโปรแกรม ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการบำบัดรักษา ซึ่งในประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ เช่น มีการรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การมีกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง เป็นต้น (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552; Peplau, 1991; Rosen et al., 1989) ซึ่งกิจกรรมที่ 2 นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนสุขภาวะทางกายและทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ประกอบกับกิจกรรมที่ 3 ที่มุ่งให้ผู้ป่วยนั้นสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ในฐานะผู้ป่วยได้ด้วยตนเองและสามารถตอบสนองและแก้ไขปัญหานั้นได้ รวมทั้งตอบสนองต่อผู้อื่นที่ให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกัน การดำเนินการในระบะนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจกันทั้งการรับรู้ และความคาดหวัง ประสพการณ์ในอดีตทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย อาจมีผลต่อการคาดหวังซึ่งกันและกันในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับกับปัญหา และรู้สึกว่าเขาเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกหมกหมุ่นทางหรือหมกหมุ่นลดลง และรู้สึกว่าตนเองเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Peplau, 1991) และกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

จิตเภท องค์ประกอบของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ อันจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในการดำเนินชีวิต เพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างเหมาะสมรวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาหรือสิ่งท้าทายอื่น ๆ ด้วยความมั่นใจและสามารถเลือกวิธีการที่ทำให้ชีวิตมีความสุขได้ ซึ่งกิจกรรมที่ 3 และ 4 นี้จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาวะทางกายและทางสังคมที่ดีขึ้น (Rosen et al., 1989)

นอกจากนี้การพัฒนาทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรับรู้สุขภาวะในทางที่ดีขึ้นได้ ดังเช่นกิจกรรมที่ 5 6 7 และ 8 เป็นกิจกรรมที่มีการฝึกทักษะการดูแลตนเองซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเกิดจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาด ในปริมาณที่เหมาะสมครบถ้วน เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย อากาศที่บริสุทธิ์ การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกายที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มีการฝึกทักษะการควบคุมตนเองทั้งเรื่องการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อประสพกับเหตุการณ์เครียดได้ (Eby & Brown, 2005; Forchuk, 1993; Townsend, 2000) และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สังคมไม่ยอมรับได้ เช่น ไม่นอน เดินไปมาเรื่อยเปื่อย เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ และขโมยของคนอื่น เป็นต้น (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) อันจะนำ

ไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นได้ การพัฒนาทักษะทางสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการสื่อสารและบอกความต้องการของตนเองได้ (Eby & Brown, 2005; Martin & Street, 2003; Montejo, 2010; Morris, 2009) ส่งผลให้สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารและความรับผิดชอบจะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึถูกแปลกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วยการพูดหรือสื่อสารในทางบวก และหลีกเลี่ยงการพูดหรือสื่อสารทางลบ การฝึกทักษะเรื่องการบริหารเวลา ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่สะท้อนให้เห็นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเภท (พิเชษฐอุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552; Morris, 2009; Montejo, 2010) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีแผนการจัดเวลาที่เหมาะสมและให้เกิดประโยชน์

สูงสุด ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว กิจกรรมด้านการทำงาน อาชีพ การกำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริหารจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rosen et al., 1989) กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรับรู้สุขภาวะทางกาย สังคม และจิตวิญญาณได้ดีมากขึ้น

ผลการวิจัยยังพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าอิทธิพลของแต่ละด้านที่สูงกว่า ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มทดลองหรือที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด เป็นผู้ที่มีการรับรู้สุขภาวะในระดับที่ต่ำถึงปานกลางอันมีสาเหตุมาจากการขาดความเชื่อด้านสุขภาพในตนเอง การรับรู้เครือข่ายทางสังคมน้อย การขาดความเชื่อมั่นในผู้อื่นด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ และการขาดการรับรู้ความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณัธชลิ เพียรทอง, 2547) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลายและมุ่งในการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วย

จิตเภทจะรับรู้สภาวะของตนเองดีขึ้น โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ด้วยการฝึกทักษะการทำหน้าที่ในด้านนั้น ๆ และการสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งการค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ด้านสุขภาพ และในชุมชน เหล่านี้จึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สภาวะในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นอกจากนี้ ในการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสภาวะที่สูงขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นเครื่องมือในการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่สำคัญของการพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นการสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การกำหนดปัญหาในการทำหน้าที่ เป้าหมาย แนวทางแก้ไขปัญหา และความต้องการ การค้นหาและใช้ศักยภาพในการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาในการทำหน้าที่ และการสิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผล โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าเป้าหมายของการมีสัมพันธภาพนั้นควรเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้นจะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ รวมทั้งความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่มีปัญหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น พยาบาลและผู้รับบริการต้องใช้เวลาร่วมกัน

ในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่จัดเตรียมและให้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญโดยปราศจากอคติและแนวคิดส่วนตัวต่อผู้รับบริการ มากกว่านั้นพยาบาลจะตระหนักถึงความรู้สึก นึกคิดของผู้รับบริการในระหว่างการทำปฏิสัมพันธ์ พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศเพื่อให้เต็มไปด้วยการเคารพ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Eby & Brown, 2005; Forchuk, 1993; Townsend, 2000)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น ในการวิจัยนี้พบว่า ในการดูแลตามปกตินั้นจากผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มสภาวะได้ในระดับปานกลาง ยกเว้นสภาวะทางสังคมที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยเพิ่มสภาวะในด้านดังกล่าวแต่อยู่ในระดับต่ำ สามารถอภิปรายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวอาจได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากผู้ดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีอาการดีขึ้นและรับรู้สภาวะที่ดีขึ้นได้ และโดยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทจะทราบกันคืออยู่แล้วว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการทางจิตที่ไม่คงที่ สามารถกำเริบขึ้นๆลงๆได้หากมีปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ เข้ามากระทบ และอาจมีอาการทางจิตที่บรรเทาลงได้หากผู้ป่วยนั้นได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลหรือดูแลตนเองได้ดีขึ้น (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; Sadock & Sadock, 2017; Santos & Cutcliffe, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้อย่างปกติสุขนั้น พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนี้

ไปปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและญาติในบริบทอื่น ๆ ได้

2. การปรับปรุงหรือพัฒนาโปรแกรม ควรเพิ่มการบ้านให้ผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น อาจจัดทำสมุดสำหรับการบ้านของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายเพื่อการติดตามและประเมินผลการฝึกทักษะต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทขณะกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้การฝึกทักษะต่าง ๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการฝึกซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดทักษะที่ติดตัวผู้ป่วยตลอดไป อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีตลอดไปอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เป็นการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น โดยเฉพาะการฝึกทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภทก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน

4. ควรมีการวิจัยที่เป็นการศึกษาความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรมหากล่าว ด้วยการประเมินผลเป็นช่วงระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกองทุนรัชดาภิเษก สมโภชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนเงินทุนในการดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างสูงที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต*. ศูนย์

สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

คุณชัชลี เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2544). การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13, 1-11.

ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2552). การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ธีระลีลนันทกิจ. (2552). การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). การรักษาทางจิต

- สังคม. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศมร เดชดวง. (2545). *การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2552). *หลักทั่วไปในการรักษา*. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์ (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2552). *หลักทั่วไปในการรักษา*. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, บก. *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สัมพันธ์มนิรัตน์. (2546). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Eby, L., & Brown, N. (2005). *Mental Health Nursing Care*. New Jersey: Pearson.
- Galderisi et al. (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), 275-162.
- Health Canada. (1999). *Budget 1999: Strengthening Health Care for Canadians*, Ottawa, Ontario: Health Canada.
- Husberger, M. M. (1989). Health concept: Children's perceptions and behaviors. In R. L. R. Foster, M. M. Husberger, & J. J. Aderson (eds.). *Family center nursing care of child*, pp. 377-398. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hofer, A., et al. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20, 386-394.
- Forchuk, C. (1993). *Hildegard E. Peplau: Interpersonal Nursing Theory*. California: SAGE publications, Inc.
- Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of

- daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20, 72-77.
- 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 motivation deficit. *Schizophrenia Research*, 132, 24-27.
- Martin, T., & Street, A. F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in Forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 10, 543-551.
- Miles, A. A., Heinrichs, R. W., & Ammari, N. (2010). "Real world" Functioning in schizophrenia patients and healthy adults: Assessing validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. [doi: DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.052]. *Psychiatry Research*. In Press, Corrected.
- Montejo, A. L. (2010). The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry*, 25, 3-5.
- Morris, M. (2009). *Mental health for primary care: A practical guide for non-specialists*. Oxford: Rackliffe Publishing.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Perivoliotisa, D., Granholmb, E. C., & 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., & Bertram, M. (2010). Health outcomes of schizophrenia in Thailand: Health care providers and patient perspectives. *Asian Journal of Psychiatry*, 3, 200-205.
- Pichitpornchai, W., Street, A., & Boontong, T. (1999). Discharge planning and transitional care: issue in Thai nursing. *International Journal of Nursing studies*, 36, 355-362.
- Rosen, A., HadziPavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of Psychiatry (10th ed.)*. Philadelphia: Lipincott Williams& Wilkins: 467-97.
- Sadock, B. J., & Sadock, A. V. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams and wilkins.
- Santos, J. C., & Cutcliffe, J. R. (2018). *European Psychiatric Nursing/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person Centered Evidence-Based Approach* J. C. Santos, & Cutcliffe, J. R (Ed.). Cham: Springer

International publishing.

Townsend, C. M. (2000). *Psychiatric mental health nursing concepts of care*. Philadelphia: F. A Davis company.

Woolf, S. H., Dekker, M. M., Byrne, F. R., & Miller, W. D. (2011). Citizen-Centered Health Promotion: Building Collaborations to Facilitate Health Living. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (1S1), 38-47.

World Health Organization (WHO). (2015). World health statistics 2015. Switzerland: World Health Organization.

Yeh, L-L., Hwu, H-G., Chen, C-H., Chen, C-H., & Wu, A. C. C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal Formosan Medical Association*, 107(8), 644-652.