

การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท THE DEVELOPMENT OF PERCEIVED SELF EFFICACY PROGRAM TO HEALTH BEHAVIORS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

นิตยา เสริฐจันทร, พย.บ. (Nittaya Setthajan, RN)*

อรัทัย สงวนพรรค, Ed.D. (Oratai Sangournpak, Ed.D.)**

สำราญ อยู่หมื่นไวย, พย.ม. (Samran Yoomuenbay, RN, M.N.S.)***

วาสนา จินากลิ้ง, พย.ม. (Wasana Jinaklung, RN, M.N.S.)***

Abstract

Objectives: The objectives of this research and development study were to 1) develop perceived self-efficacy program to health behaviors in schizophrenia patients and 2) evaluate the effectiveness of perceived self-efficacy program to health behaviors in schizophrenia patients.

Methods: Sixty schizophrenia patients were purposively recruited according to inclusion criteria. Thirty participants each was assigned into experimental group receiving perceived self-efficacy program to health behaviors and control group receiving regular service programs. Research instruments included perceived self-efficacy program to health behaviors

in schizophrenia patients and perceived health behaviors questionnaire developed by researcher. These instruments were tested for content validity by 3 psychiatric experts. The paired t-test and independent t-test were employed for data analysis.

Results: Main findings were as follows:

1. Content validity index range of perceived self-efficacy program to health behavior in schizophrenia patients was 0.6 to 1.0. Contents of the program consisted of 3 parts, namely, part 1: universal self-care requisites for basic minimal need, part 2: the self-care practice when having psychological abnormality and part 3: life skill.

* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์

Email: setajan_nitty@hotmail.co.th

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์

2. After participating in the perceived self-efficacy program, perceived health behaviors mean score of experimental group was statistically and significantly higher than before participating in the program at $p\text{-value} < .05$. In addition, after implementing the program, perceived health behaviors mean score of experimental group was statistically and significantly higher than that of control group at $p\text{-value} < .05$ level.

Keywords: Self-efficacy program, Health behaviors, Schizophrenia

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นต่อการรับรู้พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 60 คน

วิธีการศึกษา: ที่ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า:

1. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.6-1.0 โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: การดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนที่ 2: การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และส่วนที่ 3: ทักษะการดำรงชีวิต

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมกาปฏิบัติตัว ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีความคิด ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้โลกแห่งความเป็นจริงได้ หลังจากการเจ็บป่วยมักส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้อยลงกว่าเดิม (โรงพยาบาลมหารมย์, 2559; National Institute of Mental Health, 2016) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด (Baker, 1989) ส่งผล

ให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ขาดทักษะในการเข้าสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น บางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต โดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง ขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ, 2542; Gomez & Gomez, 1991; Liberman, Kopelowicz, & Smith, 2000; Mac Callum & Robertson, 1999) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้งทางด้านชีวภาพ จิตสังคม และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานอาหาร น้ำและการขับถ่าย การออกกำลังกาย ทักษะการดำรงชีวิต และการรับประทานยาตามแผนการรักษา (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) อย่างไรก็ตาม ถ้าทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและจัดการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งไว้ก่อนการกระทำพฤติกรรม และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) ซึ่งมีผลการศึกษาหลายรายงานที่พบว่า การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศเกาหลี ตามแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Shon & Park, 2002) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา โดยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่มีเจตคติทางลบและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะมีอาการกำเริบมากขึ้นอย่างรวดเร็ว (Ventura et al., 2004) ในอีกทางหนึ่งพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาและตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทน่าจะมีผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไปในทางบวก และสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้นานกว่าผู้ที่ไม่สนใจดูแลจัดการกับอาการของตนเอง (Baker, 1989)

อย่างไรก็ดีในทางปฏิบัติ พบข้อมูลสถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2554 - 2556 ที่แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมดในแต่ละปี ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนได้นานมากกว่า 180 วัน (โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์, 2556) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย กลุ่มนี้จำนวน 20 แฟ้ม พบว่า อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประกอบด้วย นอนไม่หลับ หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย แยกตัวเอง ไม่คุยกับใคร ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัจจัยเหตุส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดคือ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้เมื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองผู้ป่วยส่วนใหญ่นับว่า “ตนเองไม่ได้เป็นอะไร ต้องกิน

ยาทำไม กินยาแล้วก็ไม่หาย ง่วงนอนมากทำงานไม่ได้ รู้สึกว่าไม่เหมือนเดิม ไม่สบายตัว ไม่รู้จะทำอย่างไรให้ดีขึ้น” รวมถึงไม่สามารถจัดการกับอาการผิดปกติทางจิตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2556) จากปรากฏการณ์ที่พบแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้ทั้ง 20 คน ด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ (1.25 คะแนน และ 1.83 คะแนน) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกที่จะไม่สนใจหรือเลิกกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ครั้นเมื่อพิจารณาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวพบว่าพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (TMSE) กรณีที่ได้คะแนนจากการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลตามแนวทางที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันยังไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้โดยสะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาตามที่กล่าวข้างต้น ทั้งนี้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการ

ดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งนับเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพื่อเป็นการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตน (Orem, 2001)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา-ราชนครินทร์ จึงได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์แนวคิดดังกล่าวข้างต้นและข้อมูลที่ได้จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย มากำหนดเนื้อหาของโปรแกรมฯ ร่วมกับการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ในด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ เพื่อให้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพตามหลักการทางวิชาการ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต ที่เหมาะสมสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท โดย

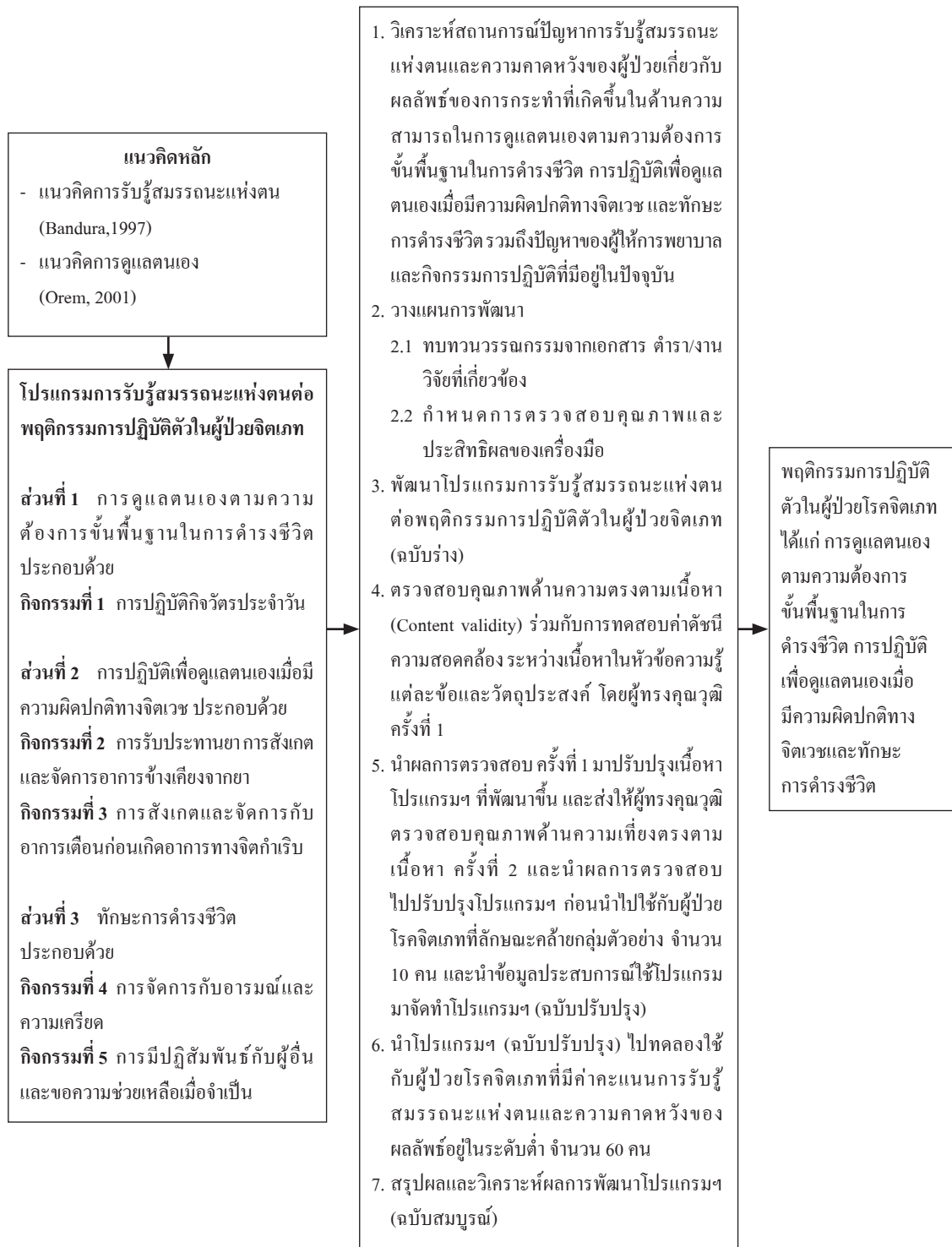
2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมปฏิบัติตัวตามความต้องการ

ขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช ทักษะการดำรงชีวิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช ทักษะการดำรงชีวิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 2 แนวคิด คือ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1997) และแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) ที่นำมาเป็นหลักการพื้นฐานในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของโปรแกรมการรับรู้แห่งตนในผู้ป่วยโรคจิตเภท และพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของรุจโรจน์ แก้วอุไร (2549) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นอย่างไร
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงขึ้นกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
3. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภททำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง เมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐานข้อ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง เมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ดำเนินงานตาม

กระบวนการวิจัยและพัฒนาของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549) 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2554 – 2556 พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลยังมีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้นานมากกว่า 180 วัน การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำนวน 20 แฟ้ม และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน (รายละเอียดผลการวิเคราะห์อยู่ในความสำคัญของปัญหา) ร่วมกับการพิจารณาแนวทางการดูแลตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบกลุ่มเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลตามแนวทางที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันยังไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้เนื่องจากแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่เน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่เหมาะสมต่อไป

2. วางแผนการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทโดยประยุกต์แนวคิดสมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแนวคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบันตามข้อ 1 โดยกำหนดแผนการจัดทำโครงสร้าง ขอบเขต กิจกรรมและเนื้อหาของโปรแกรมฯ ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และมีทักษะการดำรงชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางที่กล่าวไว้ในข้อ 2 โดยจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฯ ที่มีขอบเขตเนื้อหาโปรแกรมฯ ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนที่ 2 การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และ ส่วนที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิต หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดทำรายละเอียดโปรแกรมฯ (ฉบับร่าง)

4. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท

4.1 นำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับร่าง) ตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบเนื้อหา

โปรแกรมฯ ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item Objective congruence index: IOC) ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมฯต่อไป

4.2 ปรับปรุงโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอนะให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ครั้งที่ 2 และนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอนะ ก่อนนำไปใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

4.3 ทดสอบโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท โดยนำโปรแกรม ฯ (ฉบับร่าง) ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ (1.65 คะแนน และ 1.90 คะแนน) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโปรแกรมฯ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทและการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมฯ

5. นำผลการทดสอบมาปรับปรุงโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วยจิตเภท ครั้งที่ 1 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ เบื้องต้นมาทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมฯ เพื่อให้

เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น พร้อมทั้งจะนำไปทดลองในพื้นที่นำร่อง ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์

6. ทดสอบผลโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับร่าง) โดยนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยในที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ (1.55 คะแนน และ 1.74 คะแนน) จำนวน 60 คน โดย

1) กำหนดให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นดำเนินการตามกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ด้วยวิธีการสอน สาธิตและฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประสบการณ์ที่เคยทำได้สำเร็จ ประสบการณ์จากการสังเกตการณ์กระทำของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งหมด 5 กิจกรรมเป็นเวลา 5 วัน และได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

2) กำหนดให้กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คนได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการ

ทดสอบโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับร่าง) มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

7. นำผลการทดสอบมาปรับปรุงโปรแกรมฯ โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกตพบมาปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นก่อนจัดทำเป็นโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับสมบูรณ์) ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มที่ 1: ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์

กลุ่มที่ 2: พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน จากทั้งหมด 66 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การอบรมทักษะการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยใน เป็นเวลา 3 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศ

ชายและหญิง ไม่จำกัดการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

2. ผลการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัว ต่ำกว่า 2 คะแนน

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งการพูด เขียน อ่าน และยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง
2. มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมหลงเหลือที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร ได้แก่ หงุดหงิดง่าย อยู่ไม่นิ่ง หรือไม่เคลื่อนไหว เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกสินธุ์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาของการวิจัยแก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล และชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในส่วนที่เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พยาบาล การทบทวนแนวทางการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณค่าสถิติดังนี้

2.1 คุณสมบัติทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน นำมาแจกแจงในรูปของความถี่ และค่าร้อยละ

2.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ ของหัวข้อความรู้ตามโปรแกรมฯ และใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้อง IOC: Item – Objective Congruence

2.3 ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการวิเคราะห์ค่าที (t- dependent)

2.4 ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมหลังรับการดูแลตามปกติ โดยการวิเคราะห์ค่าที (t- independent)

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะการปรับปรุงเนื้อหาในโปรแกรมฯ แต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เสนอแนะให้เพิ่มเติม เนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับการสังเกตและจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก้าวร้าว และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจัดการด้วยตนเองไม่ได้ ฯลฯ

ครั้งที่ 2 เสนอแนะให้เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการสรุปให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสิ่งที่ได้รับรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

โดยเนื้อหาของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิต

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้นำไปทดลองใช้กับของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 เพศหญิง ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 40.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ ว่างาน ร้อยละ 28.33 สถานภาพโสด ร้อยละ 68.33 คู่ ร้อยละ 23.33 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 0 - 2 ปี ร้อยละ 31.67 และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต ในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ในแต่ละด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทั้งด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานใน

การดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 1

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการ

ดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ในแต่ละด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

การรับรู้พฤติกรรม การปฏิบัติตัว	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
- การดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐาน	3.53	0.371	3.97	0.271	-3.698	29	.001
- การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช	2.54	0.825	3.34	0.568	-6.120	29	.000
- ทักษะการดำรงชีวิต	2.20	0.889	3.23	0.576	-5.783	29	.000
รวม	2.76	0.599	3.45	0.429	-6.928	29	.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง			
	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	3.45	0.429	3.890	.000
กลุ่มควบคุม	3.05	0.384		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เชื่อว่า ถ้าทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและจัดกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งไว้ก่อนการกระทำพฤติกรรม และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งนับเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วย โรคจิตเภทต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (Orem, 2001) ประกอบด้วยเนื้อหา ทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนที่ 2 การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช ส่วนที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิต ซึ่งโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่า เนื้อหาตามหัวข้อความรู้ในโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (สุวิมล ติรกานนท์, 2546) เนื้อหาของโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม และเมื่อพยาบาลได้ทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มีความเห็นว่า

หลังจากได้ศึกษารายละเอียดของโปรแกรมฯ และทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตและจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

นอกจากนี้ พยาบาลที่ทดลองใช้โปรแกรมฯ ทุกคนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการพัฒนา จึงมีความเข้าใจเนื้อหาของโปรแกรม และมีเจตคติต่อการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ไปในทางบวก ซึ่งจะเห็นได้จากคำบอกเล่าของพยาบาลที่กล่าวว่า ต้องการให้โปรแกรมฯ ที่พวกเราช่วยกันพัฒนาขึ้น นำไปขยายผลการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ในทุกหอผู้ป่วย และบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริง

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ที่พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทั้งด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่เคยประสบความสำเร็จในช่วงที่ผ่านมาได้เห็นแบบอย่างที่เหมาะสมจากเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ร่วมกับการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความเป็นกันเอง ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลึกซึ้งเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้แนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวช มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Kyung-Hee Shon & Si-Sung Park, 2002: 579-589) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา โดยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีเจตคติทางลบและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะมีอาการกำเริบมากขึ้นอย่างรวดเร็ว (Ventura et al., 2004) ซึ่งผลการศึกษาตามที่กล่าวข้างต้นล้วนแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวกทั้งสิ้น

ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะสิ้นสุด

โปรแกรมฯ ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทั้งด้านการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางจิตเวช และทักษะการดำรงชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งไว้ก่อนการกระทำพฤติกรรม และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Bandura, 1997)

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายผลการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภทในทุกหอผู้ป่วย และติดตามประเมินผลโปรแกรมทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านพยาบาลและผู้ป่วย เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมให้บุคลากรนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว

ในผู้ป่วยจิตเภท โดยบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.มยุรี กลั้ววงษ์ และ ดร.วีระศักดิ์ สงวนพรรค ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 69-81.

มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์.

ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ. (2542). *รายงานการวิจัย: ปัจจัยสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ*. [ม.ป.ท.]: กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ
กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิมล ติรกันันท์. (2546). *การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill, schizophrenic. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(1), 39.

Gomez, G. E., & Gomez, E. A. (1991). Chronic schizophrenia: The major mental health problem of the century. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(1), 7-9.

Liberman, R. P., Kopelowicz, A., & Smith, T. E. (2000). Psychiatric rehabilitation. In B. J. Sadock, B. & V. A. Sadock. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed, pp. 3218 - 3245). Baltimore: William of Wilkin.

Mac Callum , E. J, & Robertson, A. E. (1999). The life of a new long stay patient: A reflexive experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 339-346.

Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby Year Book.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book.

Shon, K. H., & Park, S. S. (2002). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: The effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Medical Journal*, 45(3), 579-589.

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 69(2-3), 343-352.