



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วฤณดา อธิคณาพร* และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 ราย ได้รับการจับคู่ (Matched pair) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต และแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และ 1 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง/ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ/ การทำหน้าที่

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: dpennapa@chula.ac.th



The Effect of Negative Symptoms Management Program on Functioning of Patients with Chronic Schizophrenia

Warinda Athikanaporn* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: 1) To compare the functioning of patients with chronic schizophrenia before and after receiving the negative symptoms management program and, 2) To compare the functioning of patients with chronic schizophrenia who received negative symptoms management programs and those who received regular nursing care activities.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The research sample consisted forty of patients with chronic schizophrenia who received services in the in-patient department, Somdet Chao Phraya institute of psychiatry, selected by inclusion criteria, were matched pairs by sex and duration of illness and then randomly assigned to an experimental group and a control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the negative symptoms management program composed of 7 group activities for 3 weeks. The control group received regular nursing care activities. The experimental instrument is the Negative Symptoms Management Program. Data were collected using the Life Skill Profile and the negative symptoms subscale of the positive and negative syndrome Scale. Their CVI were .92 and 1, respectively. Their Cronbach's Alpha coefficients were .88 and .85, respectively. The t-test was used in data analysis.

Findings: 1) The mean score of functioning of patients with chronic schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than those before, at $p .05$ level; 2) The mean score of functioning of patients with chronic schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than those who received regular nursing care activities, at $p .05$ level

Conclusion: The result of this study support that the negative symptoms management program can increase the functioning among patient with chronic schizophrenia.

Keywords: Chronic Schizophrenia/ Negative Symptoms Management Program/ Functioning

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.

E-mail: dpennapa@chula.ac.th



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์ มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงาน และการเข้าสังคม โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยมีสถิติการเกิดโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ของประชากร² ทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช อีกทั้งสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบผู้ป่วยที่มาปรึกษาแบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2557-2559 เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2,306, 2,455 และ 2,450 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ การดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) 2) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) 3) ระยะโรคกำเริบ (Active phase) และ 4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/ residual phase) ซึ่งระยะเรื้อรัง (Chronic phase) เป็นระยะที่อาการทางบวกจะลดลง แต่อาการทางลบและอาการทางการรู้คิดยังคงอยู่ และพบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการทำหน้าที่ที่เสื่อมลง³

การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป⁴ เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลงเรื่อย ๆ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม้จะมีอาการทางจิตสงบแต่ในวันที่จำหน่ายกลับบ้านยังมีการบกพร่องการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 93⁵ ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในกลุ่มงานบำบัดระยะยาว

ร้อยละ 42.2 สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ แต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ และร้อยละ 8.8 สามารถทำหน้าที่ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่⁶ การบกพร่องการทำหน้าที่จึงเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังคงอยู่แม้อาการทางจิตจะดีขึ้น

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Rosen และคณะ⁷ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกระทำพฤติกรรมหรือการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสถานะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การควบคุมอารมณ์ 3) สัมพันธภาพในสังคม 4) การติดต่อสื่อสาร และ 5) ความรับผิดชอบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามแนวคิดดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาการบกพร่องการทำหน้าที่ ดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบกพร่องการดูแลตนเอง เช่น ไม่สนใจอาบน้ำและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการกระตุ้นและแนะนำ 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง 3) การสร้างสัมพันธภาพในสังคม ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ทำให้ไม่คิดริเริ่มที่จะทำกิจกรรมใด ๆ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะผู้อื่นในสังคม เกิดความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยพูดน้อยลง (Alogia) พูดน้ำเสียงราบเรียบ ตอบคำถามช้า ทำให้เป็นการยากที่จะสื่อสารด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง 5) ด้านความรับผิดชอบ ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น การบกพร่องการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิต และภาระการดูแลของ



ผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องการทำหน้าที่ จะมีการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ได้ดี⁸ อีกทั้ง การบกพร่องการทำหน้าที่ของผู้ป่วยยังเป็นปัจจัยที่ส่งผล ให้การะการดูแลของผู้ดูแลสูงขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อาการทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง^{9,10} และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีอาการทางลบประมาณร้อยละ 20-40 ซึ่งพบได้มากกว่า ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก^{11,12} อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยมี ลักษณะขาดความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจน้อย เฉื่อยชา เก็บตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการ แสดงออกทางอารมณ์และคำพูดน้อยลง ขาดความสามารถในการสื่อสาร บกพร่องการเข้าสังคม ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่าง ๆ เสื่อมลง¹³

ในปัจจุบัน จากการทบทวนสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังพบปัญหาว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีปัญหาการทำหน้าที่ด้าน ต่าง ๆ เช่น ไม่สนใจดูแลตัวเอง แยกตัว ขาดยา และมี ปัญหาด้านการสื่อสาร เนื่องจากกระบวนการฟื้นฟูเพื่อ เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ ด้านการดูแลตนเองเพียงด้านเดียว ยังไม่ครอบคลุมถึง การทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ประกอบกับขาดการกระตุ้น จากสิ่งแวดล้อมทำให้ไม่ได้ใช้ทักษะนั้น ๆ ติดต่อกันเป็น ระยะเวลาสั้น เมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้ไม่สามารถใช้ ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้⁶ จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอาการทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการทำหน้าที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วย จิตเภทเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดของ Dodd และคณะ¹⁴ ที่มี เป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จากอาการ

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) ของ Dodd และคณะ¹⁴ กล่าวถึง มิติที่

มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ จากการจัดการอาการ (Outcomes) ซึ่งประสบการณ์ การมีอาการครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับ อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) โดย Dodd และคณะ¹⁴ ระบุว่า ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคาม ตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้ มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น ซึ่งอาการที่รุนแรงขึ้น จะส่งผลให้การทำหน้าที่ลดลง ผู้ป่วยจึงพยายามหาทริค ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งการตัดสินใจ ที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของ ผู้ป่วย (Symptom experience) โดยพยาบาลจะเข้าไป มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางลบของตนเอง เพื่อนำข้อมูล ที่ได้มาประเมินและค้นหากทริคในการจัดการอาการ ที่เกิดขึ้น (Symptom management strategies) ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Outcomes) ที่ต้องการคืออาการทางลบลดลงและส่งผลให้การทำ หน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

เนื่องจากความบกพร่องในการทำหน้าที่เป็น ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยอาการทางลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจแก้ไข ปัญหานี้ โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹⁴ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ ทางลบ ซึ่งเป็นการดูแลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล ในการช่วยส่งเสริมการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังในช่วงที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อเตรียม ความพร้อมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการทำหน้าที่ได้อย่าง



เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อันจะส่งผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ International classification of diseases, tenth revision (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ดังนี้ 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี 2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป) 3) มีอาการทางจิต 4) มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยการหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองของคะแนนการทำหน้าที่ที่มีการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง ได้ค่า Effect size = 1.21 และให้มีอำนาจทดสอบที่ 0.95 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่าได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็น 40 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะชีวิต (Life skill profile) ตามแนวคิดของ Rosen และคณะ⁷ ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ วรรณชาติ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.92 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้ พบว่ามีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวทางการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹⁴ ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน มีกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง



(Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.91 และผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจนและครอบคลุม รูปแบบกิจกรรมและภาษาที่ใช้เหมาะสม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and negative syndrome scale- Thai: PANSS-T) โดย Nilchaikovit และคณะ¹⁵ ซึ่งนำมาใช้เฉพาะข้อคำถามอาการทางลบ โดยกำหนดระดับคะแนนอาการทางลบที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ คะแนน T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบดีขึ้น เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 023/2563 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 คน เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทดลอง เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ให้ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2.2.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการทางลบเสร็จสิ้นแล้ว และตรวจสอบคะแนนอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน ซึ่งกำหนดระดับคะแนนอาการทางลบที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ คะแนน T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบดีขึ้น หากมีคะแนนมากกว่า 55 ผู้วิจัยจะต้องกลับไปดูคะแนนแต่ละหัวข้ออย่างละเอียดเพื่อพิจารณาสาเหตุและปัญหา ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งหาทางแก้ไข เพิ่มเติมความรู้และทักษะที่บกพร่อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และจากการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกคน



3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิต

3.2 การรวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบวัดทักษะชีวิตหลังการทดลอง (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ และใช้สถิติทดสอบที (t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) เพื่อการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลจำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -22.060$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	118.45	7.444	ต่ำ	19	-22.060*	.000
หลังการทดลอง	131.40	8.217	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	118.25	6.324	ต่ำ	19	-.738	.469
หลังการทดลอง	118.80	4.808	ต่ำ			



3. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.919$) ดังตาราง
 เรือร่งหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ ที่ 2
 อาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรือร่งก่อนและหลังการทดลองระหว่าง
 กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ
 ($n=40$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	118.45	7.444	ต่ำ	38	.092	.928
กลุ่มควบคุม	118.25	6.324	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	131.40	8.217	สูง	38	5.919*	.000
กลุ่มควบคุม	118.80	4.808	ต่ำ			

4. ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ
 จิตเภทเรือร่งที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.037$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรือร่งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง
 กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ
 ($n=40$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	S	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	12.95	2.625	38	13.037*	.000
กลุ่มควบคุม	.55	3.332			



อภิปรายผล

1. ภายหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เนื่องจากโปรแกรมห่วงการ เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนาย การทำหน้าที่คือ อาการทางลบ และผู้วิจัยสร้างโปรแกรมนี ขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) ของ Dodd และคณะ¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหา ในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เพื่อค้นหาและเลือกกลยุทธ์ การจัดการอาการ (Symptom management strategies) ด้วยตนเอง และประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Outcomes) เพื่อปรับปรุงวิธีการจัดการอาการของตนเอง ให้ดีขึ้น ส่งผลต่ออาการทางลบที่ลดลง โดยการจัดการ อาการตามแนวคิดนี้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการจัดการ อาการอย่างเป็นขั้นตอน 3 ขั้นตอน¹⁴ คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) การให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนอาการ ทางลบของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการของตนเอง มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองมีอาการแล้ว ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบ ของอาการทางลบที่มีต่อตนเอง เมื่อผู้ป่วยประเมิน ความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบทำให้ผู้ป่วย ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามตนเองและรับรู้ ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่อ อาการทางลบโดยมีความตระหนักต่ออาการทางลบ มากขึ้นกว่าเดิม จากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการเกิดอาการ

ผลกระทบจากการมีอาการ และวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้ ผู้ป่วยเริ่มมีแนวทางหรือกลวิธีในการจัดการอาการของ ตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) เมื่อผู้ป่วย เริ่มสนใจที่จะจัดการอาการทางลบ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ โดยการให้ผู้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการ อาการทางลบของตนเองกับสมาชิกภายในกลุ่ม การให้ ความรู้วิธีการจัดการอาการทางลบโดยผู้วิจัย รวมทั้ง การเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากตัวแบบที่เคยมีประสบการณ์ อาการทางลบและมีวิธีการจัดการอาการที่ดีขึ้น เพื่อเป็น ทางเลือกให้ผู้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาประเมิน ค้นหา และ เลือกกลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะที่ จำเป็นในการจัดการอาการทางลบให้ดีขึ้น ได้แก่ การฝึก ทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแล ตนเอง การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การพัฒนา ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Outcomes) หลังจากผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการอาการ ทางลบ และได้นำวิธีการจัดการอาการที่ตนเองเลือกไปใช้ ในการจัดการอาการทางลบของตนเอง ขั้นตอนนี้นับเป็น กิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการ อาการทางลบตามแนวคิดการจัดการอาการ ที่ระบุว่า ผลลัพธ์จากการจัดการอาการมี 8 ด้าน และการทำหน้าที่ เป็นหนึ่งในผลลัพธ์จากการจัดการอาการตามแนวคิดนี้ ดังนั้นผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมิน ตนเองและมีส่วนร่วมในการประเมินสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งประเมินผลลัพธ์จากความพยายามที่จะปฏิบัติตาม กลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น การตรวจสอบผลลัพธ์จะช่วยให้ ผู้ป่วยมีแรงผลักดันที่จะจัดการอาการทางลบที่ส่งผลต่อ การทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น



ผลจากการส่งเสริมทักษะการจัดการอาการทางลบและการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น แสดงอารมณ์ได้เหมาะสม และควบคุมอารมณ์ได้ เริ่มมีการสื่อสารและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ มีการทำหน้าที่ดีขึ้น แสดงว่าการจัดการอาการทางลบช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirinun และ Uthis¹⁶ ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการทางลบด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบพบว่า โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้

2. ภายหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลต่างคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและเป็นการจัดการกระทำกับอาการทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รูปแบบกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการอาการ เน้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบ ค้นหากลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นโดยผู้วิจัย ซึ่งแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและ

ยอมรับอาการของตนเองมากขึ้น มีความตระหนักต่อความรุนแรงและผลกระทบจากอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตนเอง และเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับอาการของตนเองมากขึ้น มีความตระหนักต่ออาการทางลบมากขึ้น และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเป็นอยู่ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจที่จะจัดการอาการมากขึ้น นำข้อมูลที่ได้นำมาเป็นทางเลือกในการจัดการอาการทางลบของตนเอง และเลือกวิธีการจัดการอาการทางลบของตนเอง 4) การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้ทราบปัญหาการดูแลตนเอง ได้วางแผนเพื่อปรับปรุงแก้ไข ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดีขึ้นได้ 5) การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองมากขึ้น มีการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น และ 6) การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอาการทางลบ ค้นหากลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นโดยผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการทางลบของตนเองให้ลดลง และได้รับความรู้และเพิ่มพูนทักษะด้านต่าง ๆ ส่งผลให้การทำหน้าที่ดีขึ้น และเมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะด้านต่าง ๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากการศึกษาของ Chatchaca และ Kerdchoke¹⁷ พบว่าการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่าง



เป็นระบบและทำการวิเคราะห์หัตถ์ของ Tungpunkom และคณะ¹⁸ ที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมทักษะชีวิต (Life skill program) ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งก็คือผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภทพบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตส่งผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (Everyday functioning) และทำให้อาการทางลบลดลง โดยโปรแกรมทักษะชีวิตที่ประกอบด้วย ทักษะด้านกิจวัตรประจำวัน ทักษะด้านการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป ทักษะด้านงานบ้าน ทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการแก้ปัญหา/การคลายเครียด ทักษะการจัดการเรื่องเงิน/ค่าใช้จ่าย ทักษะการบริหารเวลา

ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป และกิจกรรมบำบัดที่ได้รับ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มความรู้เรื่องยา กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง กลุ่มโภชนาการ กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มนันทนาการ ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.38$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามตารางของผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งมีกระบวนการทบทวน ประสิทธิภาพการมีอากรทางลบ การประเมินความรุนแรง และผลกระทบจากอาการทางลบ การค้นหาวิธีการจัดการอาการทางลบ การฝึกทักษะการจัดการอาการทางลบ และการฝึกทักษะที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีวิธีการจัดการอาการทางลบ ส่งผลให้อาการทางลบยังคงอยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านในขณะที่ยังมีอาการทางลบมากจึงทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดีเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ซึ่งผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ สามารถส่งเสริม

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการทางลบสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ดีขึ้นได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการจัดการอาการทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การมีอากรทางลบ ประเมินความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบ จนเกิดความตระหนักและมีความต้องการที่จะจัดการอาการทางลบให้ดีขึ้น จากนั้นมีการส่งเสริมทักษะการจัดการอาการทางลบและทักษะที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการทางลบของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเท่าที่ควร ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยยังไม่มีทักษะการจัดการอาการทางลบและทักษะที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปให้การพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางลบและส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ โดยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอาการทางลบ เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการจัดการอาการและมีทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เนื่องจากการทำหน้าที่ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญอย่างหนึ่งที่บ่งบอกคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยพยาบาลจึงควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



โดยการติดตามการทำหน้าที่ในระยะยาวหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการจัดหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาการ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการอาการ และสามารถให้การพยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน

3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถทำหน้าที่ของตนเองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2. อาจนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปปรับใช้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบ จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัย

References

1. World Health Organization. Schizophrenia [internet]. 2018 [cited 2018 April 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010; 8(1):
3. Manote L, Pramote S. *Ramathibodi psychiatry*. 4th ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2015.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 1987.
5. Dutescu MM, Popescu RE, Balcu L, Duica LC, Struoiu LM, Alexandru DO, et al. Social functioning in schizophrenia clinical correlations. *Curr Health Sci J* 2018; 44(2): 151-6. Doi: 10.12865/CHSJ.44.02.10.
6. Paitoon S, Chularat W, Rotsukhon C, Somsri K. Development the functional ability assessment tool for chronic schizophrenic [internet]. 2015 [cited 2018 April 10]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4279?locale-attribute=th>
7. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15(2): 325-37.



8. Wu F, Huang Y, Zhou Y, Li H, Sun B, Zhong X, et al. Factors influencing relapse in schizophrenia: A longitudinal study in China. *Biomed Res* 2017; 28(9): 4076-82.
9. Bell MD, Corbera S, Johannesen JK, Fiszdon JM, Wexler BE. Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophr Bull* 2011; 39(1): 186-96.
10. Valencia M, Fresán A, Barak Y, Juárez F, Escamilla R, Saracco R. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 2339-48. Doi: 10.2147/NDT.S87335
11. Mwansisya TE, Yi W, Wang Z, Yang B, Li L, Wang P, et al. Comparison of psychosocial determinants in inpatients with first-episode and chronic schizophrenia in china. *Arch Psychiatr Nurs* 2013; 27(1): 32-41.
12. Wang Z, Xue Z, Pu W, Yang B, Li L, Yi W, et al. Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early Interv Psychiatry* 2013; 7(1): 23-30.
13. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry* 2018; 5(8): 664-77.
14. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 668-76.
15. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai version of the positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. *J Med Assoc Thai* 2000; 83(6): 646-51. (in Thai)
16. Sirinun L, Uthis P. The effect of negative symptom self-management program on functioning of schizophrenic patient with negative symptoms [Master's thesis in Nursing Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
17. Chatchaca K, Kerdchoke R. The effect of psychoeducation program focusing on skill training on social functioning of schizophrenic patient in community [Master's thesis in Nursing Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
18. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2012(1): 1-49. Doi: 10.1002/14651858.CD000381.pub3