



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

พิชญา บัวรุ่ง* และ รัชนิกร อุปเสน**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ (Matched pair) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) และ 3) แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และ 1.0 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย: 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทย่อยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การจัดการอาการทางลบ/คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/ ผู้ป่วยจิตเภท

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: upasen.r@gmail.com.



The Effect of Negative Symptoms Management Program on Health Related Quality of Life in Persons with Schizophrenia

Pichaya Buarung^{*} and Ratchaneekorn Upasen^{**}

Abstract

Purpose: 1) to compare the health-related quality of life in persons with schizophrenia before and after receiving the negative symptoms management program, and 2) to compare the health-related quality of life in persons with schizophrenia who received usual nursing care activities.

Design: Quasi-Experimental Research

Methods: The research sample consisted of forty schizophrenia patients who received services in the in-patient department, Srithanya Hospital, who met the inclusion criteria, were matched in pairs and then randomly assigned to an experimental group and control group, with 20 subjects in each group. The experimental group received The negative symptoms management program for 5 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: 1) The negative symptoms management program. 2) The SF-36 questionnaire. 3) The negative symptoms subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale. All the instruments were validated for content validity by 5 professional experts. Their CVI was 0.97 and 1.0. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the SF-36 questionnaire and The negative symptoms subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale were 0.98 and 0.86, respectively. The t-test was used in data analysis.

Results: 1) The Health-related quality of life in persons with schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than before, at the .05 level. 2) The Health-related quality of life in persons with schizophrenia who received the negative symptoms management program was significantly higher than those who received usual nursing care, at the .05 level.

Conclusion: The result of this study support that negative symptoms management can improve the Health-related quality of life in persons with schizophrenia.

Keywords: The negative symptoms management/ Health-related quality of life/ Schizophrenia

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

^{**} Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
E-mail: upasen.r@gmail.com.



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความเรื้อรัง โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน¹ พบอัตราความชุก (Prevalance) 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราความชุกตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.2 ต่อ 1,000 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภท (Incidence) 0.24 ต่อ 1,000 ของประชากรทั่วโลก² โดยในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับบริการของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 241,838 คน ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ³ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติอันดับโรคผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2562 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด 5,913 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2,748 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง⁴ ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทยังเป็นโรคทางจิตเวชลำดับต้นๆ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความ เป็นจริง มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป⁵ ซึ่งอาการของโรคจิตเภทพบได้ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางสติปัญญา อาการทางบวก ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด อาการทางลบ เป็นอาการแสดงออกซึ่งเกิดจากการขาด หรือลดลงของสติปัญญา การทำหน้าที่และการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปกติ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น (A volition) ไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยพึงพอใจ หรือภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) พูดน้อย หรือไม่พูด (Alogia) และอาการทางสติปัญญา ได้แก่ การขาดความใส่ใจ ว้าวุ่นง่าย สมาธิแย่งลง และบกพร่องในเรื่องต่างๆ เช่น ความจำ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการพิจารณา ถึงแม้การรักษาในปัจจุบัน

จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทุเลาและสามารถกลับไปอยู่กับสังคมได้ แต่ยังคงพบบ่อยครั้งที่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังมีอาการหลงเหลือโดยเฉพาะอาการทางลบ ได้แก่ มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัวออกจากสังคม พูดน้อยหรือไม่พูด ส่งผลทำให้มีอาการกำเริบได้เป็นระยะๆ โดยพบว่า ภายใน 1 ปี หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและไปใช้ชีวิตในชุมชน คิดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก⁶ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2559 พบผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 20.48 โดยอาการที่กำเริบนั่นทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่แปลกไปจากคนทั่วไป ได้แก่ พูดคนเดียว แยกตัว ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ ขาดการดูแลตนเอง ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ที่ปรากฏส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน ทักษะทางสังคม การเข้าสังคม⁷ เกิดอุปสรรคในการดำรงชีวิต ไม่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี⁸ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้างและซับซ้อนในปัจจุบันจึงทำให้เกิดการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นเพื่อใช้อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท นั่นคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต่อ

- 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย
- 2) ข้อจำกัดด้านการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย
- 3) ความเจ็บปวดทางกาย
- 4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป
- 5) ความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า
- 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม
- 7) สภาวะทางอารมณ์ความรู้สึก



ทางจิตใจ 8) ข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁹

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำนวน 36 ข้อ (SF-36) พบว่าอยู่ในระดับที่ไม่ดีทั้ง 8 มิติย่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ¹⁰ ($\bar{X} = 2.32$ SD = 0.79) ดังนี้ 1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง ไม่สามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้อย่างเหมาะสม ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เป็นต้น 2. ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ขาดความกระตือรือร้น ส่งผลต่อการขาดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น 3. ความเจ็บปวดทางกาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเจ็บปวดทางกายจากการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภทและการรักษา เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการตัวแข็งทื่อไม่เคลื่อนไหวร่างกาย นั่งนิ่งไม่เคลื่อนไหว จนส่งผลต่อความไม่สุขสบายทางกายเกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อเนื่องจากกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งเป็นระยะเวลานาน 4. การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่สนใจที่จะดูแลกิจวัตรประจำวันตนเอง ตั้งแต่สุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกาย การเลือกรับประทานอาหาร แบบแผนการนอน 5. ความมีชีวิตชีวา คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความรู้สึกยินดีต่อสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีความสุข (Anhedonia) หรือ ไม่มีความสุข มีอารมณ์เฉยเมย ไม่มีการแสดงออกของสีหน้า น้ำเสียง ทำท่าทางไม่ว่าจะมีอารมณ์โกรธ หรือ ความรู้สึกดีใจ ขาดความชื่นชอบและความพึงพอใจกับกิจกรรมในชีวิตต่าง ๆ ที่สร้างสรรค์ 6. การทำหน้าที่ทางสังคม คือ ผู้ป่วยจิตเภทหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสังคมบกพร่องไปโดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัว 7. สุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเฉพาะด้านสภาวะอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิดหวาดระแวง มีหูแว่ว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เป็นต้น 8. ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁹ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นรวมถึงบุคคลในครอบครัว จนในที่สุดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่เพื่อการดำเนินชีวิต¹¹ ซึ่งจากปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติย่อยนั้นส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งมีการกำหนดไว้ว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องเป็นการพยาบาลที่สามารถทำให้้อตราการกลับป่วยซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนั้นลดลง¹² ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 8 มิติย่อย จึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละมิติย่อยแย่งได้แก่ 1) อาการทางลบ (Negative symptoms) อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ($r = -0.41$)¹³ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 47.2 ($r^2 = 0.472$)¹⁴ อาการทางลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ เฉยเมย แยกตัว เป็นต้น 2) อาการทางบวก (Positive symptoms) มีความ



สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r=-0.46$)¹³ อาการทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น 4) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r=0.45$)¹³ 5) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r=.50$)¹³ ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะอาการทางลบเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทำให้พบว่าอาการทางลบเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มีอาการคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จะส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำ ใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้นมากกว่าอาการทางบวกและอาการทางจิตทั่วไป กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ นั่นคือ ส่งผลต่อผู้ป่วยขาดเรี่ยวแรงในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ในท่าเดิวนานๆ ขาดความกระตือรือร้น ขาดการออกกำลังกาย¹⁵ มองตนเองในด้านลบ คุณค่าในตนเองลดลง มีภาวะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ขัดแย้งในครอบครัว ชุมชนไม่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยถอยห่างจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ยที่บกพร่องมากขึ้น¹¹ คือ มีการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง ทั้งด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเลือกรับประทานอาหาร การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร การทำกิจกรรม และด้านเพศสัมพันธ์ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความเป็นภาระเกิดขึ้น ดังนั้น ถ้ามีการจัดการกับอาการให้ลดลงจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น¹⁰

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ในประเทศไทยมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

ครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Abd ELhay และคณะ¹⁶ ได้มีการนำโมเดลการจัดการอาการมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้จะมีโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนามากมายแต่ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ดี อันเนื่องมาจากงานวิจัยเหล่านี้ล้วนแต่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมโดยจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่มีการศึกษาการให้การพยาบาลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง และยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งจัดกระทำกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม อาจทำให้อาการทางจิตยังคงอยู่โดยเฉพาะอาการทางลบ เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี เพื่อทำให้อาการทางจิตลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีแนวทาง หรือโปรแกรมในการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ขนาด 750 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้การบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งแบบผู้ป่วยนอกและรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดย



การรักษาแบบผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 11 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหอผู้ป่วยชาย 6 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหญิง 5 หอผู้ป่วย โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ที่เน้นเจาะจงเฉพาะเรื่อง ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค ยา อาการข้างเคียงจากยา และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตสงบจะได้รับการประเมินปัญหารายบุคคลและได้รับรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ซึ่งในกระบวนการจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Sharing) เรียนรู้ (Learning) และการประยุกต์ใช้ (Application) ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวยังไม่ได้มีการเน้นเจาะจงเรื่องการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิด SLA ของโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ ประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก อาการทางลบและอาการทางจิตทั่วไปของกรมสุขภาพจิต¹⁸ โดยเน้นการจัดการกับอาการด้วยตนเอง จากกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing) เกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เรียนรู้ (Learning) เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตที่ถูกต้อง และนำมาประยุกต์ใช้ (Application) โดยนำความรู้ในการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่ได้จากการเรียนรู้มาฝึกฝนมาประยุกต์ใช้จริง เป็นแนวทางเพื่อการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการทางลบเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก หรือการนึกคิด อาการทางจิตเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการนอกจากการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ การจัดการอาการทางจิต

ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่นมีส่วนสำคัญ หากมีการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลับคืนสู่ภาวะปกติ มีความสนใจตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นอาการทางลบ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ในสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย International



Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10) ได้เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ (คะแนน Brief psychiatric rating scale หรือ BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน)

2. อาการทางลบเด่น ประเมินโดยเครื่องมือแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ โดยพิจารณาจากค่าผลต่างคะแนน Composite scale มีคะแนนน้อยกว่า 0 ซึ่งค่า Composite scale จะเป็นการแยกประเภทผู้ป่วยจิตเภทว่ามีลักษณะอาการทางบวกหรือทางลบเด่นกว่ากัน คะแนน Composite scale คัดจากการนำคะแนน Positive scale ลบด้วย Negative scale ถ้า Composite scale เป็นบวกคือมากกว่า 0 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางบวกเด่น แต่ถ้า Composite scale เป็นลบ คือ น้อยกว่า 0 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบเด่น

3. ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ ร่วมด้วย

4. ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยซึ่งทดลองคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 ราย¹⁹ เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและป้องกันการไม่มา

เข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 รายร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการทางลบ^{20,21}

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn และ Silpakit²² ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Warner และ Williams⁹ จำนวน 36 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่า CVI ที่ยอมรับคือตั้งแต่ .90 ขึ้นไป²³ และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตของโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการอาการ กำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป โดยเน้นการจัดการกับอาการทางลบ

2.2) พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการฉบับพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยใช้ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตของโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ โดยกิจกรรมในการศึกษาค้นคว้าพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่



เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการโดยเน้นการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 9 กิจกรรม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน นานครั้งละ 60-90 นาที มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

3. เครื่องมือกำกับการทดลองแบบประเมิน
อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เฉพาะข้อคำถามอาการทางลบที่แปล Nilchaikowit และคณะ²⁴ จำนวน 7 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 หลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา วันที่ 18 ธันวาคม 2562 รหัสโครงการ STY-IRB001/2563 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษา ค้นคว้าจากตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามกระบวนการที่ถูกต้องและมีความรู้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการจัดการอาการ

จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้นนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการดำเนินงาน ใช้แบบประเมินในการคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

2.1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตนเองโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.1.3 ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1.4 ผู้วิจัยนัดให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

2.2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตนเองโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) (Pre-test)

2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยผู้ป่วยจิตเภทเริ่มดำเนินกิจกรรมโดยใช้การพยาบาลตามปกติ



และให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช ครึ่งละ 60-90 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยทำการกำกับทดลองจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) และประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)

การกำกับการทดลอง

แบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เป็นการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในการวิจัย เพราะอาการทางลบที่ลดลงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินอาการทางลบ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอาการทางลบอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.86 คะแนน แปลผลได้ว่ามีอาการทางลบระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนอาการทางลบเฉลี่ยลดลงทุกรายซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.5 แปลผลได้ว่ามีอาการทางลบระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมการจัดการอาการทางลบช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนการรับรู้ การตอบสนอง และวิธีการจัดการอาการทางลบที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ จนนำมาซึ่งการจัดการอาการทางลบที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับตนเองจึงสามารถนำไปใช้ได้จริง รวมถึงสร้างความมั่นใจในการนำไปใช้

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทางลบของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome scale: PANSS) เฉพาะข้อคำถามกลุ่มอาการทางลบและประเมินคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn และ Silpakit²² เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยจิตเภทหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 5 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ฉบับภาษาไทยของ Kongsakorn และ Silpakit²² หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ²³ และสำหรับกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคจิตเภท การบำบัดทางจิตสังคม และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คือ ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ



40 และ 30 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 65 และ 77.5 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านการประกอบอาชีพพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 71.25 ระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบส่วนใหญ่ มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ที่ 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

4. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	49.20	4.91	ไม่ดี	19	-29.90	0.000
หลังการทดลอง	90.55	8.39	ดี			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	49.85	4.54	ไม่ดี	19	1.58	0.131
หลังการทดลอง	50.05	3.90	ดี			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90.55	8.39	ดี	38	19.579	0.000
กลุ่มควบคุม	50.05	3.90	ดี			



อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากรูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 9 กิจกรรม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 วัน นานครั้งละ 60-90 นาที มีการให้ผู้ป่วยจิตเภอสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ คือผู้ป่วยรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงไปจากตนเอง เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตัดสินความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบสาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Soliman และคณะ²⁴ ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

และผู้ดูแลหลักพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินตนเองหลังจากที่ได้นำกลยุทธ์การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบไปใช้อย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์ในการนำไปปฏิบัติใช้อาการทางลบลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลในรูปแบบของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะอาการทางลบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) โดยวิธีการจับคู่ระหว่างเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ดี สามารถจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบของตนเองได้สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เหมาะสม ทำให้ตนเองสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น



ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร การเข้าสังคม และการใช้ยาตามเกณฑ์ ซึ่งในกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยที่พุดน้อย แยกตัว ซึมเศร้า ได้เริ่มพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะทำสิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น จัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanasiri และ Sripusitto²⁵ ที่พบว่า ภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องไม่เกิดอาการกำเริบจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัด ด้านการทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ด้านสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึกทางจิตใจ ข้อจำกัดจากปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการทางลบตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีการให้ผู้ป่วยจิตเภทสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบคือผู้ป่วยรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงไปจากตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตัดสินใจตัดสินใจของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ สาเหตุการรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนอง

ต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเอง จนทำให้อาการทางลบลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ เพื่อให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาใช้ในการดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบไปใช้อย่างต่อเนื่องในการจัดบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

3. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการการจัดการอาการทางลบไปใช้อย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะในการจัดการอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลอง หรืออาจต่อเนื่องถึง 1 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้น ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการ



ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริง เมื่อกลับสู่ชุมชนว่ามีความเหมาะสมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพียงใด และควรมีการพัฒนาแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองที่บ้านได้ และเป็นแนวทางในการสังเกตอาการทางลบที่เกิดขึ้นของตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. WHO. Schizophrenia [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 10]. Available from: URL: <http://www.who.int/mental-health/management/schizophrenia/en>
2. Sadock BJ, Sadock AV. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott. Williams and wilkins; 2017.
3. Department of Mental Health. Debt Instrument Annual Report 2016. Nonthaburi: Beyond Lindissing; 2016.
4. Srithanya Hospital. Statistical report of the year 2019. Nonthaburi: Medical Statistical Work, Planning and Information Department Srithanya Hospital; 2019.
5. Ruangtrakul S. Textbook of Psychiatry. 10th printing. Bangkok: Ruean Kaew Printing. 2014.
6. Chein WT, Norman I. Education needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. J Adv Nurs 2003; 44(5) : 490-8
7. Lotrakul M, Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi (4th ed). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. 2015.;
8. Siritheptawee A, Uheanwai S, Chumpucha P, Ratchain S. Quality of life of schizophrenic patients attending psychosocial therapy program of Nakhon Ratchasima rajanagarindra psychiatric hospital. Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital 2012; 12:
9. Warner S C, Williams JI. The meaning in life scale: determining the reliability and validity of a measure. J. Chronic Dis 1987; 40(6): 503-12.
10. Azaiez C, Millier A, Lançon C, Clay E, Auquier P, Llorca PM, Toumi M. Health related quality of life in patients having schizophrenia negative symptoms-a systematic review. JMAHP 2018; 6(1), 1517573. doi: 10.1080/20016689.2018.1517573.
11. Hunter R, Barry S. Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. Eur Psychiatry 2012; 27(6): 432-6.
12. Office of Nursing. Nursing quality indicators [Internet]. 2011 [cited 2019 July 10].



Available from: <http://www.dms.moph.go.th>

13. Chaibabut K, Uthis P. Selected factors related to health related quality of life of patient with schizophrenia and substance use disorder in community, Central Region. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 30(1): 139-51. (in Thai)
14. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1371-9. doi: 10.2147/NDT.S81024.
15. Strassnig M, Harvey PD. Treatment of obesity and disability in schizophrenia. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2013; 10(7-8): 15-19.
16. Abd ELhay ES, Mona A, Mohamed H. The Effect of Auditory Hallucinations Management Program on Quality of Life for Schizophrenic Inpatients, Egypt. *IOSR-JNHS* 2017; 6(1): 1-11.
17. Srithanya Hospital. A manual for caring for schizophrenic patients in Srithanya Hospital. Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2010.
18. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guide to Cognitive Behavioral Therapy. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2008
19. Burn N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (5th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005.
20. Makara-Studzinska M, Wolyniak M, Partyka I. The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service-selected factors. *J Pre-Clin Clin Res* 2011; 5(1): 31-4.
21. Bobes J, Garcia-Portilla MP. Quality of life in schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of life in mental disorders*. Chichester UK: John Wiley and Sons Ltd; 2005. pp. 153-68.
22. Bobes J, Gonzalez MP. Quality of life in schizophrenia. In: Kastching H Freeman H & Sartorius N. editor. *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & sons. 1997.
23. Kongsakorn, R, Silpakit C. Thai version of medical outcome study 36 items short from health survey: An instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Rama Med J* 2000; 23(1): 8-19. (in Thai)
24. Nilchaikowit T, Kanchanathanalert N, Srisuraphanon M, Unanong S, Udomrat P. Positive and Negative Syndrome Scale Thai version (PANSS-T). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
25. Soliman ES, Mahdy RS, Fouad HA. Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. *Egypt J Neurol Psychiat* 2018; 39(1): 35-41.
26. Wattanasiri A, Sripusitto S. Continuing Care Process Development for Schizophrenia Patients by Interdisciplinary Team and Caregiver Network, Kamphaeng Phet Hospital. *Journal of Nursing Division* 2556; 40(1): 67-83. (in Thai)