



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ปริญธร อยู่คง*, เพ็ญพักตร์ อุทิศ**, เมธีวัชร จิตเดชะ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 42 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 3) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และ 4) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: บุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่/ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ/ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of New Normal Self and Family Management Program on Relapse Preventive Behavior of Persons with Schizophrenia in Community

Parichat Yookong*, Penpaktr Uthis**, Mayteewat Chiddaycha***

Abstract

Purpose: To study the effect of the new normal self and family management program on relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in community.

Design: Quasi-experimental research.

Method: The sample were persons with schizophrenia in community and his/her family caregiver 42 families who met the inclusion criteria and received service at Psychiatric clinic King Chulalongkorn Memorial Hospital (TRCS). Divided into the experimental group and the control group, 21 families per group. Research instruments comprised of 1) The new normal self and family management program 2) questionnaire on relapse prevention behaviors of persons with schizophrenia 3) scale on self management ability of persons with schizophrenia and 4) scale on caregiver's self and patient management ability. All instruments were verified for content validity by professional experts. Data were analyze using descriptive statistics and t-test.

Result: Relapse prevention behavior of experimental group after received the new normal self and family management program was significantly better than that before receiving the program at $p .05$ and Relapse prevention behavior of experimental group was significantly better than control group at $p .05$

Conclusion: Health workers should adopt the new normal self and family management program to promote relapse prevention behaviors among persons with schizophrenia in community.

Keyword: The new normal self and family management program, Relapse prevention behavior, Persons with schizophrenia in community.



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม¹ และเป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่พบบ่อย สอดคล้องกับรายงานกรมสุขภาพจิตประจำปี 2563 ที่พบบุคคลที่เป็นจิตเภททั่วประเทศจำนวน 37,069 คน จากบุคคลที่มารับบริการด้านจิตเวชจำนวน 146,233 คน คิดเป็นร้อยละ 25.35 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่น ๆ² ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะถูกจำหน่ายออกเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน¹ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเพื่อลดและป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำ แต่ในปัจจุบันพบว่าจำนวนบุคคลที่เป็นจิตเภทมีการป่วยซ้ำจนต้องมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยการป่วยซ้ำเป็นการที่บุคคลมีอาการกำเริบ ขาดการรักษาและมีการปรับยาภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล³ และเมื่อมีการป่วยซ้ำจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เป็นจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการสื่อสาร⁴ ผลกระทบต่อผู้ดูแล ได้แก่ เกิดความเครียด สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵ และผลกระทบต่อชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวบุคคลที่เป็นจิตเภท⁶ จึงมีความจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องเพื่อลดการป่วยซ้ำและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Relapse prevention behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลที่เป็นจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้การเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบจนเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำอีก โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแล สำหรับปัจจัยด้านบุคคล พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการจัดการตนเองลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) ไม่สามารถรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ 2) ขาดความสามารถในการจัดการตนเอง ระบอบการหรือความผิดปกติของตนเอง รวมถึงสัญญาณเริ่มต้นของการป่วยซ้ำไม่ได้ 3) ขาดความสามารถในการควบคุมกำกับการใช้ยาของตนเอง และ 4) ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือ⁸ สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นจิตเภทมากที่สุด แต่มีบุคคลที่เป็นจิตเภทน้อยกว่าร้อยละ 7 ที่ได้รับการจัดการโดยผู้ดูแล ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self- and family management) ของ Grey et al.¹⁰ สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดทักษะที่ถูกต้องในการจัดการตนเองและนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ การป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดนี้ กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว โดยมุ่งเน้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว โดยจากการศึกษาของ ญณัช บัวศรี และคณะ¹¹ ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา อาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ



ในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับโรคจิตเภท นอกจากนี้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องมีการปรับระบบบริการเป็นวิถีใหม่โดยเว้นระยะการนัดติดตามอาการผู้ป่วยมากขึ้น และบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนนับเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำย่อมมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจากสถิติดิจิทัลของประเทศไทย¹² พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้ Facebook ถึง 47 ล้านคน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถจัดการกับการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ John et al.¹³ พบว่าการใช้ Facebook ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ที่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงได้

ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างเหมาะสม แต่ในปัจจุบันยังไม่พบการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคเรื้อรังผ่านทางออนไลน์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่จากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมผ่านช่องทางกลุ่ม Facebook ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพนัดหมายทำกิจกรรม และมอบหมายหน้าที่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการแสดงออกทาง

อารมณ์อย่างเหมาะสมและสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนไม่เกิดการป่วยซ้ำและสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำมิติด้านกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองและ



ครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ มาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่เป็นกระบวนการที่มุ่งจัดการกับปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ซึ่งเนื้อหาภายใต้กระบวนการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้
ขั้นที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วย (Focus on illness need)

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง

- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแล และพยาบาล
- ประเมินความต้องการด้านพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ขั้นที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)

ครั้งที่ 2 กิจกรรมประสบการณ์สู่ความรู้

- ประเมินและให้ความรู้ ความเชื่อและตั้งเป้าหมายต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย

- การให้ความรู้และแจกคู่มือในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมเตือนใจเรา

- ส่งเสริมทักษะการจัดการอาการเตือน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมรักษายา

- ส่งเสริมทักษะใช้ยาที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา

- ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)

ครั้งที่ 7 กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต

พฤติกรรม
ป้องกัน
การป่วยซ้ำของ
บุคคล
ที่เป็นจิตเภท
ในชุมชนตาม
แนวคิดของ
Meijel
et al.⁷

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ² กลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภท และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เสร้า และสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมน้อยระหว่างการรักษา 2) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด 3) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 4) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มี Smart Phone/คอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้และมีบัญชี Facebook 5) เป็นผู้ดูแลที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทมากกว่า 6 เดือน 6) เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือกฎหมายกับบุคคลที่เป็นจิตเภท เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ 80%¹⁴ ค่าขนาดอิทธิพล 0.88 อ้างอิงจากงานวิจัยของ ญณัช บัวศรี และคณะ¹¹ เนื่องจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้ขนาดที่น้อยเกินไปส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อการอนุมานไปถึงประชากรทั่วไปได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้งานวิจัยของ ญณัช บัวศรี และคณะ¹¹ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 ครอบครัว และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 2015 ดังนั้นจะมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 ครอบครัว โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 21 ครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลต่อผลการวิจัย ได้แก่ อายุและระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยได้นำมิติในด้านกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ พัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ผ่านการพบปะกันร่วมกับ Facebook (Closed Group) ทั้งหมด 8 กิจกรรม รวมทั้งมีคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำในส่วนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีข้อความจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด และส่วนของผู้ดูแลมีข้อความจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทตามแนวคิดของ Meijel et al.⁷ พัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์¹⁶ และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้องตามแนวคิดของ Meijel et al.⁷ และเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วน 5 อันดับ มีข้อความจำนวน 14 ข้อ ใช้ประเมินก่อนและหลังการทดลอง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด (1 คะแนน) - ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด (5 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .87

3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งหมด

18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ คะแนนอยู่ในระดับน้อย คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

4) เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ และเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .81

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ และเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .81 ซึ่งเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลต้องมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (31-45 คะแนน) จึงจะถือว่า ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะกำกับการทดลองทันทีเมื่อสิ้นสุด



กิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6 หากไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับทดลองผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลจะร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามากกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับอนุมัติเลขที่โครงการวิจัย 0769/65 วันที่รับรอง 16 กุมภาพันธ์ 2566 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยดำเนินการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่เดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2566 ชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาความลับ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการสมัครใจหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ หากประสงค์จะออกจากการวิจัยสามารถแจ้งผู้วิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และหากกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) **ขั้นเตรียมการทดลอง** โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองและครอบครัว พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับทางคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบ

เวชระเบียนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย และเข้าพบในวันที่มาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2) ขั้นตอนการทดลอง

2.1) กลุ่มควบคุม

2.1.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง

2.1.2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจตามที่แพทย์นัดหมาย โดยการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการติดตามอาการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้ข้อคำถามดังนี้ "ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นอย่างไรบ้างคะ" การสอบถามความรู้สึกผู้ดูแล โดยใช้ข้อคำถามดังนี้ "ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกนึกคิดเป็นอย่างไรบ้างคะ" การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง เช่น การจัดการอารมณ์และความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อลดสิ่งกระตุ้น รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพบุคคล

2.1.3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง

2.2) กลุ่มทดลอง

2.2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมิน



พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง

2.2.2) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์
สรุปรสร้างผ่านรูปแบบ Face to face ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ วัน เวลา และสถานที่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความต้องการเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมจาก
ประสบการณ์สู่เป้าหมายผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การทบทวนปัญหาการป่วยซ้ำ การวิเคราะห์สาเหตุ การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมจากความรู้สู่
เป้าหมายผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนของบุคคลที่เป็นจิตเภทให้แก่ผู้ดูแล และมีความรู้การจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำประกอบกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเตือนใจเราผ่าน
รูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้และจัดการอาการเตือน พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกัน และมีการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการเตือนและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมรักษายาผ่าน
รูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตหลักการใชยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติร่วมกัน และมีมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมียาของตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสุขใจคลาย
ปัญหาผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกัน และมีการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดปัญหาและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจผ่านรูปแบบ Face to face ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง

3) ขั้นตอนการทดลอง

3.1) การกำกับการทดลองในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6



3.2) การกำกับการทดลองในผู้ดูแล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6

4) ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลเป็นจิตเภทก่อนทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 7 และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
- 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ

ทดสอบที (Independent t-test) และ 4) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งหมด 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 30.6) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 78.5) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.8) มีอาชีพว่างงาน (ร้อยละ 59.5) มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 47.6) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 11-20 ปี (ร้อยละ 38.1) และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 92.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 73.8) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 30.9) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 50.0) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.6) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 30.9) มีสัมพันธภาพเป็นพี่/น้อง (ร้อยละ 45.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 90.5) มีระยะเวลาที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 11-20 ปี (ร้อยละ 38.1) และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพี่/น้องของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (ร้อยละ 45.2)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.67$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.42$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.181$) แต่หลังจากการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.380$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ	M	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 21)						
ก่อนการทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	20	12.67	<0.001*
หลังการทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด			
กลุ่มควบคุม (n = 21)						
ก่อนการทดลอง	48.5	3.71	ปานกลาง	20	1.42	0.171
หลังการทดลอง	49.0	3.83	มาก			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ	M	SD.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	40	-0.181	0.857
กลุ่มควบคุม	48.5	3.71	ปานกลาง	40		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด	40	9.380	<0.001*
กลุ่มควบคุม	49.0	3.83	มาก	40		

* $p < 0.05$



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมป้องกัน							
การป่วยซ้ำของบุคคล ที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้ง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	(n=21)		(n=21)				
3 ด้าน	Mean	SD	Mean	SD			
1. ด้านการรับรู้อาการเตือน	15.4	1.86	21.4	3.59	7.40	20	<0.001*
2. ด้านการดูแลตนเองด้าน การเตรียมเผชิญปัญหา	13.7	2.18	17.9	2.37	8.14	20	<0.001*
3. ด้านการใช้ยาอย่างถูกต้อง	19.1	2.85	24.1	0.79	7.86	20	<0.00*
รวม	48.2	4.75	63.2	5.81	12.67	20	<0.001*

*p < 0.05

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนด้านการรับรู้อาการเตือนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.40$) ซึ่งเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการจัดการตนเองของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ พบว่า ช่วยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

และครอบครัวตามวิถีใหม่ และเกิดความตระหนักถึงสาเหตุและผลกระทบของการป่วยซ้ำที่มาจากตนเองและผู้ดูแล และนำไปสู่ความต้องการที่จะจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Focus on illness need) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง และจากการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources) โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการอารมณ์และการสื่อสารอย่างเหมาะสมแก่ผู้ดูแลผ่าน Facebook เพื่อเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชุมชน โดยมีการใช้ชีวิตกับสถานะการเจ็บป่วย (Living with the condition) และผสมผสานความรู้และทักษะให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละครอบครัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย¹⁷ พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้



บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดความเข้าใจในความเจ็บป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และผลจากการใช้ Facebook ในการสื่อสารและติดตาม พบว่าช่วยสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดความตระหนักและใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cullen et al.¹⁸ พบว่าการใช้เทคโนโลยีเข้ามาให้ความรู้และทักษะในการรับประทานยา การระบุนาฬิกาการเตือน และการจัดการความเครียด ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดความสามารถในการจัดการตนเองและรับมือกับสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ทั้งนี้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย ที่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นพื้นฐานเดิม ทั้งนี้ผู้วิจัยมีหน้าที่เพิ่มเติมความรู้และทักษะของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในส่วนที่ขาดหายไปให้สมบูรณ์และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีความแตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติ โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหารายบุคคล ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นพื้นฐานเดิมแต่ยังไม่มี การส่งเสริมการนำความรู้และทักษะเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำไปผสมผสานในการดำเนินชีวิตในชุมชน และยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการป่วยซ้ำซึ่งผลจากการให้โปรแกรมการจัดการตนเองและ

ครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มทดลอง พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยยึดหลักการใช้กระบวนการจัดการตนเองที่เน้นตามความต้องการต่อความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้วยการให้ความรู้และทักษะเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำผ่าน Facebook จนก่อให้เกิดความสามารถในการจัดการตนเองร่วมกับผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ทั้งนี้ยังมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่บุคคลที่เป็นจิตเภทจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถผสมผสานความรู้ที่มีอยู่ให้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จึงต้องมีการร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไข ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้รับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงและเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่หลังการให้โปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 3) ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปประยุกต์ใช้ในบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลทางจิตเวชอื่น ๆ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ให้การ
สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. Lotrakul M, Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi. 3rd ed. Bangkok: Swicham; 2012. [In Thai].
2. Department of mental health data center. Report of patients receiving psychiatric services budget year 2020 [Internet]. Nonthaburi: Department of mental health; 2019 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/> [In Thai].
3. Lader M. What is relapse in schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol. 1995;9(5):5-9.
4. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: situation and prevention approaches. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016; 28(3):1-15. [In Thai].
5. Khalil SA, Elbatrawy AN, Saleh NM, Mahmoud DAM. The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. Int J Soc Psychiatry 2022;68(3):619-27.
6. Almond S, Knapp M, Clement F, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes, and quality of life. BJPsych Int. 2004;184(Apr):346 - 51.
7. Meijel VB, Gagg VD M, Kahn SR, Grypdonck FHM. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2003;17(3):117-125.
8. Eisner E, Barrowclough C, Lobban F, Richad D. Qualitative investigation of targets for and barriers to interventions to prevent psychosis relapse. BMC Psychiatry 2014;201(14):1-14.
9. Dixon L, McFarlane W, Hornby H, McNary S. Dissemination of family psychoeducation: The importance of consensus building. Schizophr Res 1999;36(1):339.
10. Grey M, Schulman-Green D, Knalf K, Reynolds NR. A revised Self-and Family Management Framework. Nurs Outlook 2015;63(2):162-170.
11. Buasri Y. Effects of self-and family management program on dietary behavior and blood sugar level among persons with type 2 diabetes. [master thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. 89p. [In Thai].
12. Digital Thailand [Internet]. [place unknown]: Hootsuite; 2020. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://library.coj.go.th/th/media/53795/media-53795.html>. [In Thai].
13. John AN, Kelly AA, Lisa AM, Gregory JM, Stephen JB. Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: an Exploratory Study. Psychiatr Q 2018;89 (1):81-94.
14. Gray, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. Burns & Grove's The practice of nursing



- research. 8th ed. China: Elsevier Saunders; 2015. 736p.
15. Polit, D.F. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. London: Pearson Education; 2010. 440p.
16. Piboonarluk W. Effect of health promotion program on relapse prevention behavior in schizophrenic patients. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2010;4(1):1-9. [In Thai].
17. Phoim W, Lueboonthavatchai O. Effects of Psychoeducation on Relapse Preventive Behaviors in Schizophrenic Patients in Community. *The journal of psychiatric nursing and mental health*. 2012;26(1): 50-61. [In Thai].
18. Cullen BA, Rodriguez K, Eaton WW, Mojtabai R, Von Mach T, Ybarra ML. Clinical outcomes from the texting for relapse prevention (T4RP) in schizophrenia and schizoaffective disorder study. *Psychiatry Res*. 2020;292:1-5.