



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

Vol 33 No.2 May-August 2021

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ

ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

**is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.**

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร. 02-218-1130

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

ที่ปรึกษา (Advisory board)

รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Assoc. Prof. Dr. Waraporn Chaiyawat)

บรรณาธิการ (Editor in Chief)

ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (Assist. Prof. Dr. Surasak Treenai)

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศ.ดร.ประพนธ์ โอธกานนท์ (Prof. Dr. Pranom Othaganont)

รศ.ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ (Assoc. Prof. Dr. Noppawan Piaseu)

รศ.ดร.มาริสสา ไกรฤกษ์ (Assoc. Prof. Dr. Marisa Krairiksh)

รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ (Assoc. Prof. Dr. Saovakon Virasiri)

ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakan Kanjanawetang)

ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถารส (Assist. Prof. Dr. Tassanee Attharos)

ผศ.ดร.วารินทร์ ฐาน้อย (Assist. Prof. Dr. Wareerat Thanoi)

Dr. Virya Koy

ผศ.ดร.สุนทรวดี เขียวพิเชษฐ

(Assist. Prof. Dr. Suntharawadee Theinpichet)

ผศ.ดร.สุจิตรา อูร์ตันมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)

รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ (Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)

รศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Assoc. Prof. Dr. Penpaktr Uthis)

ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Assist. Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit)

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันท์ไทยวิกุล

(Assist. Prof. Pol. Sub. Li. Dr. Pachanat Nanthaitaweekul)

ผศ.ดร.ประพนธ์ รอดคำดี (Assist. Prof. Dr. Branom Rodcumdee)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharenn)

ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน (Assist. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. รามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Deputy Director of Department of Hospital

Service, Chief Nursing Officer / Nursins Focal

Person in Cambodia for WHO-WPRO

สภาการพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้จัดการ (Manager)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharenn)

กองจัดการ

นายธีระพงศ์ ยุพากิ่ง (Mr. Theerapong Yupaking)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวาทกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ราคาจำหน่ายเล่มละ 300 บาท

Price: 300 Baht.

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

สารบัญ

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมาน
จากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

พิมพ์พญารณ ทรัพย์มีชัย

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์

ภัทรวิทย์ รักสกุล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม
ในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นสภาพ
สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

พัทธินันท์ สันตยากร

ธีรณัฐ ห่านิรติชัย

เรวัฒน์ น้อยพิทักษ์

ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์

ผลของการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

พัชรธิดา พินรัตน์

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วฤณดา อธิคณาพร

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

หน้า Contents

page

1 The Prediction of Personal Status, Symptom
Distress, and Symptom Management
Behaviors Affecting the Quality of Life of
Brain Tumor Patients

Pimpayaporn Sapmeechai

Sunthara Liangchawengwong

Pataravith Ruckol

13 The Effects of a Family Participation Program
Regarding Sensory Stimulation on the Brain
Recovery among Patients with Severe
Traumatic Brain Injury

Pattanin Santayakorn

Teeranut Hamirattisai

Raywat Noiphiythak

Siriluck Kaewsriwong

26 The Effect of Social Support Group on
Functioning of Patients with Bipolar Disorder

Patcharatida Pinrat

Pennapa Dangdomyouth

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

Warinda Athikanaporn

Pennapa Dangdomyouth

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรม
ครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ของผู้ติดแอลกอฮอล์

สิรินันท์ หวังมุขกลาง

เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สุนิศา สุขตระกูล

หน้า Contents

page

- 51 The Effects of Behavioral Family Counseling
Program on Alcohol Consumption in Persons
with Alcohol Dependence

Sirinan Wangmukklang

Penpaktr Uthis

Sunisa Suktrakul

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เล่มนี้ เป็นวารสารในรูปแบบ online ที่จะเผยแพร่ผ่านระบบวารสาร online โดยสามารถเข้าถึงเนื้อหาของวารสารฯ ได้ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

เนื้อหาของวารสารฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งมาจากผู้แต่งบทความที่หลากหลาย และเป็นบทความวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล และการวิจัย ขอขอบคุณผู้แต่งบทความทุกท่าน ที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสาร และส่งบทความเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย
บรรณาธิการ



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

พิมพญามารณ์ ทรัพย์มีชัย* สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์** และ ภัทรวิทย์ รักษ์กุล***
คณะพยาบาลศาสตร์ ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย ได้แก่ สภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 143 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลสภาวะส่วนบุคคล 2) ความทุกข์ทรมานจากอาการ 3) พฤติกรรมการจัดการอาการ และ 4) คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์และหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการจัดการอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ ตำแหน่งเนื้องอกสมองที่ Frontal lobe ตำแหน่งเนื้องอกสมองที่ Temporal lobe

สรุป: ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล/ ความทุกข์ทรมานจากอาการ/ พฤติกรรมการจัดการอาการ/คุณภาพชีวิต/ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
E-mail: isuntrara@sut.ac.th.

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Prediction of Personal Status, Symptom Distress, and Symptom Management Behaviors Affecting the Quality of Life of Brain Tumor Patients

Pimpayaporn Sapmeechai* Sunthara Liangchawengwong** and Pataravith Ruckol***

Abstract

Purpose: The study of the relationships and the predictive power between personal status, symptom distresses, and symptom management behaviors affecting on quality of brain tumor patients' life.

Design: Predictive research

Methods: The sample of this study was 143 brain tumor patients who followed up at the outpatient department in two hospitals. The purposive sampling was used to select participants. The research instruments included: 1) Personal status scale, 2) the severity of symptoms and frequency of symptoms perceptions scale, 3) the symptom management behaviors scale, and 4) the quality of brain tumor patients' life questionnaire. The descriptive statistic was used to analyze the data using the chi-square test, Pearson's correlation coefficient, stepwise multiple regression analysis.

Findings: The overall quality of life was good level the mean of symptom distress was medium level, the mean of management behavior of symptom was low level, The result of predictive factor analysis in the quality of life by regression analysis showed that the severity of symptom distresses was the predictive factors on the quality of life of brain tumor patients was significant at the level of .05 ($p < .05$) as follows: symptom distress, symptom management behavior, location of a brain tumor at frontal lobe, location of a brain tumor at temporal lobe

Conclusion: The result of this study could be the basis data for planning to promote symptom management behaviors of brain tumor patients in order to relieve suffering and promote quality of life continuously.

Keywords: Personal factors/ Symptom distresses/ Symptom management behaviors/ Quality of life/ Brain tumor

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

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University. Major-Advisor.

E-mail: isuntrara@sut.ac.th.

*** Associate Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University. Co-Advisor.



บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด แต่อัตราการตายสูงถึงร้อยละ 60¹ โดยโรคเนื้องอกสมอง เป็น 1 ใน 5 ของโรคทางระบบประสาทศาสตร์ที่พบมากที่สุด² จากสถิติเนื้องอกสมองของประชากรโลกพบว่า มีอุบัติการณ์ประมาณ 10.82 ต่อ 100,000 ประชากร ต่อปี³ จำนวนผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิของประชากรไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงใหม่ ได้แก่ การได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สารเคมี และสารก่อมะเร็ง เพิ่มมากขึ้น⁴ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง บางคนไม่ยอมามีชีวิตอยู่ อัตราการฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป⁵ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน กับอาการของเนื้องอกสมองและอาการทางระบบประสาท ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การรักษา โรคและภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ไม่ได้ มุ่งเน้นการเผชิญกับความทุกข์ของผู้ป่วย ส่งผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง คุณภาพชีวิต ถือเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ Wilson และ Cleary⁶ ได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิต เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ ของตัวแปรทางคลินิกที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁷ สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองนับตั้งแต่ช่วง หลังได้รับการวินิจฉัยยังไม่ชัดเจน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ แร่งสนับสนุนทางสังคม⁸ การทำงานทางชีววิทยา พยาธิสภาพ ได้แก่ การวินิจฉัย ชนิดของเนื้องอก ตำแหน่งของก้อนเนื้องอก ระยะเวลา ที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค มีผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตโดยเฉพาะอาการของโรคในกลุ่มที่เกิดจากความดัน ในสมองสูง (Increase intra cranial pressure: IICP) จากก้อนเนื้องอกขยายโตเร็ว และจากการแทรกซึมของ เนื้องอกกดเบียดเนื้อสมอง

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความทุกข์ทรมานจาก พยาธิสภาพและอาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยง

ไม่ได้ จากการศึกษาของ Dodd และคณะ⁹ จากแนวคิด การจัดการอาการ มีโมเดลหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ประสพการณ์อาการ การรับรู้อาการ 2) การประเมิน อาการ และ 3) การตอบสนองต่ออาการ เป็นกระบวนการ แบบพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองเฉพาะบุคคล และผลลัพธ์ (Outcomes) ในที่นี้คือ คุณภาพชีวิต จากการศึกษา ในประเทศไทยพบว่า อาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ในช่วงเวลาระหว่างการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาด้วย การฉายรังสี ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความรู้สึกสะอึกสะลือ นอนไม่หลับ อาการหลงลืม และการเปลี่ยนแปลงของ ภาพลักษณ์¹⁰ แต่ไม่พบการศึกษาพฤติกรรมจัดการ อาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนาย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค เนื้องอกสมอง จึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่สามารถ นำไปพัฒนาแนวทางในการจัดการ หรือหาแนวทางพัฒนา คุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองและครอบครัวได้ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา ในประเทศไทย ผู้วิจัยพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพ ชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมียังมีน้อย และยังไม่ ครอบคลุมกับกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะยังไม่มี การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการอาการที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ผลการวิจัยที่ได้ น่าจะเป็นประโยชน์ทำให้ทราบความสัมพันธ์และอำนาจ การทำนายของตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย เนื้องอกสมอง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการ พยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะ ส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรม การจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอก สมอง



2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรม การจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

คำถามการวิจัย

1. ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอยู่ระดับสูงหรือไม่
2. พฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมองเป็นอย่างไร
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอยู่ในระดับใด
4. สภาวะส่วนบุคคล ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมจัดการอาการ มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีผู้ดูแล การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยเนื้องอกสมอง และการรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
3. พฤติกรรมการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำเกินไป อาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และความรู้สึกตัวลดลงของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเนื้องอกในสมองแบบปฐมภูมิ ที่ทำการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองแบบปฐมภูมิ ที่ทำการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จาก 2 โรงพยาบาล จำนวน 143 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองปฐมภูมิ
2. สามารถสื่อสารโดยการพูด เขียน หรือสื่อสารผ่านผู้ดูแลได้เข้าใจ
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีภาวะของโรครุนแรงหรือเป็นเนื้องอกสมองระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
2. มีอาการกำเริบรุนแรง เหนื่อยหอบขณะสัมภาษณ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power analysis โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ (Large) $R^2 = 0.13$ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 130 ราย เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 143 ราย



เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนการนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสภาวะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Personal status scale) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic data) ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีผู้ดูแล และ 2) ภาวะสุขภาพ (Health status) ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษา เป็นต้น การประเมินสภาวะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และเป็นแบบตอบคำถามเชิงคุณภาพสั้น ๆ ข้อมูลได้จากการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งบันทึกจากแฟ้มเวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress scale: SDS) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ของ Asanok และคณะ⁸ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัด M.D. Anderson Symptom Inventory ของ Cleeland และคณะ¹⁰ จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ 0.80 ผู้วิจัยแบ่งแบบวัดเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and severity scale) และส่วนที่ 2) สอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to symptom distress scale)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and severity scale) จาก 5 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลง

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินคะแนน (Rating scale) 0-10 ระดับตั้งแต่คะแนน 0 หมายถึง ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการไม่มีเลยหรือน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 10 หมายถึงคะแนนความถี่ของการเกิดอาการมากที่สุด ช่วงคะแนน 0-130 คะแนน และนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดหารจำนวนข้อหาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) แบ่งเกณฑ์การประเมินความถี่และระดับความรุนแรงทั้งรายด้านและโดยรวม¹¹

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to symptom distress scale) จาก 5 อาการ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินคะแนน 10 ระดับคือคะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือมีความทุกข์ทรมานกับอาการน้อยที่สุด คะแนน 10 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการมากที่สุด ให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานและเลือกระดับคะแนน จากนั้นนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยของทั้งหมด และแบ่งเกณฑ์การประเมินทั้งรายด้านและโดยรวม นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.93

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ (Symptom management behaviors scale: SMB) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมจัดการอาการ 5 ด้านคือ 1) การจัดการอาการอ่อนแรง 10 ข้อ 2) การจัดการอาการปวดศีรษะ 10 ข้อ 3) การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน 9 ข้อ 4) การจัดการอาการชัก 10 ข้อ และ 5) การจัดการอาการความรู้สึกตัวลดลง 7 ข้อ รวมแบบวัดทั้งหมดมีจำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนนคะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมจัดการอาการข้อนั้นตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยน้อยที่สุดหรือไม่ตรงเลย



คะแนน 4 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการอาการชื่อนั้น ตรงกับการปฏิบัติของผู้ป่วยมากที่สุดหรือกระทำบ่อยที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งชุด คะแนนที่เป็นไปได้ (Possible score) 0-184 คะแนน นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Health-related quality of life for brain tumor: HRQOL-BT) ผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Functional assessment of cancer therapy-brain: FACT-BR) ที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ¹² ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Chiannikulchai และคณะ¹¹ ตรวจสอบ ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคได้ 0.7-0.94 ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย มีข้อคำถาม 7 ข้อ 2) ด้านสังคมและครอบครัว มีข้อคำถาม 7 ข้อ 3) ด้านจิตใจและอารมณ์ มีข้อคำถาม 6 ข้อ 4) ด้าน การทำหน้าที่ มีข้อคำถาม 7 ข้อ และ 5) ด้านอาการ ที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน 0-192 คะแนน นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จำนวน 100 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 รหัสโครงการ 161/2560 ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ 61025(034/2561) ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันประสาท วิทยา รหัสโครงการ 61052 (057/2561) และผู้วิจัย พินิจพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์รูปแบบ

และประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรักษาความลับและ นำเสนอในภาพรวม และการลงนามในหนังสือให้ความ ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา พร้อมแนบโครงร่าง วิจัยฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปยัง ติกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการ วิจัยพร้อมทั้งตอบคำถามต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนครบถ้วน

3) หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินดีต้อนรับ เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือ แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยก่อนลงนาม ผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโครงการจะได้อ่านทำความเข้าใจข้อมูลสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการ และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย และแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

4) หลังจากผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ขณะรอพบแพทย์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

5) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่ง ประกอบด้วย แบบสอบถามสภาวะบุคคล แบบสอบถาม ความทุกข์ทรมานจากอาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการ จัดการอาการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลไป วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical package for the social science (SPSS) for Windows โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูล ด้านปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคลในการร่วมทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษาโรคเนื้องอกสมอง) ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ โดยการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Hierarchical regression)

3) วิเคราะห์ข้อสมมุติ (Assumptions) สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว ได้แก่ รูปแบบการกระจายของข้อมูล (Normal distributions) ความอิสระ (Independence) ความเหมือนกันในด้านการผันแปร (Homoscedasticity of variance) ความสัมพันธ์สูงของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าปลายของข้อมูล (Outliers) และเลือกใช้สถิติอย่างเหมาะสม

4) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ ทดสอบด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

5) วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 143 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.2 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ก่อนป่วยมีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างมากที่สุด และไม่ได้ทำงานหลังเจ็บป่วย รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองแบบ Meningioma ร้อยละ 82.2 อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 79 และส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกที่ตำแหน่ง Frontal lobe และตำแหน่ง Temporal lobe ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย 1-6 เดือนมากที่สุด การรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัดและเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแล

2. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมเพียงร้อยละ 33.6 ซึ่งในโรคที่พบร่วมมีโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง มีผลต่อระดับความดันในกะโหลกศีรษะ ในการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง การผ่าตัดเนื้องอกในสมองต้องรักษาระดับความดันในกะโหลกศีรษะให้คงที่ และป้องกันภาวะสมองบวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้

3. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความรุนแรงและค่าเฉลี่ยของอาการอ่อนแรงร้อยละ 26.5 และอาการปวดศีรษะร้อยละ 23 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 67.50 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอ่อนแรง ร้อยละ 62.75 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 60.5

4. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีพฤติกรรมการจัดการอาการอ่อนแรงอยู่ในระดับน้อย อาการปวดศีรษะอยู่ในระดับน้อย อาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ในระดับน้อย อาการชักอยู่ในระดับน้อยที่สุด และอาการความรู้สึกตัวลดลงอยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ตัวแปร	Mean (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
พฤติกรรมการจัดการอาการ			
อาการอ่อนแรง	1.67 (0.95)	41.75	น้อย
อาการปวดศีรษะ	2.01 (0.74)	50.25	น้อย
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1.47 (0.93)	36.7	น้อย
อาการชัก	0.70 (0.99)	17.50	น้อยที่สุด
อาการรู้สึกตัวลดลง	0.49 (0.95)	12.25	น้อยที่สุด
พฤติกรรมการจัดการอาการโดยรวม	1.32 (0.68)	33.00	น้อย

5. ปัจจัยทำนายของสภาวะส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งของเนื้องอกในสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคเนื้องอกสมอง การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ตัวแปรที่สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ร้อยละ 51.4

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรม การจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากปัจจุบันนี้การหารายได้เป็นหน้าที่ของทั้งสามี

และภรรยา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองร้อยละ 74.8 เป็นเพศหญิงจึงมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว แต่ในการปรับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม พบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอต่อการครองชีพ ร้อยละ 82.5 ส่วนข้อมูลด้านเพศพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพพบว่า ระยะเวลาที่พบเป็นเนื้องอกสมอง และตำแหน่งของเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมองพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการ และพฤติกรรม
การจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (n = 143)

ตัวแปร	Value	Df	p
สถานะส่วนบุคคล			
เพศ	0.002	1	0.961 ^a
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.434	1	0.041 ^a
ผู้ดูแล	1.208	1	0.455 ^a
การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง	0.036	1	0.849 ^a
ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง	4.424	1	0.035 ^a
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคที่เป็นเนื้องอกสมอง	0.624	1	0.036 ^a
การรักษาโรคเนื้องอก	0.532	1	0.029 ^a
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	0.780	-	0.000 ^b
พฤติกรรมจัดการอาการ	-0.663	-	0.000 ^b

ศึกษาอำนาจการทำนายของสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีตัวแปรที่มีอิทธิพลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ

มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ($\beta = -0.395$, $p < .01$) รองลงมาคือ พฤติกรรมจัดการอาการ ($\beta = -0.165$, $p < .01$) ตำแหน่งเนื้องอกสมองที่ Frontal lobe ($\beta = -0.187$, $p < .05$) และตำแหน่งเนื้องอกสมองที่ Temporal lobe ($\beta = -0.118$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ตัวแปร	β	Std. Error	Beta	t	P
ค่าคงที่	2.881	0.074		38.709	0.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-0.395	0.091	-0.402	-4.316	0.000
พฤติกรรมจัดการอาการ	-0.165	0.048	-0.316	-3.404	0.001
ตำแหน่งที่ Frontal lobe	-0.187	0.051	-0.261	-3.698	0.000
ตำแหน่งที่ Temporal lobe	-0.118	0.051	-0.161	-2.291	0.023

$R = 0.733$, $R^2 = 0.537$, Adjust $R^2 = 0.524$, D.W = 1.928



อภิปรายผล

จากผลการศึกษานำมาใช้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยและระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง การศึกษาครั้งนี้ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการเกิดอาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.5 พบอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 67.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong และคณะ¹³ ที่พบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 52 บ่งชี้ว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด พฤติกรรมการจัดการกับอาการปวดศีรษะระดับปานกลางที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ เช่น การรับประทานยาแก้ปวด Acetaminophen (Tylenol) เมื่อปวดเพิ่มขึ้นอาจเพิ่มการให้ยาแก้ปวด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการอาการโดยรวมในระดับน้อย ร้อยละ 33

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับมาก แต่มีความถี่ของอาการโดยรวมในระดับน้อยที่สุด ทำให้คุณภาพชีวิตดีทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองสามารถทำกิจกรรมตามปกติได้ ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองน่าจะมีสาเหตุหลักจากการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกสมอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Phimsarn และ Jitpanya¹⁴ และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง การรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว ร้อยละ 77.3 และมีปัญหาด้านสุขภาพหลังการผ่าตัด ร้อยละ 70.4 ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับกลาง

3. การทำนายของสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้จากการรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความพอใจในการรักษาถึงจะมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ถ้ามีการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยเนื้องอกสมอง การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองคือ การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ร้อยละ 51.4 ทั้งนี้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีพฤติกรรมการจัดการอาการในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ จึงส่งผลต่อความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ไม่ใช่ชนิดปฐมภูมิ เช่น ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดทุติยภูมิ เนื่องจากมีความแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่พบผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะที่ 3 และ 4 เนื่องจากเก็บข้อมูลเฉพาะในหน่วยงานผู้ป่วยนอก



ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำผลการวิจัยไปสร้างเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรม เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการอาการทุกข์ทรมานของโรคเนื้องอกสมองได้ เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากอาการของโรค

2) ควรมีการศึกษาความทุกข์ทรมานจากอาการตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละระยะ และสามารถนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย

3) ควรศึกษาการจัดการอาการในบริบทของผู้ดูแลให้ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อบรรเทาความทุกข์

ทรมานจากอาการให้ผู้ป่วย

4) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อการประเมินพฤติกรรมจัดการอาการและนำมาประเมินติดตามพฤติกรรมจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ในบทบาทของพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องการรับรู้ความรู้สึก ความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมจัดการอาการ อาจนำไปใช้ในการทำคู่มือสอนผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการรับรู้อาการทุกข์ทรมานและการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและครอบคลุมทุกระยะของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

References

1. Strong MJ, Garces J, Vera JC, Mathkour M, Emerson N, Ware ML. Brain tumors: epidemiology and current trends in treatment. J brain tumor neurooncol 2015; 1(1): 1-21.
2. Institute of Neurology. Guidelines for nursing patients with brain tumor surgery For general nurses. Bangkok: Thanaphan Co., Ltd; 2014.
3. American Cancer Society. Survival rates for selected adult brain and spinal cord tumors [Internet]. 2020 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8569.00.pdf>
4. Boonkerd A. Brain tumor [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <http://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFneuro/4.pdf>.
5. Niemelä A, Koivukangas J, Herva R, Hakko H, Räsänen P, Mainio A. Gender difference in quality of life among brain tumor survivors. JNN 2011; 2(4): 1-5. Doi:10.4172/2155 -9562.1000116.
6. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995; 273(1): 59-65.



7. Saban KL, Penckofer SM, Androwich I, Bryant FB. Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: a pilot study. *Health Qual* 2007; 5(1): 1-11. Doi:10.1186/1477-7525-5-71.
8. Asanok A, Jitpanya C, Kaoroptham S. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor after the operation. *Public Health Nurs* 2008; 22(2): 45-60.
9. Dodd MJ, Miasowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *JNCI Monographs* 2004; 32: 76-8. Doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh008
10. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, Chou C, Harle MT, Morrissey M, et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the MD Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89(7): 1634-46. Doi: 10.1002/1097-0142(20001001)89:7<1634::aid-cnrcr29>3.0.co;2-v.
11. Chiannilkulchai N, Thosingha O, Asdornwised U, Sarnvivad P, Viwatwongkasem C. Primary brain tumors in Thais: Symptom experience and predicting factors. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2016; 20(4): 275-92. (in Thai)
12. Weitzner MA, Meyers CA, Gelke CK, Byrne KS, Levin VA, Cella DF. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale. Development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. *Cancer* 1995; 75(5): 1151-61.
13. Armstrong TS, Cron SG, Bolanos EV, Gilbert MR, Kang DH. Risk factors for fatigue severity in primary brain tumor patients. *Cancer* 2010; 116(11): 2707-15.
14. Phimsarn P, Jitpanya C. Relationships among symptom cluster, method of coping and health related quality of life in brain tumor patients receiving brain surgery. *HCU Journal* 2016; 20(39): 57-68.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

พัทรินทร์ สันตยากร* ธีรณัฐ ห่านิรติชัย** เรวัณน์ น้อยพิทักษ์*** และ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์****

คณะพยาบาลศาสตร์ ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ Pai ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวของ Sosnowski และ Ustik กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวน 26 ราย โปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ญาติ และ 2) การฝึกทักษะและการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้น เป็นเวลา 14 วัน มีเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ 3) โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 4) คู่มือการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของญาติ 5) แบบประเมินพฤติกรรมตอบสนองและการรับรู้ แรนโซลอส อะมิกอส และ 6) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพสมองสมาร์ท ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: ภายหลังการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพสมองมากกว่าก่อนการกระตุ้น ($p < .01$)

ข้อสรุป: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม/ การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก/ การฟื้นฟูสภาพสมอง/ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: hamirat@gmail.com.

*** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



The Effects of a Family Participation Program Regarding Sensory Stimulation on the Brain Recovery among Patients with Severe Traumatic Brain Injury

Pattarin Santayakorn^{*} Teeranut Harnirattisai^{**} Raywat Noiphiythak^{***} and Siriluck Kaewsriwong^{****}

Abstract

Purpose: The study aimed at examining the effects of family participation in sensory stimulation programs on brain recovery among patients with severe traumatic brain injury.

Design: Quasi-experimental research, one group design.

Methods: This study used Schepp and Pai's family participation framework and Sosnowski and Ustik's theory as a framework. The sample consisted of 26 patients with severe traumatic brain injury in one hospital in the eastern part of Thailand. This program included providing information, practicing skills, and enhancing the family to participate in sensory stimulation for 14 days. The instruments were composed of 1) demographic questionnaire 2) Glasgow coma scale 3) the sensory stimulation promoting program 4) a caregiver manual for caring patients with severe traumatic brain injury, 5) Rancho Los Amigos Score and 6) SMART assessment form. All research instruments had content validity. The Cronbach's alpha coefficient of reliability for the questionnaire was .80. Data were analyzed by using descriptive statistics, repeated measures ANOVA and the Wilcoxon-Mann-Whitney test.

Finding: The experimental group had a significantly greater mean score of brain recovery on days 7 and 14 after receiving the program than before receiving the program ($p < .01$).

Keywords: A family participation program/ Sensory stimulation/ Brain recovery/ Severe traumatic brain injury



บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เกิดจากอุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในระยะยาว จากรายงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บพบว่า อวัยวะที่บาดเจ็บสูงสุดคือ ศีรษะ ร้อยละ 32.35¹ จากข้อมูลสถิติการใช้สิทธิ์ พ.ร.บ. ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2559 พบว่า อันดับ 1 ช่วงอายุ 16-25 ปี (ร้อยละ 32) อันดับ 2 ช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 22) อันดับ 3 ช่วงอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 17)² เห็นได้ว่าช่วงอายุที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้สูญเสียแรงงานและงบประมาณจำนวนมาก จากรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตของอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2551-2557 พบว่า จ.ชลบุรี มีอัตราการบาดเจ็บเป็นอันดับ 4 ของประเทศ จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลชลบุรีพบว่าในปี พ.ศ. 2559 ระยะเวลา 7 เดือน มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวน 1,222 ราย ระดับปานกลาง จำนวน 179 ราย และระดับรุนแรง จำนวน 177 ราย²

การบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงมีผลต่อการบาดเจ็บด้านร่างกาย ทำให้ความรู้สึกตัว ระบบประสาท และสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง³ สมอบวม เลือดออกในสมอง และความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่วนด้านรู้คิด (Cognitive function) เกิดความบกพร่องทางด้านรู้คิด (Cognitive impairment) ทำให้มีความบกพร่องเรื่องความทรงจำโดยเฉพาะความทรงจำระยะสั้น พฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อยในระยะพักฟื้น ได้แก่ พฤติกรรมถดถอยเฉื่อยชา อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิดหากไม่สามารถฟื้นสภาพสมองให้กลับเป็นปกติได้ จะทำให้เกิดการทุพพลภาพในระยะยาว⁴ ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การฟื้นสภาพสมองหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain recovery) มีความสำคัญมากในการพัฒนาการทำงานสมองที่ได้รับบาดเจ็บให้ฟื้นตัวเร็วขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีของการกระตุ้นประสาทรับรู้

ในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวของ Sosnowski และ Ustik⁵ อธิบายว่า การกระตุ้นประสาทรับรู้ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการมองเห็น ด้านการสัมผัสและการเคลื่อนไหว ด้านการได้ยิน ด้านการรับกลิ่น และด้านการรับรส ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพสมองได้เร็ว ร่างกายตื่นตัว มีการรับรู้หรือพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั่วไปมากขึ้น สมอบพัฒนาการทำงานดีขึ้นใกล้เคียงกับภาวะปกติได้มากขึ้น ทำให้ระยะเวลาของการไม่รู้สีกตัวสั้นลงและส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวคือพัฒนาการฟื้นฟูสภาพการรู้คิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกระตุ้นประสาทรับรู้ทั้ง 5 ด้าน ใช้เวลา 14 วัน และกระตุ้น 5 ครั้ง/วัน โดยประยุกต์กับกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน สามารถกระตุ้นประสาทรับรู้ได้ผลดี และพบว่าผู้ที่กระตุ้นประสาทรับรู้ทั้ง 5 ด้านในช่วง 14 วันแรกหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นผู้วิจัยหรือพยาบาล และส่วนน้อยให้ญาติมีส่วนร่วมด้วย แต่ไม่มีการศึกษาใดให้ญาติเป็นผู้กระตุ้นด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบให้ญาติเป็นผู้กระตุ้นประสาทรับรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากญาติเป็นผู้ที่ให้ความรักและผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด⁶ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยนำสิ่งกระตุ้นมาเทียบเคียงกับความจำในอดีตเกิดการเรียนรู้ที่จะตอบสนองได้ดีกว่าสิ่งกระตุ้นใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Moattari และคณะ⁷ พบว่า การกระตุ้นประสาทรับรู้ทั้ง 5 ด้านโดยญาติมีส่วนร่วมทำให้ระดับความรู้สึกตัว ระดับการรู้คิด และการฟื้นสภาพสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยใช้ระยะเวลาศึกษา 7 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างน้อย จึงอาจทำให้ประเมินการฟื้นสภาพสมองไม่ชัดเจน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาในการกระตุ้นประสาทรับรู้ทั้ง 5 ด้านตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป จะเห็นการเปลี่ยนแปลงการฟื้นสภาพสมองที่ชัดเจน อีกทั้งรูปแบบการกระตุ้นประสาทรับรู้ส่วนใหญ่ จะกำหนดวิธีการกระตุ้นคงเดิมตามช่วงเวลาที่กำหนดโดยไม่ได้ปรับตามพฤติกรรมตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งวิธีการกระตุ้นบางอย่างก็ไม่สามารถประเมินการรับรู้และพฤติกรรมตอบสนองที่แน่ชัดของผู้ป่วยได้



ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของญาติเป็นหลัก เปิดโอกาสให้ญาติเลือกวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่เหมาะสมกับพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วยด้วยตนเองโดยไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะวางแผนวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่ประยุกต์ให้เข้ากับกิจกรรมการพยาบาลประจำวันและระดับพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 14 วัน โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ Pai⁸ มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ชัดเจน โดยวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกส่วนใหญ่ นำมาประยุกต์ในกิจกรรมการพยาบาล จัดให้เหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน และเตรียมความพร้อมของญาติในการกระตุ้น ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมองและการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 2) แลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและจัดหาอุปกรณ์ 3) ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันและการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 4) ประเมินผลการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน และทักษะการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก เมื่อผ่านการประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินทักษะของญาติ ในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกจึงสามารถกระตุ้นผู้ป่วยด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ผู้วิจัยคาดหวังว่า โปรแกรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและฟื้นฟูสภาพสมองดีขึ้นกลับสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะก่อนการบาดเจ็บ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพทางร่างกายและผลกระทบจากการรับรู้ที่ผิดปกติในระยะยาว และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หาของ Sosnowski และ Ustik⁵ ในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ

Pai⁸ ซึ่งจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หาของ Sosnowski และ Ustik⁵ อธิบายว่า การทำให้สมองฟื้นฟูสภาพเร็ว ต้องใช้ความรู้ทางสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพสมองมาอธิบายแหล่งข้อมูลในการรับรู้ความรู้สึกด้านการสัมผัสและการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้ด้านการรับกลิ่น ด้านการได้ยิน และด้านการมองเห็นที่ไปกระตุ้นการเกิดโครงสร้างใหม่หรือการงอกใหม่ของเซลล์ประสาทส่วน Axon ที่บาดเจ็บ และกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาต่อเส้นใยประสาท บริเวณไม่ได้รับบาดเจ็บ⁹ ทำให้ฟื้นฟูสภาพสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บเร็วขึ้น ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ร่างกายตื่นตัว มีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ช่วยส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของสมองให้ทำหน้าที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับภาวะปกติ ระยะเวลาของการไม่รู้สึกรู้หาจึงน้อยลงและพัฒนาการฟื้นฟูสภาพสมองต่อเนื่องในระยะยาว และนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ Pai⁸ ในการจัดโปรแกรมให้สอดคล้องกับกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล ให้ญาติมีโอกาสให้ข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการรักษาและการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล ให้ญาติตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมและตัดสินใจเลือกวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกร่วมกับพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันร่วมกับพยาบาล 4) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล เน้นการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นโดยประยุกต์ให้เข้ากับกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน โปรแกรมจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 14 วัน มีการสังเกตและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่ถูกต้องและต่อเนื่อง และประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาการตอบสนองประสาทรับความรู้สึกในวันที่ 7 และ 14



โปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล

- พยาบาลผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมองและการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกกับญาติผู้ดูแล

- ญาติให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และสิ่งของเครื่องใช้ที่คุ้นเคยของผู้ป่วย

- ญาติแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อสงสัยกับพยาบาลผู้วิจัย

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล

- ญาติตัดสินใจเลือกวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่เหมาะสมกับระดับการตอบสนองเชิงพฤติกรรมการรับรู้ แรนโซลอส อะมิกอส ของผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ

- การสอนญาติและเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันร่วมกับพยาบาลผู้วิจัย และให้ญาติสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความถูกต้อง

4. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล

- พยาบาลผู้วิจัยประเมินระดับความรู้สึก

- การสอนและเปิดโอกาสให้ญาติฝึกปฏิบัติการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกภายในระยะเวลา 5 วันหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และให้ญาติสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความถูกต้อง

- พยาบาลผู้วิจัยให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่เหมาะสมกับระดับการตอบสนองเชิงพฤติกรรมการรับรู้ แรนโซลอส อะมิกอส ของผู้ป่วย โดยประยุกต์วิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสัมผัสและการเคลื่อนไหว ด้านการรับรส ด้านการรับกลิ่น ด้านการมองเห็น และด้านการได้ยิน ให้เข้ากับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน โดยกระตุ้นด้านละ 15-30 นาที/วัน และเว้นระยะห่างในการกระตุ้นอย่างน้อย 2 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง

- ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเป็นระยะเวลา 14 วันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ตั้งแต่ญาติเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมกับบันทึกการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยมีการบันทึกและสัมภาษณ์ขณะเข้าร่วมโปรแกรม

การฟื้นฟูสภาพของสมอง

1. ระดับความรู้สึกตัว
2. การตอบสนองด้านการรู้คิด



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการฟื้นสภาพสมอง ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นสภาพสมองภายหลังการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมากกว่าก่อนการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Effect size จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันจากผลของโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงของ Chaiwang และคณะ¹⁰ มาคำนวณโดยใช้สูตรของ Glass ได้ค่า 0.6 จากนั้นวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ G^* power ค่า Effect size 0.6 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บที่ศีรษะโดยได้รับอันตรายที่เนื้อสมองแบบเฉพาะที่และ/หรือแบบกระจายจากการบาดเจ็บในระดับรุนแรง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชลบุรีโดยการสุ่มแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow coma scale: GCS) อยู่ในช่วง 3-8 คะแนน 3) มีอาการคงที่

อย่างน้อย 24 ชั่วโมง 4) ไม่มีพยาธิสภาพที่ Brain stem 5) ไม่มีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 6) ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง/ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 7) ไม่มีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 ด้าน 8) ไม่มี Invasive monitoring 9) แพทย์เห็นชอบให้เข้าร่วมโปรแกรมได้ และ 10) มีญาติผู้ดูแลและยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีภาวะหยุดหายใจหรือขาดออกซิเจนนานกว่า 4 นาทีขึ้นไปหลังได้รับบาดเจ็บจากประวัติการเจ็บป่วย 2) มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และ 3) มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจนต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ญาติผู้ดูแล มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) บุคคลที่อาศัยอยู่ในที่พักเดียวกัน และมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือคู่สมรส หากไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือคู่สมรสต้องเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีความผูกพัน 3) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง ในการติดต่อสื่อสารสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) สามารถดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดให้ 5) ยินยอมหรือให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และ 6) กรณีญาติมากกว่า 1 คน ให้คัดเลือกผู้ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เกิน 2 คน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวนวันหลังได้รับบาดเจ็บจนถึงขณะเข้าร่วมวิจัย การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และ/ หรือการบันทึกภาพด้วยสแกนแม่เหล็ก การรักษา การได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท บุคคลใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย



กิจวัตรประจำวันก่อนการเจ็บป่วย คະแนกกลาสโกว รวมทั้งข้อมูลสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ขณะเริ่มทำการรักษา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่กับกลุ่มทดลอง ภาระหน้าที่รับผิดชอบนอกจากการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

1.3 แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของ กลาสโกว์ พัฒนามาจากแบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของ Teasdale และ Jennett¹¹ ประกอบด้วยการตอบสนอง พฤติกรรมที่แตกต่างกัน 3 ด้านคือ การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว มีค่าคะแนนรวมกันตั้งแต่ 3-15 คะแนน

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมตอบสนอง การรู้คิด แรนโชลออส อะมิกอส ของ Chaiwang และคณะ¹⁰ แปลมาจากฮาเจน นำมาพัฒนาเพิ่มมาจาก ทีมการรักษาผู้บาดเจ็บที่สมองของโรงพยาบาลแรนโช ลอส อะมิกอส รัฐแคลิฟอร์เนียเมื่อปี ค.ศ. 1972 เป็นการแบ่งระดับการประเมินการรู้คิดจึงแบ่งออกเป็น ทั้งหมด 10 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรม การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม แนวคิดทฤษฎีการกระตุ้นประสาทรับรู้ในผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัวของ Sosnowski และ Ustik⁵ มีข้อความ 4 ข้อ สำหรับให้ญาติจดบันทึก ประกอบด้วย ความรู้สึกก่อน การกระตุ้น ความรู้สึกหลังการกระตุ้น ปัญหาหรืออุปสรรค ที่พบ และสิ่งที่ช่วยให้การกระตุ้นประสาทรับรู้ได้ผลดีที่สุด

2.2 โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ ความรู้สึกของญาติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ Pai⁸ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของการกระตุ้นประสาทรับรู้ ความรู้สึกในผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวของ Sosnowski และ Ustik⁵

ประกอบด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล โดยพยาบาล ผู้วิจัยให้ความรู้การบาดเจ็บที่สมองและการกระตุ้น ประสาทรับรู้เกี่ยวกับญาติ เน้นความสำคัญของการกระตุ้นฯ และประโยชน์ที่ได้รับ ญาติให้ข้อมูลกิจวัตร ประจำวัน และสิ่งของที่คุ้นเคยของผู้ป่วยนำมาวางแผน และจัดเตรียมเพื่อนำมากระตุ้นประสาทรับรู้ เช่น ผู้ป่วยชอบดื่มกาแฟดำในตอนเช้า ญาตินำกาแฟดำ มาและลั่นตอนเช้า เป็นต้น และให้ญาติแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและข้อสงสัย

2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการดูแล โดยให้ญาติเลือกวิธีการกระตุ้นประสาท รับความรู้สึกที่เหมาะสมกับระดับการตอบสนองเชิง พฤติกรรมการรับรู้ แรนโชลออส อะมิกอส ของผู้ป่วย

3) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรม ที่ทำประจำ โดยพยาบาลผู้วิจัยสอนญาติ และให้ญาติ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน เป็นต้น และให้ญาติสลับ ย้อนกลับเพื่อประเมินความถูกต้อง โดยใช้แบบประเมิน ทักษะของญาติฯ

4) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรม การพยาบาล โดยพยาบาลผู้วิจัยประเมินระดับความรู้สึก โดยใช้แบบประเมินกลาสโกว สอนและเปิดโอกาสให้ญาติ ฝึกปฏิบัติการกระตุ้นประสาทรับรู้ภายใน 5 วัน หลังเข้าโปรแกรม และให้สลับย้อนกลับเพื่อประเมิน ความถูกต้อง โดยใช้แบบประเมินทักษะของญาติฯ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับรู้ ที่เหมาะสมกับระดับการตอบสนองเชิงพฤติกรรมรับรู้ ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยใช้ แบบประเมินระดับการตอบสนองเชิงพฤติกรรมรับรู้ แรนโชลออส อะมิกอส (Rancho los amigos scale: RLAS) โดยประยุกต์วิธีการกระตุ้นประสาทรับรู้ สกกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน โดยกระตุ้น ด้านละ 15-30 นาที/วัน และเว้นระยะการกระตุ้นอย่างน้อย 2 ชม./ครั้ง ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับ



ความรู้สึกต่อเนื่อง 14 วัน อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ พร้อมบันทึกการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยใช้แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และบันทึกวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก และการตอบสนองเชิงพฤติกรรมการรับรู้รายวัน ซึ่งโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของญาติ ญาติจะได้รับโปรแกรมเป็นรายบุคคล เพื่อให้โปรแกรมที่ผู้ป่วยได้รับมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลในขณะที่ทำการกระตุ้น

2.3 คู่มือการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของญาติ ผู้วิจัยพัฒนามาจากคู่มือการดูแลผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บสมองด้วยวิธีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกสำหรับญาติ และแผนการกระตุ้นประสาทสัมผัสของ Kaewsriwong และคณะ⁶ เนื้อหาสำคัญมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) คู่มือการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสมอง การบาดเจ็บสมองและสาเหตุของการบาดเจ็บสมอง การเปลี่ยนแปลงการตอบสนองด้านร่างกายและการรับรู้ภายหลังการบาดเจ็บสมอง ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของการบาดเจ็บสมอง การกระตุ้นประสาทสัมผัส 5 ด้าน ข้อควรคำนึงในการกระตุ้นประสาทสัมผัส และการกระตุ้นประสาทสัมผัสต่อเนื่องเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 2) แนวทางการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของญาติทั้ง 5 ด้านที่ประยุกต์ให้เข้ากับกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน ได้แก่ ระดับการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ระดับ 1 คือ ไม่มีการตอบสนอง แนวทางการกระตุ้น ได้แก่ พุดคุย เปิดเปลือกตาผู้ป่วยให้เห็นญาติ แนะนำตนเอง บุคคล เวลา สถานที่ สัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ อาบน้ำและแปรงฟันโดยใช้ฟองน้ำอุ่นสลับน้ำเย็น นำนมหนาวและอุ่นผู้ป่วย เป็นต้น คู่มือนี้ได้เพิ่มเติมเนื้อหาให้สอดคล้องกับความรู้ที่ญาติควรได้รับ และแนวทางที่ญาติสามารถปฏิบัติทักษะการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อให้โปรแกรมมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

2.4 แบบประเมินทักษะของญาติในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Silarium และคณะ¹² ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่ญาติปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ มีคะแนน 1-4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้, 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ไม่ถูกต้อง, 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องโดยมีผู้ให้คำแนะนำ, และ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องด้วยตนเอง

2.5 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพของ Urbanjaphol¹³ แปลมาจาก Gill-Thwaites & Munday ประเมินจากพฤติกรรม การตอบสนองต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกแต่ละด้านได้ชัดเจนและสามารถนำไปวางแผนการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่เหมาะสมต่อไปได้โดยใช้สังเกตพฤติกรรม การตอบสนอง 5 ด้าน ได้แก่ การสัมผัส การรับรส การรับกลิ่น การได้ยิน การมองเห็นของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนน 5-25 ค่าคะแนนที่สูงที่สุดคือ 25 คะแนน จะแสดงถึงการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุด ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ 5 คะแนน แสดงถึงการฟื้นฟูสภาพที่น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทุกชุดมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของเครื่องมือส่วนใหญ่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมฯ ค่า CVI เท่ากับ 0.8 สำหรับแบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ เป็นเครื่องมือมาตรฐาน



และใช้กันอย่างแพร่หลายจึงไม่ได้มีการตรวจความตรงของเครื่องมือ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่า แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพ แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ และแบบประเมินพฤติกรรมการตอบสนองการรู้คิด แรนโซลอส อะมิกอส มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เลขที่โครงการ 052/2561 (25 ตุลาคม 2561) การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยความสมัครใจสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับโดยเปิดเผยและนำเสนอข้อมูลเฉพาะรูปแบบรายงานสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมโครงร่างและเครื่องมือวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย

2. ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัย ดังนี้

วันที่ 0 ประเมินผู้ป่วยและความพร้อมของญาติ

วันที่ 1-5 พยาบาลร่วมกับญาติกระตุ้นผู้ป่วยฝึกทักษะญาติ และให้ญาติสาธิตย้อนกลับ

วันที่ 4-6 และวันที่ 8-13 ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทักษะด้วยตนเอง

วันที่ 7 และ 14 ประเมินระดับความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนอง

ต่อสิ่งกระตุ้น

แจ้งสรุปผลการประเมินระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองเชิงพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม สัมภาษณ์และให้ระบายความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาที่พบ ผู้วิจัยแนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 80.8 อายุ 18-60 ปี โดยอายุเฉลี่ย 34.50 ปี มีช่วงอายุ 18-25 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.2 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาจบระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 50) และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 57.7) การวินิจฉัยโรคพบ Subdural hematoma มากที่สุด ร้อยละ 53.3 พบด้านขวา ร้อยละ 46.2 ด้านซ้าย ร้อยละ 42.3 บาดเจ็บตำแหน่ง Parietal lobe มากที่สุด ค่าระดับคะแนน Glasgow Coma Scale ส่วนใหญ่มีคะแนน 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และทำการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 34.6 และผ่าตัดด้วยวิธี Craniotomy คิดเป็นร้อยละ 57.7 และวิธี Craniectomy คิดเป็นร้อยละ 7.7

กลุ่มตัวอย่างของญาติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.2) พบช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.9) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.2 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 61.5 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 50) เพียงพอต่อการใช้จ่ายรายเดือน ร้อยละ 80.8 มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 84.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 38.5 บุตร ร้อยละ 19.2 สามเณร/ภรรยา ร้อยละ 30.8 และญาติ ร้อยละ 11.5 และพบว่าญาติมีภาระอื่นที่ต้องรับผิดชอบนอกจากการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 61.5 และไม่มีภาระอื่น คิดเป็นร้อยละ 38.5



ผลจากโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟู โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติ
สภาพสมองของผู้ป่วยวันที่ 7 และ 14 ของการเข้าร่วม มีส่วนร่วมในการกระตุ้นฯ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความรู้สึกตัวก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการ
กระตุ้นประสาทรับความรู้สึก และภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 และ 14

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P-value
ระดับความรู้สึกตัว					
ภายในกลุ่ม	99.48	5	19.89	4.98	.004***
ความคลาดเคลื่อน	79.90	20	3.99		

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนระดับความรู้สึก
ตัวหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับ
ความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
($F=5.05$, $p<.001$)

โดยการฟื้นฟูสภาพสมองจะประเมินจากคะแนน
ระดับความรู้สึกตัว และระดับการตอบสนองด้านการรู้คิด
พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้สึกตัวสูงขึ้นกว่าก่อน

ได้รับโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้สึกตัว
และได้นำค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้สึกตัว ก่อนได้รับ
โปรแกรมและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมวันที่ 7 และ 14
มาเปรียบเทียบรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ
(Multiple comparison) โดยสถิติ Bonferroni พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้สึกตัว
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมวันที่ 7 และ 14 สูงกว่าก่อน
การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (ตาราง
ที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้สึกก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม
วันที่ 7 และ 14

ตัวแปร	MD	SD	P-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้สึก			
ก่อนการทดลอง-หลังเข้าร่วม 7 วัน	-2.077	2.23	<.001
ก่อนการทดลอง-หลังเข้าร่วม 14 วัน	-3.769	2.68	<.001
หลังเข้าร่วม 7 วัน-หลังเข้าร่วม 14 วัน	-1.692	2.68	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับ
ความรู้สึกก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังเข้าร่วม
โปรแกรมวันที่ 7 และ 14 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p<0.01$)

ส่วนระดับการตอบสนองด้านการรู้คิด พบว่า
คะแนนเฉลี่ยของระดับการตอบสนองด้านการรู้คิด
เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าของระดับการตอบสนองการรับรู้ แรนโซลอส อะมิกอส ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม ในวันที่ 7 และ 14

ตัวแปร	Mean±SD	ค่าพิสัย Min-Max	Z	Asymp.Sig.
ระดับการตอบสนองการรับรู้				
ก่อนการทดลอง	5.38±1.55	3-8		
หลังการทดลองวันที่ 7	7.46±2.23	3-11	-4.04	.000
หลังการทดลองวันที่ 14	9.15±2.68	4-14	-3.97	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับการตอบสนองด้านการรู้คิด เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ในวันที่ 7 และ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพสมองหลังการให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นรับรู้ความรู้สึกมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Moattari และคณะ⁷ พบว่า การให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงทำให้ระดับความรู้สึกตัว ระดับการรู้คิดมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่กระตุ้นด้วยพยาบาลทั้งหมด

ซึ่งจากการศึกษานี้ได้ผลสอดคล้อง เนื่องจากโปรแกรมนี้อาสาได้รับการประเมินความพร้อมด้านความรู้และทักษะการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกร่วมกับพยาบาลผู้วิจัยจนกระตุ้นได้ถูกต้องและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ โดยใช้แบบประเมินทักษะของญาติฯ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp และ Pai⁸ ร่วมกับแนวคิดของทฤษฎีการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวของ Sosnowski และ Ustik⁵ และการให้ญาติมีส่วนร่วมวางแผนการกระตุ้นร่วมกับพยาบาลผู้วิจัย ทำให้ญาติตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นและประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทำให้ญาติกระตุ้นผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ อีกทั้ง

ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการกระตุ้นให้มากขึ้นเมื่อได้มีการปฏิบัติทักษะการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับญาติสามารถจัดสรรเวลาที่สะดวกมากระตุ้นผู้ป่วยทุกวันตามโปรแกรม พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายร่วมกันในการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน พยาบาลผู้วิจัยจะติดตามประเมินความถูกต้องในวันที่ 7 และ 14 ของโปรแกรม นอกจากนี้ มีการเริ่มโปรแกรมภายใน 7 วันหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หากนานกว่า 7 วันจะส่งผลให้ร่างกายไม่เกิดการตอบสนองโอกาสฟื้นคืนสภาพจะมีน้อยมากหรือไม่มีเลย¹⁴

นอกจากนี้วิธีการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ดี โดยกระตุ้นรูปแบบเดิม เวลาเดิม คนเดิม และเป็นลำดับทุกวันรวมทั้งญาติที่เป็นบุคคลใกล้ชิด มีความสำคัญกับผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้ที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวันและกิจกรรมการกระตุ้นที่คล้ายคลึงกับกิจวัตรประจำเดิมของผู้ป่วยก่อนได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม ผู้ป่วยจะนำความจำในอดีตมาใช้ตอบสนองสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ เกิดการทำงานของเซลล์ประสาทเรติคูลาร์ มีความไวต่อการกระตุ้นมากขึ้นโดยประสาททงอกใหม่เพิ่มขึ้น⁵ และกระตุ้นปฏิกิริยาต่อเส้นใยที่ไม่ได้รับบาดเจ็บให้ทำงานมากขึ้น ร่างกายเกิดกลไกการสร้าง การซ่อมแซม และการฟื้นฟูสภาพโดยการจัดโครงสร้างใหม่ของแอกซอนและสเปาที่ติงเกิดการเชื่อมต่อนิวรอนภายในสมอง ทำให้ความรู้สึกตัวดีขึ้นและพฤติกรรมตอบสนองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Urbanjaphol¹³ พบว่า การฟื้นฟูสภาพสมอง



ด้วยการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองเฉพาะเจาะจง เกิดการรับรู้เร็วขึ้น และการกระตุ้นติดต่อกัน 14 วัน ช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวมีการฟื้นฟูสภาพสมองเร็วขึ้น จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าวิธีการกระตุ้นประสาทที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพสมองดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยคนที่ 5 GCS 5 คะแนน ผู้ป่วยสนิทกับบิดามากที่สุด เมื่อมารดากระตุ้นผู้ป่วยไม่มีการตอบสนอง แต่เมื่อบิดามากระตุ้นสังเกตเห็นผู้ป่วยสามารถยกศีรษะหันหน้าไปหาบิดาได้ถูกทิศทาง และวิธีการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ดีที่สุดจากข้อมูลสะท้อนคิดพบว่า การกระตุ้นด้านการได้ยินผู้ป่วยมีการตอบสนองมากที่สุด รองลงมา เป็นด้านการสัมผัสและการเคลื่อนไหว เมื่อกระตุ้นครบ 7 วันจะเริ่มเห็นการตอบสนองที่มากขึ้นของผู้ป่วย ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า “ดีใจและพอใจในผลงานที่ออกมา ขยับแขนขาบ่อยขึ้น ลืมตาได้นานขึ้น การตอบสนองมีมากกว่าอาทิตย์ก่อน” เมื่อกระตุ้นครบ 14 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลที่ว่า “ภรรยาดีขึ้นครับ จับปากกาได้ เขียนชื่อตัวเองได้ จำชื่อคนรู้จักและคนใกล้ชิดได้เป็นบางครั้ง หยิบสิ่งของได้บ้าง ร้องอยากกลับบ้าน ร้องเรียกชื่อคนใกล้ชิดได้ ยกขาและหัวพลิกไปมาเมื่อตื่นนอน” “การตอบสนองดีขึ้น พุดมากขึ้น ช่วยตัวเองได้เยอะขึ้น เริ่มจำญาติพี่น้องได้ เริ่มจำสถานที่ได้” ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ญาติที่มีความรู้และปฏิบัติทักษะได้ด้วยตนเอง อย่างถูกต้องและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ร่วมกับวิธีการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกครบทั้ง 5 ด้านในรูปแบบเดิมเวลาเดิม เป็นลำดับทุกวัน เป็นคนเดิมทุกวัน รวมทั้งการให้ญาติที่มีความสำคัญและใกล้ชิด รักใคร่ผูกพันกับผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้ที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวัน และกิจวัตรประจำวันตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยก่อน

การได้รับบาดเจ็บ เป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพสมองเร็วกว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพสมองของผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน โดยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ตำแหน่งที่มีเลือดออกภายในศีรษะ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บภายในสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้เป็นรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพของสมอง ส่งผลต่อพฤติกรรม การตอบสนอง การรับรู้และระดับความรู้สึกที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ อาจไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรทั้งหมดได้ โดยสามารถอ้างอิงได้เฉพาะบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้



References

1. Saksirisamphan B. Epidemiological surveillance report 2015: Severe injury due to transport accidents [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 1]. Available from: https://appsdoe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/10/transport_accidents.pdf
2. Thai RSC. Report using statistics Act [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 1]. Available from: rvreport.rvperservice.com/viewersc.aspx?report=0475&session=16
3. Porth CM. Essentials of pathophysiology: concepts of altered health states. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
4. Auantri P. The effect of familiar voice to auditory stimulation on level of conscious and behavioral response of auditory in head injury patients with unconscious [Unpublished master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2002.
5. Sosnowski C, Ustik M. Early intervention: coma stimulation in the intensive care unit. J Neurosci Nurs 1994; 26(6): 336-41.
6. Kaewsriwong S, Sukonthasarn A, Wangsrikhun S, Chanprasit C. Sensory stimulation process and cognitive function among persons with traumatic brain injury: a case study. Pacific Rim Int J Nurs Res 2015; 19(1); 45-57. (in Thai)
7. Moattari M, Shirazi FA, Sharifi N, Zareh N. Effects of a sensory stimulation by nurses and families on level of cognitive function, and basic cognitive sensory recovery of comatose patients with severe traumatic brain injury: a randomized control trial. Trauma Mon 2016; 21(4): e23531. Doi: 10.5812/traumamon.23531.
8. Schepp K, Pai J. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Washington, D.C.: University of Washington; 1995.
9. Helwich LD. Stimulation program for coma patients. Crit Care Nurse 1994; 14(4): 47-52.
10. Chaiwang S, Sukonthasarn A, Tungamnua T. Effect of sensory stimulation on cognitive-behavioral responses of traumatic brain injured persons. JTNMC 2012; 22(1): 48-59. (in Thai)
11. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet 1974; 304(7872): 81-4.
12. Silarium L, Harnirattisai T, Muengtaweepungsa S. The effects of a family participation in rehabilitation program on swallowing and eating ability among acute stroke patients. Nurs J 2014; 41 (Suppl): 180-91. (in Thai)
13. Urbenjaphol P. Cognitive function recovery of traumatic brain injury patients by sensory stimulation. TRCN J 2015; 8(1): 53-62. (in Thai)
14. Levy DE, Bates D, Coronna JJ, Cartledge N, Knill-Jones R, Lapinski RH, et al. Prognosis in non-traumatic coma. Ann Intern Med 1981; 94(3): 293-301. Doi: 10.7326/0003-4819-94-3-293.



บทความวิจัย

ผลของการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

พัชรธิดา พินรัตน์* และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอายุที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และ 2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย: 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มส่งผลต่อการสร้างเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำสำคัญ: โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว/ การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม/ การทำหน้าที่



The Effect of Social Support Group on Functioning of Patients with Bipolar Disorder

Patcharatida Pinrat* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: 1) To compare the functioning of patients with bipolar disorder before and after receiving the social support group program. 2) To compare the functioning of patients with bipolar disorder after receiving the social support group program to patients who are received regular nursing care.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The samples were 40 patients with bipolar disorder who met the inclusion criteria and were the outpatients of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. The patients were matched pair and randomly assigned to the experimental group, consisting of 20 subjects while the control group of 20 subjects. The research instruments comprised: 1) social support group 2) The Functioning Assessment Short Test, All instruments had been validated the content from five experts. The validity of Cronbach's alpha coefficient of instrument 2 was .87 respectively. Descriptive statistics and T-test was used to analyze data.

Findings: 1) Functioning of patients with bipolar disorder after receiving the social support program was higher than before receiving the program at a .05 level of significance and, 2) Functioning of patients with bipolar disorder receiving the social support program was higher than the patients who were received regular nursing care at a .05 level of significance

Conclusion: The result of these study findings of the present study indicated that the social support program can enhance the functioning of patients with bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder/ Social support group/ Functioning



บทนำ

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์อย่างเด่นชัด ผู้ป่วยจะมีระดับอารมณ์ที่ผิดปกติเป็น 2 ระยะคือ ระยะอาการคลุ้มคลั่ง (Manic episode) และระยะอาการซึมเศร้า (Depression) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือเป็นทั้งสองอาการร่วมกันก็ได้¹ ความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นแบบ ขึ้น ๆ ลง ๆ (Mood swing) โดยจะมีช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใด ๆ ขึ้นอยู่ตรงกลาง² ในช่วงระยะอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) คือช่วงที่มีอารมณ์ดีผิดปกติ มีพลังเหลือเฟือ คิดและทำกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ไม่เหน็ดเหนื่อย อารมณ์ครื้นเครง ส่วนในช่วงที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Depression) รู้สึกเบื่อหน่ายสังคมนั่งและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ร้องไห้ อ่อนเพลีย มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง และมีความคิดทำร้ายตัวเอง หากรุนแรงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตนเองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติตามศักยภาพที่ควรจะเป็น³

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาอุบัติการณ์ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบผู้ป่วยทั่วโลกจำนวน 46 ล้านราย พบว่าความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สำรวจในประชากรทั่วไปพบได้สูงถึงร้อยละ 0.3 ถึง 1.2 เป็นเพศชายร้อยละ 0.65 และเพศหญิงร้อยละ 0.55 โดยอายุที่เริ่มเป็นโรคระหว่าง 15-49 ปี ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพิ่มขึ้น จากรายงานของกรมสุขภาพจิตและคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 33,150 ราย และในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 36,325 ราย⁴ นอกจากนี้ สถิติแสดงจำนวนผู้ป่วยนอกโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีจำนวนเพิ่มขึ้นระหว่าง

ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 3,825, 3,824 และ 3,737 ราย ตามลำดับ สูงเป็นอันดับที่ 4 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁵

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีระยะการดำเนินโรคนานและมีการกลับเป็นซ้ำสูงโดยมีอัตราการกำเริบของโรคร้อยละ 73 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในระยะอาการสงบมีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าบุคคลในภาวะปกติ⁶ การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการดำรงชีวิตที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและใช้ชีวิตในสังคมต่อไป

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปดูแลที่บ้านพบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง ร้อยละ 68 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง บกพร่องในการรู้คิดและการตัดสินใจ มีพฤติกรรมก้าวร้าว⁷ สัมพันธภาพและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงในทางลบ ใช้ยาฟุ่มเฟือย มีความบกพร่องด้านการจัดการทางการเงิน จากสาเหตุเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นอยู่ในระยะอาการสงบและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ตาม⁸

การทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การรับผิดชอบตนเอง แก้ไขปัญหา รับรู้บทบาทหน้าที่ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมได้ดี⁹ ซึ่ง Rosa และคณะ¹⁰ ได้แบ่งการทำหน้าที่เป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลรับผิดชอบตนเอง 2) ด้านการประกอบอาชีพ 3) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 4) ด้านการจัดการเงิน 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการใช้เวลาว่าง จากการทบทวนวรรณกรรมการทำหน้าที่



ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30-60 ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ในด้านการประกอบอาชีพ (Occupational) ความสามารถในการทำงานที่ด้านการงานและด้านสังคมลดลงในประเทศไทยจากการศึกษาของ Suratewamit และ Soonthomchaiw¹¹ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำงานที่บกพร่องร้อยละ 60.61

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Strauss และ Johnson¹² ได้ศึกษาแนวทางการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในรูปแบบต่าง ๆ พบว่าการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมโดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่เกิดประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานที่ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต รับผิดชอบตนเอง แก้ไขปัญหา รับรู้บทบาทหน้าที่ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมได้ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้¹³

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House และ Kahn¹⁴ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ จากแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal sources) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือจากแหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal sources) ได้แก่ องค์กร เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ส่งเสริมการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทำให้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiyaphong และคณะ¹⁵

พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน คอยรับฟังและช่วยในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเหล่านี้ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram¹⁶ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละคนร่วมกัน

การให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยังค่อนข้างน้อย พบว่ามีเพียงการศึกษาของ Chaiyaphong และคณะ¹⁵ เรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง พบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Tanabodee-tummajaree และ Khomchai¹⁷ โดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Marram¹⁶ ผลการศึกษาพบว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ มีผลต่อการส่งเสริมการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเป็นผู้รับฟังและช่วยในการจัดการความเครียดของผู้ป่วย มีผลช่วยลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นอกจากนี้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram¹⁶ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้



ประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละคนร่วมกัน และสามารถนำวิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและอุปสรรคของตนเอง เนื่องจากการเข้าร่วมกลุ่มซึ่งมีสมาชิกในกลุ่มเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์หรือประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการประคับประคองทางจิตใจต่อกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน

ในปัจจุบันบริบทและโครงสร้างทางสังคมเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว การสนับสนุนทางสังคมแบบเป็นทางการโดยบุคคลในครอบครัวและญาติจึงเริ่มลดลง ดังนั้น บุคลากรจากองค์กรต่าง ๆ จึงมีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการ ในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยตรง ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกด้าน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยมีบทบาทในการเป็นผู้นำ ดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลับไปใช้ชีวิตและทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างปกติตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งชนิด I และ II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5) เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ (Remission phase) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งชนิด I และ II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ (Remission phase) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)



และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม *Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 32 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 8 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ด้วยเพศเนื่องจากพบว่าเพศหญิงจะมีอาการรุนแรงกว่าเพศชาย และระดับคะแนนอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง เพราะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการซึมเศร้า Montgomery asberg depression rating scale (MADRS) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82 และแบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง Thai mania rating scale (TMRS) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับพยาบาล และสำหรับผู้ป่วย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และ 0.98 ตามลำดับ และแบบสอบถามการทำหน้าที่ (The functioning assessment short test: FAST) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 หลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษาพบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร สร้างตาม

แนวคิดของ Cobb และคณะ และผ่านการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดย Suratewamit และ Soonthomchaiw¹¹

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ผู้ชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน และผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่ 004/2563 โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ยื่นเอกสารตามที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ครบถ้วน ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งระบุไว้ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการศึกษาโดยค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จัดเตรียมเครื่องมือและคู่มือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้นนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการดำเนินงาน ใช้แบบประเมินในการคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง เนื่องจากความรุนแรงของอาการมีผลต่อการทำหน้าที่และความน่าเชื่อถือของการประเมินของผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Mach pair) ตามลักษณะของตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และระดับคะแนนอาการคลุ้มคลั่ง จากนั้นทำการจับฉลากหาคู่ผู้ป่วยแต่ละคู่เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ราย โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลอง

(Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (FAST) ของ Rosa และคณะ¹⁰ ที่แปลโดย Suratewamit และ Soonthomchaiw¹¹

2.1.2 ภายหลังจากการประเมินการทำหน้าที่แล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 7-10 ราย ตามความเหมาะสม เริ่มดำเนินการทดลองโดยดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (Social support group program) ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ครั้งละ 60-90 นาที จนครบทั้ง 4 กิจกรรม ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ภายหลังกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทำการทดลองด้วยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Post-test)

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Pre-test) โดยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (FAST)

2.2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ การสอบถามอาการเจ็บป่วยในปัจจุบันโดยพยาบาลวิชาชีพ การส่งพบจิตแพทย์เพื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในการรับการบำบัดพิเศษกับทีมสหวิชาชีพ หรือทำการตรวจรักษา เช่น ปรียา และพิจารณาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย การนัดหมายมาตรวจ และรับยาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.3 ประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินแบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คือ ร้อยละ 80 และร้อยละ 20 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23-59 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35 และร้อยละ 20 นับถือศาสนาพุทธ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 35 และร้อยละ 40 ส่วนใหญ่รายได้มีความเพียงพอ ร้อยละ 85 และร้อยละ 40 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 50 และร้อยละ 65 และระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-10 ปี ร้อยละ 55 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 9.10 ปี มีจำนวนครั้งที่มีการกำเริบโดยเฉลี่ยจำนวน 2.7 ครั้ง

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{x}$	SD	การแปลผล	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	21.50	5.726	บกพร่อง			
หลังทดลอง	9.95	.999	ปกติ	9.941	19	0.000

3. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่ (หลังทดลอง)	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.05	5.491			
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	9.95	.999	8.093	38	.000



อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยแสดงว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วสูงขึ้นจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เนื่องจากมีรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมการทำหน้าที่ตามแนวคิดของ House และ Kahn¹⁴ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว ให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว

ปัจจัยที่ 1 ปัจจัยด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น สัมพันธภาพมักเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ หลังจากผู้วิจัยให้การพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) โดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ฝึกการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ พบว่าผู้ป่วยสามารถเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในการหาแนวทางการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อผู้อื่น เพื่อให้สามารถเกิดการพัฒนาการสื่อสารอย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่ 2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในหลายด้าน เช่น ด้านการดูแลรับผิดชอบตนเอง ความสามารถด้านการรู้คิดหรือการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suratewamit และ Soonthomchaiw¹¹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง

กับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว และการศึกษาของ Weinstock และ Miller¹⁸ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว หลังจากที่มีผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในทุกด้านดีขึ้น และสามารถคงสถานะการทำหน้าที่ทางกายและทางจิตไว้ได้อย่างปกติตามศักยภาพของตนเอง

ปัจจัยที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยบกพร่องในเรื่องของความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว โดยยังขาดความรู้ในเรื่องของสาเหตุการเกิดโรค การรักษา การรับรู้สาเหตุและการจัดการอาการเตือนของอาการซึมเศร้า และอาการคลุ้มคลั่ง และความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ที่พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่เป็นปัจจุบัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองชั่วในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถสร้างเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenfarb และคณะ¹⁹ ที่พบว่าระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีผลช่วยลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram¹⁶ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ปัญหาระหว่างกันและกัน โดยสามารถอธิบายกระบวนการบำบัดโดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์



แปรปรวนสองช่วงทั้ง 6 ด้าน ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของโปรแกรมเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองช่วงให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองช่วงได้รับการส่งเสริมการทำหน้าที่ในทุกด้าน โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ดังนั้นผลจากการศึกษาที่ได้จึงสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดทั้ง 4 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยลดการสื่อสารที่รุนแรง มีความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา สาเหตุ อากา การรักษา ยา อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน เช่น หน่วยบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการบริหารจัดการด้านการเงิน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ต้องเล็งเห็นความสำคัญในการนัดหมายโดยยึดความสะดวกและให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการจัดอบรมพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองช่วง เนื่องจากเป็นโรคที่มีระยะการดำเนินโรคที่ยาวนานและมีการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจ จะสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองช่วงให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของผู้ป่วยต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองช่วงในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

3.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนออกจากโรงพยาบาล อาจดำเนินการเป็นกลุ่มหรือพิจารณาเป็นรายบุคคลตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำหน้าที่ของตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการเข้าถึงข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี



References

1. Lueboonthawatchai O. Psychiatric nursing. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013.
2. Townsend MC. Psychitric Mental Health Nursing: Concept of care in Evident Based Practice. 5th ed. Philadephia: F.A. Davis Company; 2006.
3. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2007.
4. Health Data Center. Number of psychiatric outpatients who received services classified by disease group and rights in 2017 [internet]. 2017 [cited 2018 May 23]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
5. Medical records department, Phra Sri Maha Pho Hospital. Medical statistics database. Ubon Ratchathani: Phra Sri Maha Pho Hospital; 2018.
6. Kongsakon R, Sartrungphak S, Rojananirankit A, Buranachet U. Development of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Thai version. J Psychiatr Assoc Thailand 2003; 48(4): 211-9. (in Thai)
7. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2012.
8. Leelahanat T, Ruangkanchanaset S, Kongsakorn R. Lithium with lithium in combination with Carbamazepine in the treatment of bipolar disorder: a cost-effectiveness analysis. J Psychiatr Assoc Thailand 2002; 47(2): 97-110. (in Thai)
9. Harvey PD. Mood symptoms, cognition, and everyday functioning: in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. Innov Clin Neurosci 2011; 8(10): 14-8.
10. Rosa AR, Sanchez-moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of functioning assessment shot test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiology Ment 2007; 3(5): 1-8. Doi: 10.1186/1745-0179-3-5.
11. Suratewamit S, Soonthomchaiw R. Selected Factors Related to Functioning of Patients with Bipolar Disorder. JPNMH 2011; 25(1): 63-74. (in Thai)
12. Strauss JL, Johnson SL. Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. Psychiatry Res 2006; 145(2-3): 215-23.
13. Oostervink F, Boomsma MM, Nolen WA. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. J Affect Disord 2009; 116(3): 176-83.
14. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams D. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health. USA: Academic Press; 1985. p. 83-108.



15. Chaiyaphong P, Aungsuroch Y, Suktrakul S. The effect of life goals therapy program on functioning in patients with bipolar disorders. RTNNMD journal 2019; 46(1): 66-82. (in Thai)
16. Marram GD. The group approach in nursing practice. 2nd ed. Saint Louis: C. V. Mosby; 1978.
17. Tanabodee-tummajaree P, Khomchai B. The effect of group psyches education on quality of life in patients with bipolar disorder inpatient department. JPNMH 2013; 27(1); 62-78. (in Thai)
18. Weinstock LM, Miller IW. Psychosocial predictors of mood symptoms 1 year after acute phase treatment of bipolar I disorder. Compr Psychiatry 20105; 1(5): 497-503.
19. Rosenfarb IS, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Harmon L, Nuechterlein KH, Rea MM. Family Transactions and Relapse in Bipolar Disorder. Family Process 2004; 40(1): 5-14.



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 การทำหน้าที 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. ภายหลังจากทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบ เนื่องจากโปรแกรมห่วงการ เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการทำหน้าที่คือ อาการทางลบ และผู้วิจัยสร้างโปรแกรมนี้นขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) ของ Dodd และคณะ¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหาในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เพื่อค้นหาและเลือกกลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) ด้วยตนเอง และประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Outcomes) เพื่อปรับปรุงวิธีการจัดการอาการของตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลต่ออาการทางลบที่ลดลง โดยการจัดการอาการตามแนวคิดนี้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการจัดการอาการอย่างเป็นขั้นตอน 3 ขั้นตอน¹⁴ คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) การให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนอาการทางลบของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการของตนเองมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองมีอาการแล้ว ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบที่มีต่อตนเอง เมื่อผู้ป่วยประเมินความรุนแรงและผลกระทบของอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามตนเองและรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการทางลบโดยมีความตระหนักต่ออาการทางลบมากขึ้นกว่าเดิม จากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการเกิดอาการ

ผลกระทบจากการมีอาการ และวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มมีแนวทางหรือกลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) เมื่อผู้ป่วยเริ่มสนใจที่จะจัดการอาการทางลบ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางลบ โดยการให้ผู้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการทางลบของตนเองกับสมาชิกภายในกลุ่ม การให้ความรู้วิธีการจัดการอาการทางลบโดยผู้วิจัย รวมทั้งการเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากตัวแบบที่เคยมีประสบการณ์อาการทางลบและมีวิธีการจัดการอาการที่ดีขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาประเมิน ค้นหา และเลือกกลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการทางลบให้ดีขึ้น ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Outcomes) หลังจากผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการอาการทางลบ และได้นำวิธีการจัดการอาการที่ตนเองเลือกไปใช้ในการจัดการอาการทางลบของตนเอง ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการทางลบตามแนวคิดการจัดการอาการ ที่ระบุว่า ผลลัพธ์จากการจัดการอาการมี 8 ด้าน และการทำหน้าที่เป็นหนึ่งในผลลัพธ์จากการจัดการอาการตามแนวคิดนี้ ดังนั้นผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเองและมีส่วนร่วมในการประเมินสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งประเมินผลลัพธ์จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การตรวจสอบผลลัพธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงผลักดันที่จะจัดการอาการทางลบที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น



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

2. ภายหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลต่างคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและเป็นการจัดการกระทำกับอาการทางลบซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ 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 พบว่าการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย 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



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์

สิรินันท์ หวังมุขกลาง* เพ็ญพักตร์ อุทิศ** และ สุนิศา สุขตระกูล***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดแอลกอฮอล์และสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ระหว่างรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนินทร์ จำนวน 50 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 4) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และ 5) แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .94 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ตรวจสอบค่าความเที่ยง พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .90 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

ผลการวิจัย: 1) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวและผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวสามารถทำให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว/ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ ผู้ติดแอลกอฮอล์

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

E-mail: Penpaktr.u@chula.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effects of Behavioral Family Counseling Program on Alcohol Consumption in Persons with Alcohol Dependence

Sirinan Wangmukklang* Penpaktr Uthis** and Sunisa Suktrakul***

Abstract

Purpose: 1) To compare alcohol consumption in persons with alcohol dependence before and after receiving behavioral family counseling programs. 2) To compare alcohol consumption in persons with alcohol dependence who received behavioral family counseling programs and those who received regular nursing care.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The samples were 50 families of persons with alcohol dependence and his family member who received services at the inpatient department in Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments are: 1) Behavioral family counseling program 2) Demographic questionnaire 3) Timeline follow back (TLFB) 4) Family relationship scale and 5) Alcohol use disorders identification test (AUDIT). All instruments were verified for content validity. The reliability of TLFB was reported by Pearson Correlation as of .94. The reliability of the family relationship scale and AUDIT had Cronbach's alpha coefficient reliability of .90 and .90. Descriptive statistics and t-test were used in Data analysis.

Findings: 1) After the experiment, the alcohol consumption of persons with alcohol dependence who received behavioral family counseling programs was significantly different than that before at $p.05$. 2) After the experiment, the alcohol consumption of persons with alcohol dependence who received behavioral family counseling programs was significantly different from those who received regular care at $p.05$.

Conclusion: Behavioral family counseling program reduced alcohol consumption of persons with alcohol dependence. The result was according to the assumptions.

Keywords: Behavioral family counseling/ Alcohol consumption/ Persons with alcohol dependence

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

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
E-mail: Penpaktr.u@chula.ac.th

*** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Co-advisor.



บทนำ

จากผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในปี พ.ศ. 2560 พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) เป็นผู้ดื่มสม่ำเสมอ (ผู้ที่ดื่ม 5 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป) 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ดื่มนาน ๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ชายร้อยละ 47.5 และของผู้หญิงร้อยละ 10.6 ผู้ชายดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า¹

ปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยพบผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย 1.8 ล้านคน และดื่มแบบติด 9 แสนคน จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2556 การติดแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายอันดับที่ 1² ซึ่งผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) จะมีอาการต่อไปนี้ ได้แก่ อยากดื่มมากหรือมีความต้องการดื่มซ้ำ ๆ ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ได้ เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์เมื่อลดหรือหยุดดื่ม ทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น หมกมุ่นอยู่กับการดื่ม ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาแอลกอฮอล์มาดื่ม และยังคงดื่มอยู่แม้มีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการดื่ม³ ซึ่งผู้ติดแอลกอฮอล์จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา รายงานสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ปีงบประมาณ 2561 ผู้ติดแอลกอฮอล์เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 311 คน ยังมีผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับรักษาในระยะเวลา 90 วัน ร้อยละ 7.07

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องและกลับไปดื่มซ้ำ คือ 1) ปัจจัยชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม การกระตุ้นสมองส่วน limbic ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาททำให้เกิดการเสพติด (Dependence)⁴ 2) ปัจจัยบุคลิกภาพ และจิตใจ บุคคลที่มีลักษณะแบบเปิดเผยสูงและยึดมั่นใน

หลักการน้อย เสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์แบบปานกลาง ไปสู่ดื่มแบบหนัก⁵ 3) ปัจจัยครอบครัวและสังคม ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ มีความขัดแย้งในครอบครัว และขาดสมดุลในการแก้ไขปัญหาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁶ และความขัดแย้งในครอบครัวทำให้ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งในระหว่างและหลังการบำบัด ส่งผลให้ไม่ประสบความสำเร็จในการบำบัดและเกิดพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำ⁷ นอกจากนี้ หลังบำบัดครอบครัวยังมีความหวาดระแวงและมีความเชื่อว่าผู้ติดแอลกอฮอล์จะกลับไปดื่มซ้ำถึงร้อยละ 40 ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความเครียด ขาดกำลังใจและแหล่งสนับสนุน ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดื่มซ้ำในที่สุด และการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ การตระหนักในความรู้สึกของครอบครัว ผลเสียต่อครอบครัวและอยากให้ครอบครัวมีความสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁸ จะเห็นว่าครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและป้องกัน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ดังนั้น การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดจึงมีความสำคัญ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดกับผู้ติดแอลกอฮอล์ คอยให้กำลังใจ ส่งผลให้เกิดความตระหนักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัว พบว่า Techaattakun และ Uthis⁹ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และ Pongam และ Uthis¹⁰ ได้ใช้โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา แต่ยังมีผู้ติดแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ไม่ใช่คู่สมรส จากสาเหตุนี้ O'Farrell และคณะ¹¹ ได้พัฒนาการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว (Behavioral family counseling: BFC) ซึ่งเป็นการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 เดือน โดย BFC มีแนวคิดว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของ



สมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้ง การสื่อสารที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่ม BFC จึงมุ่งให้ครอบครัวสนับสนุนการลดพฤติกรรมการดื่ม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว โดยกิจกรรมจะเน้นการสนทนาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางบวก ลดความขัดแย้งและปรับปรุงการสื่อสารในครอบครัว รวมไปถึงการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการดื่มลดลงและสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจใช้บทบาทผู้ให้คำปรึกษาในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เป็นการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวตามแนวคิด BFC เพื่อช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มและป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำของตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The quasi

experimental pretest-posttest control group research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์อย่างอันตราย (Harmful Use; F10.1) หรือโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence; F10.2) ตามเกณฑ์ International classification of diseases, tenth revision (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์อย่างอันตราย (Harmful Use; F10.1) หรือโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence; F10.2) ตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้าบำบัดแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ และครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ติดแอลกอฮอล์ 1 คน และสมาชิกในครอบครัว 1 คน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน มีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ติดแอลกอฮอล์เพศชายมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์อย่างอันตราย (Harmful use; F10.1) หรือเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence; F10.2) ตามเกณฑ์ ICD-10 มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และดื่มแบบติด (ตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป) ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders identification test: AUDIT) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ครอบครัว คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความผูกพันใกล้ชิดและอาศัยอยู่ร่วมกันเดียวกับผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้การดูแล



ช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ บิดา มารดา ภรรยาญาติพี่น้องและบุตรที่บรรลุนิติภาวะมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยินและกรมมองเห็น ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่า Large effect size ที่ 0.8 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ครอบครัว เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาวัดวิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 50 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 25 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ The timeline follow-back (TLFB) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Srikosai¹² ประกอบด้วย ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์โดยเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงโดยใช้วิธี Test retest และมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = .94$

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ O'Farrell และคณะ¹¹ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครอบครัว

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงโดย Thaothong และ Lueboonthawatchai¹³ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 และมีการหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของ World Health Organization (WHO) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Sinlapakit และ Kittirattanapaiboon¹⁴ หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 301/2563 ผู้วิจัยทำการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สิทธิในการสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการตามปกติ เปิดโอกาสให้สอบถามพร้อมทั้งเน้นย้ำเกี่ยวกับการปกปิดข้อมูล มีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่กลางเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย



2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ในกิจกรรมครั้งที่ 1-8 และดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 9 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ หลังดำเนินกิจกรรมครบ 9 ครั้ง

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline follow back) และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว โดยจะถูกนำมาประเมินอีกครั้งหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 9 ทั้งนี้บันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 44.08 ปี และอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 อายุเฉลี่ย 42.20 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 44 และ 36 ตามลำดับ มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ดื่มแอลกอฮอล์ 11.16 ปี และ 13.04 ปี ตามลำดับ มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ร้อยละ 20 และ 28 ตามลำดับ ส่วนใหญ่บุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ได้แก่ บิดา ผู้ติดแอลกอฮอล์มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ร้อยละ 56 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ จากการศึกษาในครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 และ 80 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 32 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ติดแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 44 และ 36 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์เฉลี่ย 18.28 ปี และ 14.48 ปี ตามลำดับ

ผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว พบว่าทุกครอบครัวมีผลต่างของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวก่อนและหลังการทดลองเป็นบวก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง (n=25) จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม

	Mean	SD	df	t	p-value
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์					
ก่อนทดลอง	111.36	33.43	24	9.69*	.000
หลังทดลอง	54.04	24.30			
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
ก่อนทดลอง	79.71	12.66	24	8.16*	.000
หลังทดลอง	47.43	20.61			
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
ก่อนทดลอง	15.42	11.04	24	-7.62*	.000
หลังทดลอง	37.71	11.39			

* p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์และร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 9.69, 8.16 และ 7.62 ตามลำดับ) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักหลังการทดลองของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละของวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองของผู้ติดแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวยุติการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	df	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ก่อนทดลอง					
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์	111.36 (33.43)	98.56 (29.69)	48	1.43	.159
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก	79.7084 (12.66)	84.2804 (13.20)	48	-1.25	.217
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม	15.4248 (11.04)	13.9976 (14.06)	48	0.40	.692



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวกับกลุ่มผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของปริมาณการติ่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ติ่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดติ่ม (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	df	t	p-valve
	Mean (SD)	Mean (SD)			
หลังทดลอง					
ปริมาณการติ่มแอลกอฮอล์	54.04 (24.30)	68.28 (16.05)	48	-2.45*	.018
ร้อยละจำนวนวันที่ติ่มหนัก	47.43 (20.61)	64.86 (10.70)	36.06	-3.75*	.001
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดติ่ม	37.71 (11.39)	29.14 (11.83)	48	2.61*	.012

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวมีค่าน้อยกว่าผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ติ่มหนักของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวมีค่าน้อยกว่าผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดติ่มของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว มีมากกว่าผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้

คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการติ่มแอลกอฮอล์ คะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันที่ติ่มหนัก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยของวันที่หยุดติ่มหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า การให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ O'Farrell และคณะ¹¹ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแล ผู้ติ่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เข้าใจปัญหาของครอบครัวและทำให้เกิดการวางเป้าหมายในการบำบัด เมื่อผู้ติ่มแอลกอฮอล์และครอบครัวมีความเข้าใจปัญหาและวางเป้าหมายในการบำบัดแล้ว จะเข้าสู่ระยะที่ 2 สนับสนุนพฤติกรรมควบคุมการติ่มหรือการหยุดติ่ม สิ่งกระตุ้นการติ่มเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมกรรมการติ่มอย่างต่อเนื่อง ผู้ติ่มแอลกอฮอล์และครอบครัวร่วมกันค้นหาตัวกระตุ้นและวางแผนในการจัดการกับตัวกระตุ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและจัดการกับสิ่งกระตุ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ระยะที่ 3 การปรับปรุงความสัมพันธ์ เน้นกิจกรรมที่ช่วยปรับปรุงสัมพันธ์ภายในครอบครัว เริ่มจากการทำกิจกรรมเสริมในทางบวก



ร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกันทำให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกัน ก่อให้เกิดความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ติดแอลกอฮอล์รู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ผูกทักษะการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสารที่ดีก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทักษะการจัดการปัญหาและความขัดแย้ง ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวมีการวางแผนแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในครอบครัว ระยะที่ 4 เมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวจะได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ว่ามีสถานการณ์ใดหรือสิ่งกระตุ้นใดที่ไม่สามารถดำเนินตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกันวิเคราะห์และทบทวนสิ่งกระตุ้นที่ได้พบในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ปรัชญาหรือและวางแผนการจัดการกับปัญหา การดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวในทุกกิจกรรมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัว การได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukchit และคณะ¹⁵ ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว ที่พร้อมจะช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีกำลังใจที่จะปรับพฤติกรรม

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ คะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว มีค่าน้อยกว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว มีมากกว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivation enhancement therapy: MET) ในการเลิกดื่ม

แอลกอฮอล์ และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ซึ่งการบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ (MET) ประกอบไปด้วยการประเมินปัญหาพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดแอลกอฮอล์ การวางแผนจัดการกับสิ่งกระตุ้นการดื่มแอลกอฮอล์ และเสริมทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความเครียด โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลจะได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็น เมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการศึกษาพบว่าหลังบำบัดครอบครัวยังมีความหวาดระแวงและมีความเชื่อว่าผู้ติดแอลกอฮอล์จะกลับไปดื่มซ้ำ ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความเครียด ขาดกำลังใจและแหล่งสนับสนุน⁹ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ครอบครัวที่ได้ความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การบำบัดรักษา บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น¹⁶ ผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ สร้างความเชื่อมั่นในการลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางบวก ลดความขัดแย้งและปรับปรุงการสื่อสารในครอบครัว รวมไปถึงการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Salee และ Virasiri¹⁷ ที่พบว่า การปรับตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกติดแอลกอฮอล์และสามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ มักพบว่าได้รับกำลังใจระหว่างการรักษา โดยการใช้คำพูดสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ดังนี้



1. ด้านการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวไปใช้กับผู้ติดแอลกอฮอล์ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์ การพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการให้คำปรึกษาคอร์วี่ เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ในระยะยาว ควรมีการติดตามเป็นระยะและต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งทักษะในด้านต่าง ๆ ของผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวไว้

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีกรอบมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ และการให้คำปรึกษาคอร์วี่ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลในการให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาผู้ติดแอลกอฮอล์และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นความสำคัญของการพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์ในแต่ละระยะ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้อย่างครอบคลุม

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการดำเนินกิจกรรมหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการติดตามผลของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว

2. เนื่องจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวเป็นการบำบัดรายครอบครัว ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดรายกลุ่มครอบครัว ซึ่งกระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดปัจจัยการบำบัดร่วมกันภายในกลุ่มสมาชิก

3. เนื่องจากการดำเนินการวิจัยทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์อาการดีขึ้นจะถูกส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาต่อที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาหรือประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัวในหน่วยบริการหรือในชุมชน เพื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบการบริการ

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดอื่น ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือไม่



References

1. National statistical office. The survey of smoking behaviour and alcohol consumption among Thai population in 2017 [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 5]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>
2. International health policy program. Disability-adjusted life year: DALY 2014. Nonthaburi: The Graphico System; 2016.
3. Iwanicka KA, Olajosy M. The concept of alcohol craving. *Psychiatr Pol* 2015; 49(2): 295-304.
4. Ratanajuntar W, Uthis P. Selected factors related to cognitive impairment in persons with alcohol dependence [Master's thesis in Nursing Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
5. Hakulinen C, Elovainio M, Batty GD, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2015; 151: 110-4.
6. Rotunda RJ, Scherer DG, Imm PS. Family systems and alcohol misuse: Research on the effects of alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Prof Psychol Res Pr* 1995; 26(1): 95-104.
7. Rowe CL. Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *J Marital Fam Ther* 2012; 38(1): 59-81.
8. Totharong P, Limprasutr P, Wannapornsiri C. Experience of persistent cut down of alcohol intake among former alcohol dependence. *Journal of Nursing Science Naresuan University*. 2008; 2(2): 45-61. (in Thai)
9. Techaattakun A, Uthis P. The effect of family intervention for dual disorders program on alcohol consumption among alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity. *JRTAN* 2017; 18(Suppl): 22-31. (in Thai)
10. Pongam T, Uthis P. The effect of brief couple relationship therapy program on alcohol consumptions among alcohol dependence. *JRTAN* 2018; 19(Suppl): 450-8. (in Thai)
11. O'Farrell TJ, Murphy M, Alter J, Fals-Stewart W. Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. *Addict Behav* 2010; 35(1): 1-6.
12. Srikosai S. Effectiveness of motivational enhancement therapy among alcohol dependence clients receiving service at Suang Prugn psychiatric hospital [Master's thesis in Nursing Program]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
13. Thaonthong S, Lueboonthawatchai O. The effect of family counseling program on quality of life of schizophrenic patients in community [Master's thesis in Nursing Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005.



14. Sinlapakit P, Kittirattanapaiboon P. Guidelines for the problem of drinking alcohol for primary care unit. Bangkok: Tantawan Paper; 2010.
15. Sukchit P, Boonda P, Saneemongkorntharatorn K, Namkorn S. The effects of group counseling on reducing alcohol consumption in persons with alcohol dependence. JTNMC 2018; 5(1): 32-44. (in Thai)
16. Joolakson S, Sakda P, Joowong S, Krausanit S, Wichaidit K. Effects of family psychoeducation program on family function as perceived by patients with alcohol or substance induced psychotic. JPNMH 2017; 31(3): 71-83. (in Thai)
17. Salee A, Virasiri S. Family adaptation among alcohol dependent: Multi-cases study. Journal of Nursing and Health Care 2020; 38(2): 188-94. (in Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปรับปรุง ธันวาคม 2561)

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แกไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางพยาบาล
2. บทความวิจัย (research article) ทางพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ใต้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ email
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับ ดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุกรอบแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย
- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น
- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง
- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป
- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ
- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ควรมีความทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7-13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษ ข้างละ 1 นิ้ว บน-ล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า
2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน
3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิก ทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุค่าเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ทำย่ข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ทำย่ข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ผู้แต่งสามารถศึกษารายละเอียดการเขียนรายการอ้างอิงจาก Website: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf> หรือ สามารถดูตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงแบบ Vancouver โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล online อื่นๆ

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้องสมบูรณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนิย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพาทัง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

Email address: jnsu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน
โทรศัพท์ e-mail

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)
.....
.....
.....

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ปี..... ☐ ต่ออายุสมาชิก ปี.....

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7
(โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

.....
(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....



กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพากิ่ง

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 E-mail address: jnscu@chula.ac.th

รายนามคณาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา	จิระแพทย์
2. ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
3. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ยูนิพันธุ์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร	เกศพิชญวัฒนา
5. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์
6. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	ชัยวัฒน์
7. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
8. รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
9. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร	จิตปัญญา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยทวีกุล
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร	อุปเสน
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี	นาวิเจริญ
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรีนัย
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
22. อาจารย์ ดร.นพมาศ	พัทธอง
23. อาจารย์ ดร.ศกุนตลา	อนุเรือง
24. อาจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยุทธการ
25. อาจารย์ ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
26. อาจารย์ ดร.ปิ่นพัย	ศุภเมธาพร

