

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

The Effect Of Negative Symptoms Self- Management Program On Functioning Of Schizophrenic Patients With Negative Symptoms

ศิรินันท์ ลีทองคำ*, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

Sirinun Leethongkham*, Penpaktr Uthis

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร (10330)

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok (10330)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง และ 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนิน 7 กิจกรรม เพื่อพัฒนาทักษะ และการให้ความรู้ในเรื่อง การจัดการตนเอง อาการทางลบ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การจัดการอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด การใช้ยา การจัดการกับอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง 2) แบบวัดทักษะชีวิต และ 3) แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบวัดทักษะชีวิตและแบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย เฉพาะอาการทางลบ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคจิตเภท อาการทางลบ การทำหน้าที่ โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

Abstract

This study was a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were: 1) to compare the functioning of schizophrenic patient with negative symptoms before and after received the negative symptoms self-management program and 2) to compare the functioning of schizophrenic patient with negative symptoms who received negative symptoms self-management program and those who received regular nursing care activities. Forty of schizophrenic patient received services in in-patient department, Srithanya Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pairs and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the negative symptoms self-management program composed of 7 group activities to improve knowledge and relevant skills including self-management, negative symptom, use of cognitive negative symptom management techniques, self-care on daily life, medication management, emotional management, communication, and utilization of community resources. The control group received regular nursing care activities. Research instruments were: 1) The negative symptoms self-management program, 2) The Life Skill Profile, and 3) The negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the Life Skill Profile and the negative symptoms subscale of Positive and Negative Syndrome Scale was 0.94 and 0.90, respectively. Major findings were as follows:

1. The functioning of schizophrenic patients with negative symptoms who received the negative symptoms self-management program was significantly higher than that before, at $p .05$ level;
2. The functioning of schizophrenic patients with negative symptoms who received the negative symptoms self-management program was significantly higher than those who received regular nursing care activity, at $p .05$ level.

Keyword: schizophrenia, negative symptoms, functioning, negative symptom self- management program

บทนำ

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาระโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ(Disability Adjusted Life Years) ประมาณร้อยละ 1.1 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life lost due to Disability) คิดเป็นร้อยละ 2.8¹ สำหรับสถานการณ์ในต่างประเทศพบความชุกตลอดช่วงชีวิตประมาณ 4.0 ต่อ 1,000² ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.8 ต่อ 1,000³ เนื่องจากโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับคามผิดปกติของสมองในด้านความคิด การใช้ภาษา อารมณ์ พฤติกรรมและความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง อาการของโรคจิตเภทมีทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางสติปัญญา ซึ่งพบว่าจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการทางลบ⁴ อาการทาง

ลบ เป็นลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตาดูหน้าตาเฉยเมย ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับอาการทางลบมากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น⁴ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่น้อยมาก จนทำให้ไม่มีความตั้งใจทำในสิ่งต่างๆ เช่น พูดน้อย ไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล สามารถพบอาการทางลบได้มากถึงร้อยละ 61⁵ อาการทางลบมักจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ไม่ดีเท่าอาการทางบวก ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะเกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อการทำหน้าที่ทั้งด้านการทำงานและสังคม⁶

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง⁷ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพหรือการคงไว้ซึ่งการจ้างงาน⁸ ขาดการดูแลตนเอง จนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านการทำงาน การเงิน และอารมณ์ ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าตามมาหลังการดูแล⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีระดับอาการทางลบที่มาก ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการจัดการกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้อาการทางลบยังคงอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น⁴ ดังนั้น หากสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขให้อาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย¹⁰ จากการศึกษาที่มีการนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วย

จิตเภทมีอาการทางลบดีขึ้นและสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น^{11, 12} ดังนั้นพยาบาลจึงมีความสนใจนำรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง มาใช้เพื่อลดอาการทางลบและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

ทางลบด้วยตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของ Lorig et al¹² ซึ่งมีหลักการมาจากแนวคิดจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เพื่อให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติทักษะและความสามารถที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้สำเร็จได้ตามผลลัพธ์¹³ และเน้นการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา มีความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในตนเอง มีมุมมองต่อภาวะสุขภาพ สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ จนทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่เหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น¹⁴ การจัดการด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดจุดประสงค์ 2) การค้นหาวิธีการเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่เป็นเป้าหมาย 3) วางแผนการกระทำตามเป้าหมาย 4) ดำเนินตามแผนที่กำหนดไว้ 5) ตรวจสอบผลลัพธ์ 6) เปลี่ยนการกระทำถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย และ 7) ให้รางวัลแก่ตนเองถ้าทำสำเร็จ และผู้วิจัยมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบ ABC model ของ Ellis¹⁵ มาใช้ร่วมด้วยในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น โดยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง มีการปรับเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางลบลดลง และมีการทำหน้าที่ดีขึ้น โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยว



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้ปฏิบัติวิชาชีพกายอุปกรณ์ในประเทศไทย

กับการจัดการตนเองและอาการทางลบ 2) การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบโดยการจัดการทางความคิด 4) การพัฒนาทักษะการใช้ยา 5) พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสาร และ 7) การใช้ทรัพยากรในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่มาเข้ารับการรักษาแบบ

ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย 2) มีอาการทางจิตทุเลาลง จากแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging) อยู่ในระดับปานกลางหรือเล็กน้อย 3) มีอาการทางลบเป็นอาการเด่น ประเมินโดยเครื่องมือ PANSS 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ร่วมด้วย

5) ไม่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคเกี่ยวกับสมองและระบบประสาท 6) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 7) มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาได้แก่ระยะเวลาความเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบ แล้วทำการสุ่มโดยจับฉลากเลือกที่ละคู่เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญาแล้ว

รหัสโครงการ Q 18/2559 วันที่ 13 มิถุนายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง
ทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม
การวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้
ข้อมูล ซึ่งจะไม่มีการข่มขู่บังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้า
ร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผล
กระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูก
เก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น
หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยลงชื่อ
ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive
and Negative Syndrome Scale-Thai: PANSS-T)¹⁶ และ
แบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรงด่วน (Staging)
ของโรงพยาบาลศรีธัญญา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่
โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
จิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้แบบวัดทักษะชีวิตของ
Rosen et al¹⁷

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมิน
อาการทางจิตโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เฉพาะข้อ
คำถามอาการทางลบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม
ในด้านความรู้ เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง
โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
นำความรู้จากการศึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและ
ประสบการณ์จากการทำงานมาใช้ รวมถึงคำแนะนำจาก
อาจารย์ที่ปรึกษา เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ส่งโครงร่าง
การวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ประสานงาน
กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อขอความร่วมมือใน
การวิจัย การเตรียมสถานที่ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การเตรียม
ความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการ
สำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการทาง

ลบและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

2. ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล
ตามปกติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยได้รับการประเมินด้าน
ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ให้การดูแลตามปัญหา
เฉพาะรายและระดับความรุนแรงด่วนตั้งแต่ระดับวิกฤต รุนแรง
ปานกลางและเล็กน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาใน
เรื่องโรคจิตเภท และการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับสู่
ครอบครัวและชุมชน และกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตาม
ปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง
โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม
ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย ผู้วิจัยทำการกำกับการ
ทดลองทันทีหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 7 ในกลุ่มทดลอง
และในสัปดาห์ที่ 2 สำหรับกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็น
ผู้ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง
หลังจากนั้นอีก 3 วัน ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง
ทราบว่สิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและ
ร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติทดสอบ
ที (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard deviation) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
จิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง โดยกำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มี
อาการทางลบทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง
และชายเท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี
คิดเป็นร้อยละ 50 และ 42.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ
การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50
และ 65 ตามลำดับ มีประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40

และ 15 ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 0-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 45

2. คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.029$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ในทางตรงกันข้ามพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกันจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .293$) ดังตารางที่ 1

3. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.012$) แต่หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.612$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	119.80	13.648	ต่ำ	19	-9.029*	.000
หลังการทดลอง	141.60	6.484	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	119.85	14.240	ต่ำ	19	.293	.773
หลังการทดลอง	119.30	10.229	ต่ำ			

* $p < .001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	119.80	13.648	ต่ำ	19	-.012	.991
กลุ่มควบคุม	119.85	14.240	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	141.60	6.484	สูง	19	8.612*	.000
กลุ่มควบคุม	119.30	10.229	ต่ำ			

* $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง เป็นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะ โดยตั้งศักยภาพในตัวผู้ป่วยออกมาใช้ในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยผ่านกระบวนการจัดการตนเองและอาศัยกระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหา เข้าใจอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับโรคและอาการที่ตนเองเป็นอยู่¹⁸ กระบวนการจัดการตนเองมีขั้นตอนการตั้งเป้าหมาย ค้นหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหาอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเพื่อนำมาวางแผนการจัดการกับอาการทางลบของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ในกระบวนการจัดการตนเองมีการวัดระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการที่ตนเองวางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น¹⁹ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการได้จนสำเร็จ การตรวจสอบผลลัพธ์หลังการนำไปปฏิบัติ ที่มีการอภิปรายเป็นกลุ่ม กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ผู้ป่วยจะทราบผลจากการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองมากขึ้น²⁰ และเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ การให้รางวัลตนเอง ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไปให้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองให้ลดลง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจะดีขึ้น

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการทางลบมีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะอาการทางลบที่เป็นปัญหา ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้

ที่ได้รับร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการจัดการอาการทางลบของตนเองให้อาการทางลบลดลง ร่วมกับการนำแผนการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาไปฝึกปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน มีการฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อวางแผนการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาของตนเอง และวางแผนที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองมากขึ้น²¹ รู้จักวิธีการที่จะมารับบริการ ขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดการรักษา²² และจากที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เห็นพัฒนาการของตนเองที่เปลี่ยนไป สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อสามารถจัดการกับอาการทางลบของตนเองได้สำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้ตนเองทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การรู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยที่ซึมเศร้า แยกตัวพุดน้อย ได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำสิ่งใหม่เพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมตนเองในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองเป็นการใช้กระบวนการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการทำหน้าที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะในการจัดการอาการทางลบและการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม โดยควรติดตามในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน โดยอาจต่อเนื่องยาวถึง 1 ปี

3. จากประสบการณ์การใช้โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า การจัดการด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการวางแผนการดูแลตนเอง และนำไปปฏิบัติในการทำหน้าที่แต่ละวัน การฝึกทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้

ในการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สร้างความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการผิดปกติของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบสามารถทำหน้าที่ของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่มคือ ผู้ป่วยจะคิดช้าลง ต้องคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ทำให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วงแรกเกิดความล่าช้าไปบ้าง แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมไปพร้อมกับสมาชิกอื่นในกลุ่มได้อย่างต่อเนื่องโดยมีการกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือเป็นระยะๆ ซึ่งจากการพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า อายุที่มากและระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่า 10 ปี น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรู้คิดที่บกพร่องไป แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะคำนึงถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างแล้วก็ตาม ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมปัจจัยด้านอายุและการประเมินด้านความรู้คิด

3. เนื่องจากการวิจัยเป็นการให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบสามารถประเมินอาการทางลบของตนเองได้ โดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้หลังจากได้จัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

4. โปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอาศัยแนวคิดการจัดการอาการทางลบด้วยตนเอง ที่มีพื้นฐานมาจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังนั้นในการติดตามเพื่อให้ทราบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้มากน้อยเพียงใด ควรมีการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะในตนเองร่วมด้วยหรือกำกับการทดลองโดยการเพิ่มแบบประเมินสมรรถนะในตนเองในการวิจัยครั้งต่อไป

5. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบ

เทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้าว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอพระคุณ ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน บิดามารดา ที่คอยให้คำปรึกษา สนับสนุน เอื้ออาทร และเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

References

1. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*. 2005; 15(4): 399-409.
2. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Reviews*. 2008; 30(1):67-76.
3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popular Health Metrics*. 2010; 8(24):1-8.
4. Hunter R, Barry S. Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry*. 2012;27(6):432-6.
5. Knapp, Martin, McCrone, R. P, Leeuwemkamp, Oscar. Associations between negative symptoms, service patterns, and costs in patients with schizophrenia in the five European countries. *Clinical Neuropsychiatry*. 2008; 5(4):195-205.

6. Velligan DI, Alphas L, Lancaster S, Morlock R, Mintz J. Association between changes on the Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and measures of functional outcome in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2009; 169(2):97-100.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
8. Lindenmayer J-P. Increasing Awareness of Patient Functional Impairment in Schizophrenia and Its Measurement. *Primary Psychiatry*. 2008; 15(1):89-93.
9. Chan SW-c. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25(5): 339-49.
10. Erickson M, Jaafari N, Lysaker P. Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2011; 189(2):161-5.
11. Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia *Psychological Medicine*. 2007; 37(10):1393-402.
12. Lorig K, Ritter PL, Pifer C, Werner P. Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community Mental Health Journal*. 2013; 50(1):96-103.
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
14. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48(2):177-87.
15. Ellis A. Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*. 1957; 13(38-44).
16. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Prakarn-Thomyangkoon. 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)
17. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bulletin*. 1989; 15(2):325-37.
18. Lawn S, Battersby m W, Pols RG, Lawrence J, Mick TPa. The Mental Health Expert Patient: Findings from a Pilot Study of a Generic Chronic Condition Self-Management Programme for People with Mental illness. *International Journal of social Psychiatry*. 2007; 53:12.
19. Ryan P, Sawin Kj. The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspective on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. 2009; 57(4):217-25.
20. Stithyudhakarn S. The Effect of A Symptom Self-Management on Psychotic Symptoms for Multiple episodes Schizophrenic Patients: a thesis Doctor of Nursing Chulalongkorn University 2009. (in Thai)
21. Mausbach BT, Moore RC, Davine T, Cardenas V, Bowie CR, Ho J, et al. The use of the Theory of Planned Behavior to predic engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2013; 205:36-42.
22. Sangeunboonyapong N, Puapan S. Factor Relating to Loss to Follow-up Amomgschizophrenia Patients Enrolled in The Community Hospital in Chachoengsao Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2560; 18(1):229-36. (in Thai)