

ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก

สุจรรยา โลหาชิวะ พย.บ, ปร.ด.*, นันทกัต ชนะพันธ์ พย.ม.***, พูลสิน เฉลิมวัฒน์ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 ราย และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง 20 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ต่อไป

คำสำคัญ : ความสามารถในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก, การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง

The Effects of Psychoeducation and Continuing Care Program on Self-Care of a Person with First Episode Schizophrenia

Suchanya Lohacheewa R.N., Ph.D.*, Nantapuk Chanapan R.N., M.N.S.**, Poonsin Chalearmwat R.N., M.N.S.***

Abstract

The purpose of research was to examine the effects of psychoeducation and continuing care program on self-care of a person with first episode schizophrenia. The sample was the first episode schizophrenia patients who received outpatient treatment in outpatient department of university hospital, Bangkok. The sample of 40 was match paired into experimental and control groups, each containing 20 members. The research instruments comprised psychoeducation program, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), a questionnaire of demographic data, the self-care behaviors scale. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

* อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

* Instructor, Psychiatric and Mental Health Nursing,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

** Instructor, Psychiatric and Mental Health Nursing,
Instructor, Psychiatric and Mental Health Nursing,

*** Nurse, Department of nursing, King Chulalongkorn Memorial
Hospital

The results showed that: after participating in the psychoeducation and continuing care program, the experimental group had score of self-care ability statistically significantly higher than pre-test and the control group ($p < 0.05$). This research suggests that psychoeducation program and continues care developed from this research could increase the self-care capability of the first episode schizophrenia patients. It can be used as a guideline for the development of a nursing model by promoting self-care abilities of first-time schizophrenic patients. Therefore, the patient maintains the ability to take care of himself reduce the burden on the family or carer.

Keywords : Psychoeducation, Self-care, First episode schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความเรื้อรัง โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน¹ พบอัตราความชุก 4.6 ต่อ 1,000 ประชากรอัตราความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.2 ต่อ 1,000 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภท (incidence) 24 ต่อ 1,000 ของประชากรทั่วโลก² ในประเทศไทยจากสถิติพบว่าในปี 2561 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 500,000 ราย ซึ่งโรคจิตเภทไม่ได้เป็นเพียงความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด แต่ยังเป็นโรคเรื้อรังและร้ายแรงที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต¹ ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทยังเป็นโรคทางจิตเวชลำดับต้น ๆ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้อารมณ์และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ถึงแม้การรักษาในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทุเลาและสามารถกลับไปอยู่กับสังคมได้แต่ยังพบได้บ่อยครั้งที่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังมีอาการหลงเหลือ มีอาการกำเริบได้เป็นระยะ ๆ โดยพบว่าภายใน 1 ปีหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และไปใช้ชีวิตในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 60-70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก³

อาการนำของอาการจิตเภทของผู้ป่วยจะแสดงออกมาหลากหลายพฤติกรรม เช่น การแสดงความโกรธ การไม่มีกิจกรรมทางสังคม การสูญเสียความสนใจกับสุขอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่น ๆ⁴ ซึ่งอาการของโรคนี้อาจจะส่งผลต่อผู้ป่วยในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอน ความวิตกกังวล ความโกรธ/หงุดหงิด, อารมณ์หดหู่ ไม่มีสมาธิในการทำงาน การแยกตัวออกจากสังคม การสูญเสียของแรงจูงใจ⁵ ส่วนอาการทางลบ เช่น การแยกจากสังคม การสูญเสียความมั่นใจในตนเอง อาการเหล่านี้สามารถเกิดได้ในช่วงเวลา 3-5 ปีก่อนรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁴ ความรุนแรงของอาการจิตเภทไม่ได้ส่งผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังก่อให้เกิดความเครียดและผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย⁶ สมาชิกในครอบครัวมักจะประสบความทุกข์ ความกลัวและความสับสน เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติและก้าวร้าว⁷

โรคจิตเภทที่เกิดขึ้นครั้งแรกมักเกิดขึ้นในวัยรุ่นตอนปลาย

หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความเจ็บป่วยเริ่มมีอาการก่อนจะแสดงอาการชัดเจน 2-3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีความไม่แน่นอนและไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนส่งผลต่อการรักษาที่ล่าช้า⁸ อาการทางจิตที่เกิดขึ้นไม่สามารถบอกได้ล่วงหน้าหรือคาดการณ์ได้ ซึ่งจากภาวะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ทรมานทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว⁹ ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และการตัดสินใจทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกเขานับปญญายังปกติ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ อาการกำเริบยังเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น และเกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง มีการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70⁸ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม¹ และยังพบว่ามีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน¹⁰ โดยมีความยากลำบากในการแสดงความต้องการ การแสดงความรู้สึกจนขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคม มีปัญหาด้านการปรับตัว ขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่สามารถวางแผนหรือจัดการกับการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม

อาการผิดปกติทางจิตทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีการเจ็บป่วยด้วยอาการทางกาย⁴ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องของพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน¹⁰ และมักไม่เชื่อว่าตนเองป่วย ทำให้ขาดการรับรู้เกี่ยวกับอาการกำเริบของตนเอง และไม่สามารถ

จัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการกำเริบ เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ⁸ ผลกระทบอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ร่วมกับการที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลายาวนานจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลง¹¹ ขาดโอกาสพัฒนาทักษะและหน้าที่เหมือนคนทั่วไปเกิดความเครียดจนทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นเกิดความรู้สึกล้มเหลวในการดำรงชีวิตประจำวัน¹⁰ และก่อให้เกิดอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำได้ ถ้าอาการกำเริบยังเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพารวมมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ด้านครอบครัวจากภาวะที่เกิดจากโรคส่งผลให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจนต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล แต่มีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนที่มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วยปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่มีอาการความเจ็บป่วยซ้ำ ช่วยลดปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

โอเรม¹² ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน กิจกรรมดูแลตนเองมุ่งที่การจัดการแก้ไขปัญหามุ่งเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ว่าจะเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเองได้รับการสอนหรือแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลมีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันคือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคม จากแนวคิดเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองวิธีการที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ กระบวนการคิดการเรียนรู้การกระทำอย่างตั้งใจ จึงเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหา และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกที่ต้องดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านและเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกช่วยลดความเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมได้ตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม¹² เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยโอเรมกล่าวถึง ทฤษฎีการดูแลตนเองว่าเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจที่มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลของกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของการกระทำนั้น ๆ ในชีวิตประจำวัน และบุคคลยังสามารถนำความสามารถเหล่านั้นมาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลในการส่งเสริมหรือเป็นผลทางด้านลบต่อการกระทำตามหน้าที่ปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ นอกจากจะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ได้ด้วย

โอเรม¹² ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care) 2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care) และ 3) การดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน (Health Deviation of Self-care)

การดูแลตนเองเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับชนิดและความสำคัญของการกระทำที่จำเป็น ในการทำหน้าที่ของบุคคลเกี่ยวกับพัฒนาการและความผาสุกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก การดูแลตนเองด้านร่างกายจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและการทำหน้าที่ของตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก โดยการประยุกต์แนวคิดความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ลักษณะของโอเรม¹² ได้แก่การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องมีรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกจำนวน 5 กิจกรรม และมีการติดตามการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกจำนวน 1 ครั้ง ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง **กิจกรรมที่ 2** ความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา **กิจกรรมที่ 3** การสังเกตอาการเตือนและการจัดการอาการเบื้องต้น **กิจกรรมที่ 4** การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการอาการเบื้องต้น **กิจกรรมที่ 5** การส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จากนั้นติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกจำนวน 1 ครั้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกจิตเวช) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกจิตเวช) และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (First episode schizophrenia) ที่มีช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM V¹³ อายุ 18-60 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม และมีอาการคงที่ (ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) โดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน และสามารถฟังพูดและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck¹⁴ ที่กล่าวถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนกลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (drop out) และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน มีการควบคุมตัวแปรด้วยการจับคู่อาการทางจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาและการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการดูแล

ตนเองของโอเรม¹² เพื่อให้มีความเหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย งานวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 5 กิจกรรม โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จากนั้นจะดำเนินการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งประกอบไปด้วย แผนกิจกรรมในโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา จำนวน 8 ข้อ และคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพัฒนาขึ้นโดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ¹⁵ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 35 ข้อ (ข้อ 2-4, 6-15, 17-19, 21-22, 24-27, 31-35, 37-44) และข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ (ข้อ 1, 5, 16, 20, 23, 28, 29, 30, 36) โดยแบ่งตามรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-8, 32) (2) ด้านการขับถ่าย จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 9) (3) ด้านการดูแลทำความสะอาดร่างกาย จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 10-14, 33-34) (4) ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 15-19, 35) (5) ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 20-25) (6) ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ จำนวน 15 ข้อ (ข้อ 26-31, 36-44) การแปลผลคะแนนทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถาม นำมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (44 - 102) การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (103 - 161) และการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (162 - 220)

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่

ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 12172019 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2562 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2563 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยสรุป เปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสมัครใจที่จะเข้าร่วม ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ โดยไม่มีการบังคับ สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยใช้หมายเลขแทนการระบุชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยมีการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการประเมินแบบวัดต่าง ๆ โดยใช้วิธีการหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ระหว่างหัวหน้าทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน และการเตรียมในการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ อาทิเช่น เป็นผู้แจกเอกสารอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ให้การช่วยเหลือในการกระตุ้นผู้ร่วมกลุ่ม พร้อมกับให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มิกิจกรรมอื่น ๆ ทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่มและการดำเนินการทดลองตามขั้นตอนในโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง และรายละเอียดของเครื่องมือและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจนมีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยการให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือน อาการนำก่อนอาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช

3. กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง โดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองทุกครั้ง กิจกรรม 5 กิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน

สภาพปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้วิจัยทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการประเมินปัญหาทั่วไปที่เกิดขึ้น และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

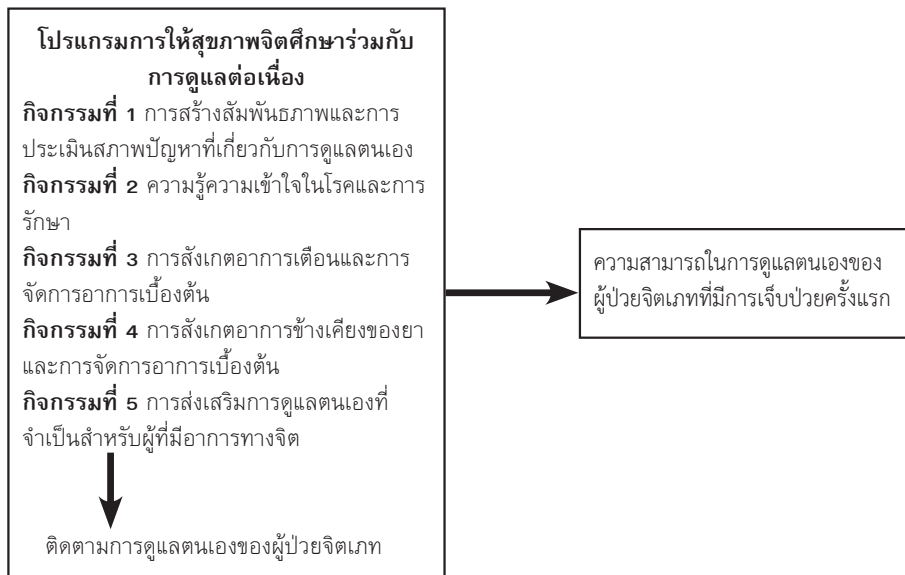
กิจกรรมที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวโดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการเตือนและการจัดการอาการเบื้องต้น เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ช่วยป้องกันการกำเริบของโรค และจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการอาการเบื้องต้น เพื่อการสร้างความรู้ความตระหนักเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากสาเหตุสำคัญของผู้ป่วย คือ การขาดความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตเภท วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดจากการรับประทานยา ผักสังเค็ด และผักการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่จะช่วยให้สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น จะทำให้การดูแลตนเองได้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีอาการทางจิต เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีอาการทางจิตจะทำให้บุคคลมีแนวทางในการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบแผนการนอน แบบแผนการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ภายหลังจากครบ 5 กิจกรรม มีการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ครั้ง โดยติดตามการดูแลตนเองในเรื่องของการสังเกตอาการผิดปกติและการจัดการอาการของตนเองเบื้องต้น การรับประทานยา และการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีแนวทางในการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นและย้ำในทักษะที่จำเป็น จะช่วยให้ความสามารถในการดูแลตนเองคงอยู่ได้นานมากขึ้นการประเมินผลการทดลองผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกหลังจากมีการติดตามการดูแลตนเอง



ภาพที่ 1 โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง

ของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ครั้ง โดยกิจกรรมปรากฏ ดังภาพที่ 1
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยตรวจสอบข้อมูลพบว่ามีค่าต่อเนื่องและมีการกระจายเป็นโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกระหว่างกลุ่ม

ที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล
กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.00 เท่ากัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25-54 ปี (SD = 8.538) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21-58 ปี (SD = 9.760) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00
2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ความสามารถในการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	179.25	7.50	สูง	19	-16.175	0.000*
หลังการทดลอง	212.20	3.53	สูง			
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	179.95	9.05	สูง	19	-2.071	0.052
หลังการทดลอง	186.80	12.62	สูง			

* p < 0.05

ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก หลังการทดลอง (\bar{X} = 212.20, S.D = 3.53) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 179.25, S.D = 7.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มี

การเจ็บป่วยครั้งแรก หลังการทดลอง (\bar{X} = 186.80, S.D = 12.62) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 179.95, S.D = 9.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกมีความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ความสามารถในการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
กลุ่มควบคุม	179.95	9.05	สูง	38	0.266	0.791
กลุ่มทดลอง	179.25	7.50	สูง			
หลังการทดลอง (n = 20)						
กลุ่มควบคุม	186.80	12.62	สูง	21.961	-8.669	0.000*
กลุ่มทดลอง	212.20	3.53	สูง			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกกลุ่มทดลอง (\bar{X} = 212.20, S.D = 3.53) กลุ่มควบคุม (\bar{X} = 186.80, S.D = 12.62) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม¹²

ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนส่วนใหญ่มีความริเริ่มตั้งใจกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและเอาใจใส่ในตัวเองลดลง⁶ จนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง จะได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จากนั้นจึงได้รับการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเอง จนสามารถทำได้ หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่น มีการแต่งกายที่สะอาดและเหมาะสม มีการล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถดูแลความสะอาดของบ้านได้ และเมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้งตามโปรแกรมแล้ว ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ดีขึ้น เช่น รับประทานยาได้ตรงเวลาและต่อเนื่อง สามารถควบคุมอารมณ์ความเครียดหรือพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น และเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวได้มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นการลดภาระให้กับครอบครัวได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในสถานการณ์โควิดเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปอยู่ในชุมชน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 ควรมีการติดตามประสิทธิภาพหรือการคงอยู่ของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World health statistics 2016. Geneva: WHO; 2016.
- Sadock BJ, Sadock AV. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. J Adv Nurs 2003;44(5):490-8.
- Maj M, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, Sato M, Okasha A. Early detection and management of mental disorders. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
- Miller R, Mason SE. Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. J Con-temp Psychother 2005;35(2):211-21.
- Lohacheewa S, Sitthimongkol Y, Sirapo-ngam Y, Viwatwongkasem C. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. Pacific Rim Int J Nurs Res 2016;20(3):183-95.
- Reed SI. First-episode psychosis: a literature review. Int J Ment Health Nurs 2008;17(2):85-91.
- Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. Acta Psychiatr Scand 2003;108(4):285-9.
- Pipatananond P, Boontong T, Hanucharunkul S, Rujkorakarn D, Vorapongsathorn T, Sitthimongkol Y. Caregiver burden predictive model: an empirical test among caregivers. Thai J Nurs Res 2002;6(2):24-40.
- Videbeck SL. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Kaplan HL, Sadock JB. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavior sciences and clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2015.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช, นกวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ ลิทธิมงคล, ถวิล นภาพงศ์สุริยา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542;13(2):45-54.
- เนตดา วงศ์ทองมานะ. ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.