

ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อ  
การทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท  
The Effective of Psychoeducation Activity Focusing on Skill Training  
on Social Functioning and Symptom Psychotic of  
Schizophrenia Patient

โดย

ภาวิณี	สถาพรธีระ
กาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู
เอมหทัย	ศรีจันทร์หกล้า
ประทุมวัน	ชัยยันต์
ภาสินี	โทอินทร์

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2568

ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิต  
ในผู้ป่วยจิตเภท

ภาวิณี สถาพรธีระ กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า ประทุมวัน ชัยยันต์ ภาสินี โทอินทร์

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 50 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และแบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแคว์ เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและลดอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเองและสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

**คำสำคัญ:** สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ การทำหน้าที่ทางสังคม อาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภท

## The Effective of Psychoeducation Activity Focusing on Skill Training on Social Functioning and Symptom Psychotic of Schizophrenia Patient

Pawinee Stapornteera, Karnkanok Surinchompu, Emhathai Srichanla, Pratumwan Chaiyan, Pasinee Thoin

### Abstract

**Objective:** To study the effectiveness of a skills-focused mental health education program on social functioning and psychiatric symptoms in schizophrenic patients.

**Methods:** This study design was quasi-experimental, two-group, pretest-posttest and follow-up design. The sample consisted of 50 inpatients with schizophrenia admitted to Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, selected according to predefined criteria using simple random sampling into an experimental and a control group of 25 patients. The experimental group received an education program, while the control group received standard care. Data collection instruments included a social functioning assessment scale and a psychiatric symptom assessment scale. General data were analyzed using descriptive statistics, and compared between two groups with the chi-square test. Social functioning scores and psychiatric symptoms within the experimental group were compared using repeated measures one-way ANOVA, compared between groups using the independent t-test.

**Result:** 1) the experimental group had significantly higher social functioning scores at after the program completion than before and higher than the control group ( $p < 0.05$ ). lower psychiatric symptom scores than the control group immediately after the completion of the program and one month after discharge ( $p < 0.05$ ). 2) the experimental group had significantly lower psychiatric symptom scores at after the program completion than before and lower than the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The mental health education program focusing on skills training was effective in promoting social functioning and reducing psychiatric symptoms in schizophrenic patients. It can be applied in patient self-care and support relatives in patient care, as well as help reduce the relapse rate in patient with schizophrenia

**Keywords:** psychoeducational program focused on skills training, psychotic symptoms, schizophrenia, social functioning,

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นจากความมุ่งมั่น ตั้งใจ และมีแรงจูงใจที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่สำคัญและมีจำนวนมาก เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน บางรายอาจต้องดูแลตลอดชีวิต เป็นภาระของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมประสบการณ์ จากการปฏิบัติกรพยาบาล รายบุคคลที่มีการศึกษา หาความรู้ และพัฒนาทักษะด้านต่างๆ สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมบำบัดแบบรายกลุ่ม เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท จนกระบวนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ทั้งนี้เพราะได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายๆ ท่าน โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ขอขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์อาทิตย์ เล่าสุขอังกรู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ เอื้ออำนวยสถานที่ และเป็นพี่ปรึกษา ในการดำเนินการวิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณนางปรารธนา คำมีสินนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจกรพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษาวิจัย ให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้ศึกษาอบรม เรียนรู้ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณกัลยาณมิตร บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ เอื้ออำนวยความสะดวก และช่วยประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มบำบัด และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ อันพึงมีจากการศึกษาวิจัยฉบับนี้ และขอเป็นกำลังใจให้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชทุกคน

คณะผู้วิจัย  
มิถุนายน 2568

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	6
3. คำถามการวิจัย	6
4. สมมุติฐานการวิจัย	6
5. ขอบเขตการวิจัย	7
6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	7
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	8
8. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	11
2. แนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	22
3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	25
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
1. รูปแบบการทดลอง	34
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
4. วิธีดำเนินการวิจัย	43
5. การพิทักษ์สิทธิ์	46
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	47

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	48
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	57
1. สรุปผลการวิจัย	57
2. อภิปรายผล	59
3. ข้อจำกัดในการวิจัย	62
4. ข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	73
ก โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและ อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท	74
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	90
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	104
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	107
จ ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย	109

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	48
2	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน	51
3	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน	52
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	52
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	53
6	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	54
7	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	55

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2	รูปแบบการทดลอง	34
3	ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	37
4	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	55
5	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	56

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีอุบัติการณ์สูงและมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพในวงกว้าง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 0.30 ของประชากรทั้งหมด โดยพบมากในวัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มพบในเพศชายมากกว่า เพศหญิง (World Health Organization, 2024) ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 0.70-1.00 (Keepers et al., 2020) โรคจิตเภทจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีภาระความพิการ 10 อันดับแรกเมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดภาระโรค (WHO, 2024) ที่สร้างภาระความพิการและผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงที่สุดระดับโลก (Anbasse et al., 2024) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคจิตเภทในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 104.39 เป็น 132.71 ต่อแสนประชากร และความชุกเพิ่มจากร้อยละ 1.39 เป็นร้อยละ 1.48 โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับ เขตสุขภาพอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2568) สะท้อนถึงภาระโรคจิตเภทที่กระจุกตัวในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพจิตในระดับภูมิภาค

ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทจะแสดงออกถึงความผิดปกติทางกระบวนการคิด การรับรู้ที่บิดเบือนไปจากความจริง การแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ รวมถึงการแสดงพฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูนุท กาบคำบา, 2567; พิชามณูชู่ อินทะพุดม, 2565) รวมทั้งมีความบกพร่องด้านความคิด และสติปัญญา ซึ่งความบกพร่องในการรู้คิดนี้ เป็นลักษณะสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ความชุกของความบกพร่องทางการรู้คิด มักอยู่ในช่วงตั้งแต่ประมาณ 1 ใน 3 จนถึงมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยจิตเภท ขึ้นกับชนิดโรค ระยะโรค และเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน (Bowie & Harvey, 2023; Chisholm, 2023) ทำให้ โรคจิตเภทได้ถูกจัดให้เป็นโรคทางจิตเวช ที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ถือเป็นความพิการจากจิตใจ และสังคมที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (พิชามณูชู่ อินทะพุดม, 2565) ผู้ป่วยจำนวนมากต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจาก มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำเมื่อหยุดหรือเว้นการรักษา (Schimmelmann, 2023) นอกจากนี้มักพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่อง ในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งนำไปสู่ปัญหา การทำหน้าที่ประจำวันบกพร่อง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพ และการปรับตัวในชุมชน รวมถึงการแยกตัวและขาดทักษะแสดงความรู้สึก การรับรู้ทางสังคมต่ำ ประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและจัดการเวลาลดลง (Barlati, Nibbio & Vita, 2024) และผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 80-90 ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคม การเรียน การสนับสนุนสังคมต่ำ ซึ่งเพิ่มปัญหาการอยู่ร่วมกับชุมชน (Correll, Xiang, Sarikonda, et al., 2024) การบกพร่องทางจิตสังคมเพิ่มโอกาสกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ป่วยขาดการสนับสนุนสังคมมีอัตราสูง 3.1 เท่า การกลับเป็นซ้ำบ่อยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตต่ำ การมีส่วนร่วมสังคมน้อย และว่างงานเรื้อรัง

สถานการณ์การกำเริบและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราสูง สอดคล้องกับการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในเอธิโอเปีย พบอัตราการกลับเป็นซ้ำภายในปีแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 26-30 และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเมื่อระยะเวลาติดตามนานขึ้น (Hareru, Gezae & Gebregers, 2023) และประมาณร้อยละ 30-40

มีการกลับเป็นซ้ำภายในช่วงติดตามประมาณ 2 ปี และจำนวนครั้งของการกำเริบ สัมพันธ์โดยตรงกับต้นทุนด้านการรักษาและการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพที่สูงขึ้น การกลับเป็นซ้ำดังกล่าวสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของการทำงาน การดูแลตนเองลดลง และภาวะต่อครอบครัวและสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Crowe & Lyness, 2014) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ มีระยะอาการนำและสัญญาณเตือนที่ค่อยเป็นค่อยไป เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลง วิดกกังวล หงุดหงิด การทำงานมีความบกพร่อง ผลการเรียนลดลง การแยกตัวทางสังคม และอาการทางจิตระดับต่ำ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการกำเริบ และใช้เป็นแนวทางการเฝ้าระวังเพื่อการตอบสนองที่รวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรงและความถี่ของการกลับเป็นซ้ำได้ (Stowkowy, 2023)

เนื่องด้วยโรคจิตเภทเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังและมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ตามนัด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการจัดการความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญในการลดโอกาสกำเริบของโรค (WHO, 2024) การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลและฟื้นฟู ทั้งในด้านการช่วยกำกับการใช้ยา การสังเกตอาการเตือน การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะยาว (Lawang & Suksawat, 2023) รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนให้คำแนะนำจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตบำบัด เป็นต้น (Zhang, Liu, Zang, Li, Xiao & Yu, 2023) อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยยังพบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทยังคงสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการมีความพร้อมของปัจจัยป้องกัน ทั้งด้านผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวไม่เป็นไปตามแผนการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา อันเป็นผลสืบเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดความรู้เรื่องโรค ทักษะในการสังเกตอาการเตือน และขาดการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน (Lawang & Suksawat, 2023) ปัญหาจากการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง การดำเนินของโรคมีลักษณะเป็นแบบเรื้อรังเกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้นและมีความรุนแรง ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟูที่ไม่ดี

จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด จำนวน 31,713, 30,307 และ 30,573 ราย และจากจำนวนทั้งหมดของผู้ป่วย ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและมีอาการรุนแรง ได้ถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 828, 931 และ 1337 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.44, 38.61 และ 47.43 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์, 2565-2567) ซึ่งมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชทั้งหมดเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ พิจารณาจากปริมาณของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากร้อยละ 2.59 เป็นร้อยละ 3 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษา ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองหรือขาดคนดูแล 3) ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ญาติไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ ญาติบางรายที่ดูแลผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่าย

เป็นภาวะ จึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจ (Pitanupong, Ratanaapiromyakij & Teetharatkul, 2022; Owusu, Oluwasina, Nkire et al., 2022)

จากอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน ความคิดหลงผิด ความคิดและการพูดที่ไม่เป็นระเบียบ อาการเหล่านี้รบกวนการรับรู้ความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวง กลัว หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ จนส่งผลต่อการดูแลตนเองและปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ยากลำบาก (Ruiz-Castañeda, Molina, Loaiza & González, 2022) รวมถึงแรงจูงใจลดลง ไม่สนุกกับสิ่งต่าง ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง แยกตัวจากสังคม และพูดน้อยลง ซึ่งสัมพันธ์อย่างมากกับการเสื่อมถอยในการทำงาน การดูแลตนเอง และการเข้าสังคมในระยะยาว ด้านการรู้คิด ครอบคลุมปัญหา ด้านความสนใจ ความจำ การคิดวางแผน การแก้ปัญหา และการรู้คิดทางสังคมเป็นตัวทำนายสำคัญต่อความสามารถในการทำงาน การจัดการการเงิน การดูแลบ้าน และการทำบทบาททางสังคม ต่าง ๆ (Bowie & Harvey, 2023) ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรักษาด้วยยา การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดที่เน้นความสามารถทางสติปัญญา (cognitive) การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ การบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ การใช้สัมพันธ์ภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นต้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และการปรับตัวทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนระดับการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ รายงานสอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ยังคงมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ ได้แก่ การดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ รวมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย มีพฤติกรรมไม่รับประทานยา ลืมรับประทานยา หรือหลีกเลี่ยงการใช้ยาตามแผนการรักษา ส่งผลให้การควบคุมอาการเป็นไปได้อย่างยากยิ่งขึ้น (Harvey et al., 2020) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทยังพบข้อจำกัดด้านการใช้เวลาว่างและการมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ โดยส่วนใหญ่มักใช้เวลาว่างไปกับการนอนหรือการอยู่เพียงลำพัง ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าสังคมและการพัฒนาศักยภาพตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบของโรค เช่น การขาดแรงจูงใจ และการแยกตัวทางสังคม (Galderisi et al., 2021)

ด้านความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่อง ด้านกระบวนการคิด และการสื่อสาร ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมปลีกตัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว หรือกิจกรรมทางสังคมภายนอกบ้าน รวมถึงปฏิเสธการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน อีกทั้งยังอาจแสดงอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น (Ruggeri et al., 2020) ด้านอาชีพและการทำงาน งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ และแม้ในกรณีที่สามารถประกอบอาชีพได้ ก็มักได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่า และมีความไม่มั่นคงในการทำงาน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัวในบริบทการทำงาน (Kinoshita et al., 2020) สะท้อนให้เห็นว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการควบคุมอาการทางจิตเท่านั้น หากแต่จำเป็นต้องส่งเสริม

การทำหน้าที่ทางสังคมอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการฝึกทักษะทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำ และเสริมสร้างการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างยั่งยืน

การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training: SST) มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตรอยู่ในชุมชน โดยอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ ไปใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน SST ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ลดอาการด้านลบ และการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น จากงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องด้านระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหลายมิติ เช่น การดูแลตนเอง (อาบน้ำ แต่งตัว กินยา) การดำรงชีวิตในที่พักอาศัย (จัดการบ้าน การเงิน) การทำงาน หรือเรียนหนังสือ และการรักษาความสัมพันธ์ทางสังคม อาการด้านการรู้คิดและอาการด้านลบ มีบทบาทสำคัญที่สุดต่อการเสื่อมถอยในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะด้านงาน การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต แม้อาการด้านบวกจะสงบด้วยยาแล้ว ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Bowie & Harvey, 2023; Lysaker, 2003)

จากการศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกอาชีพ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีเพียง โปรแกรมการจัดการกับความเครียดเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยทางด้านอารมณ์ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จะต้องให้ความสำคัญ และค้นหาวิธีในการจัดการกระทำกับปัจจัยดังกล่าวได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับ และสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วย และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ส่วนการจัดการกับอาการ Symptom Management Module สามารถลดอาการทางจิต และปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ อัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมและเพิ่มอัตราการจ้างงานมากขึ้น

จากการทบทวนแนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กับการทำหน้าที่ทางสังคม และการฝึกทักษะในผู้ป่วยจิตเภท และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ที่เชื่อมกับการทำหน้าที่ทางสังคมและการฝึกทักษะ ในผู้ป่วยจิตเภท มุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค การจัดการความเครียด การปรับทัศนคติ ความคาดหวังและการสื่อสารภายในครอบครัว รวมทั้งบทบาทของญาติและผู้ดูแล และการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ 6 ด้าน ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับและจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต การบริหารและจัดการยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม สามารถลดอาการทางจิต และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น การใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ถือว่าเป็นการพยาบาล ที่มีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรง หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม ในการจัดการกับปัญหา และสามารถปรับตัวได้ ประสิทธิภาพผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิด และมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และบทบาทผู้ให้ความรู้ของพยาบาลจิตเวชซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จำเป็นต้องมุ่งผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำหน้าที่ทางสังคม และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด จากนโยบายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ได้มุ่งเน้นให้รับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาล เฉพาะระยะที่อาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน (ยุพิน แก้วนา, 2563 ; กฤษดา เสือสา, 2566) เนื่องจากเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการปรับตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการเรื้อรัง และต้องการการดูแลไปตลอดชีวิต การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดกำลังใจ ต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า รับรู้ว่ามีคนต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่น ในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น (Fadden, 1998) ครอบครัวจึงเป็น แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำเมื่อกลับสู่ชุมชน (Lieberman et al., 1998)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาจัดกระทำกับปัจจัยแต่ละด้าน เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม มาใช้ร่วมกับการฝึกทักษะตามแนวคิดการฝึกทักษะ ในด้านการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือน การปรับตัวกับอาการเฉียบพลัน การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ยาคลายเครียด การบริหารจัดการยา ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา

การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการบริหารยา การอธิบายถึงผลข้างเคียงของยา และทักษะการขอความช่วยเหลือ จากทีมสุขภาพ ซึ่งการให้ สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และมีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเพิ่มทักษะทางสังคม สำหรับการฝึกเสริมทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ กับอาการทางจิต อาการข้างเคียงและสร้างพฤติกรรมการใช้ยาให้ดีขึ้น ซึ่งจะลดการกำเริบ ลดการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และกลับไปอยู่ในชุมชนได้ อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตของผู้ป่วยในจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 3. คำถามการวิจัย

3.1 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันหรือไม่

3.2 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันหรือไม่

## 4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้น การฝึกทักษะ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4.4 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental.research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pretest-posttest and follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการจัดการอาการทางจิต การบริหารและจัดการยาด้วยตนเอง และมีความพร้อมการทำหน้าที่ทางสังคม ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย เพศหญิง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม - ธันวาคม 2567 ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิต

## 6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**6.1 ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัส F20.0 ถึง F20.9) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี อาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)  $\leq$  36 คะแนน และไม่มีภาวะพร่องทางความคิด ความจำ และเชาวน์ปัญญา โดยมีคะแนนตามแบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE) ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการจัดการอาการทางจิต การบริหารและจัดการยาด้วยตนเอง และมีความพร้อมการทำหน้าที่ทางสังคม

**6.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ** หมายถึง รูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคม และแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ มีจำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และกิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำกิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 2 สัปดาห์

**6.3 การทำหน้าที่ทางสังคม** หมายถึงความสามารถในการปรับตัว การใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เพื่อสนองต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยใช้แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

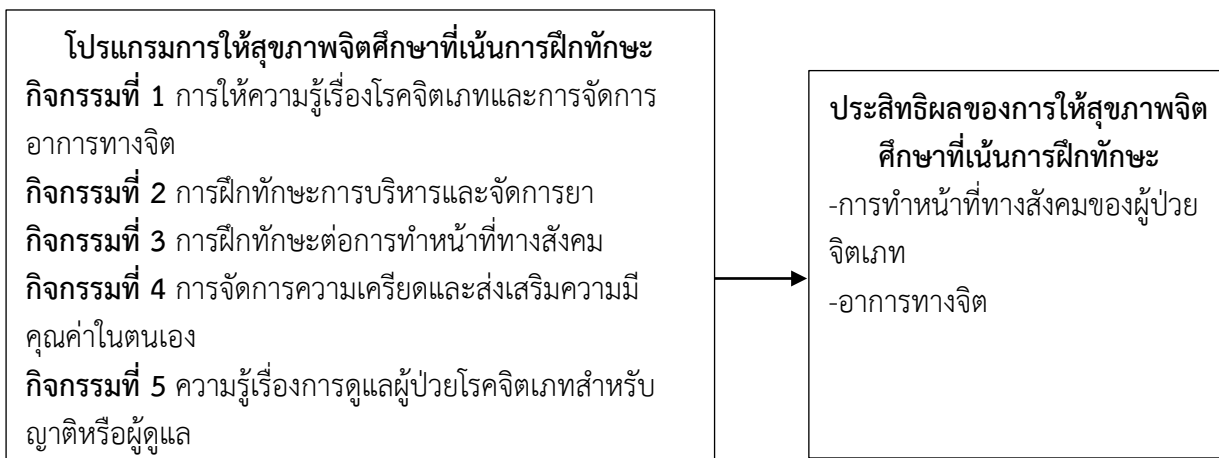
(social functioning scale) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม 2) ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล 3) การมีกิจกรรมทางสังคม 4) กิจกรรมนันทนาการ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง และ 7) การจ้างงาน/อาชีพ

**6.4 อาการทางจิต** หมายถึง อาการแสดงออกทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งครอบคลุมอาการในหลายมิติ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการโรคจิต เช่น อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน 2) กลุ่มอาการด้านลบ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง ความรู้สึกและแรงจูงใจในสิ่งต่าง ๆ น้อยกว่าบุคคลทั่วไป และ 3) กลุ่มอาการด้านความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ เช่น ความคิด การพูด และพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ กระจัดกระจาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

**6.5 การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา กลุ่มกิจกรรมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน โฮกอร์ตี้ และไรส์ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) และการทำหน้าที่ทางสังคม (social function skill) ของบิชวูด (Birchwood & Chadwick, 1997) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับยา และการจัดการกับอาการของ Liberman (2006) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการทางจิตของตนเอง และทักษะทางสังคม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น และอาการทางจิตลดลงได้ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ในรูปแบบกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 4 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1-4 ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และดำเนินกิจกรรมกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยอีก 1 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 5 กิจกรรมในโปรแกรมเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภท และการจัดการอาการทางจิต 2) การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา 3) การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม 4) การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และ 5) การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งดำเนินการหลังทำกิจกรรมที่ 4 เสร็จสิ้นใน 1 วันถัดมา ดังนั้นจึงใช้ระยะเวลาในการทำ 5 กิจกรรมติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในแต่ละครั้ง 60 นาที ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 8. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

8.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ (โปรแกรมเฉพาะโรค) สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล

8.2 มีรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับให้พยาบาลในหอผู้ป่วย นำไปบำบัดผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเอง ที่มีความเฉพาะทางในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

8.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย สำหรับผู้สนใจเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental.research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ (Two group pretest-posttest and follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม-ธันวาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้สรุปสาระสำคัญนำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
  - 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท
  - 1.4 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
  - 1.5 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.6 การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
2. แนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 แนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคม
  - 2.2 แนวคิดการฝึกทักษะ
  - 2.3 การประเมินหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
  - 3.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 3.2 แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
  - 3.3 กระบวนการกลุ่ม
  - 3.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะของผู้ป่วยจิตเภท
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพด้านความคิดและด้านการรับรู้ การแสดงอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเซาว์ปัญญา ยังคงปกติ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต ที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงาน หรือกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มาโนช หล่อตระกูล (2555) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภทแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) อาการทางบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผนและพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ 2) อาการด้านลบ ประกอบด้วย อารมณ์ที่อ้อ เฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคม และกิจกรรมที่เคยสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และ 3) กลุ่มอาการด้านความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ เช่น ความคิด การพูด และพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย

กรมสุขภาพจิต (2560) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติของอาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการการตัดสินใจ การวางแผนลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจลดลง และความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง แนวทางหลักในการรักษาโรคจิตเภทคือ ยาต้านโรคจิต (antipsychotics drug) ช่วยควบคุมอาการ อีกทั้งยังสามารถลดการกำเริบและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย

จึงสรุปว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และด้านความคิด ส่งผลให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ระดับสติสัมปชัญญะและระดับเซาว์ปัญญาเป็นปกติ ทั้งนี้ต้องมีอาการในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้บุคคลใกล้ชิดสามารถที่จะสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติได้

### 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงทางคลินิกของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาการทั้งสองกลุ่มนี้มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมหรือประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นหรือผิดแปลกไปจากปกติ มักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการรับรู้ การสื่อสาร และพฤติกรรม โดยสามารถแบ่งตามมิติของอาการออกเป็น 2 ด้านหลัก

1) Psychotic dimension ประกอบด้วย อาการหลงผิด (delusion) และอาการประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิดเป็นความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริงและไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยเหตุผลหรือหลักฐานที่เหมาะสม ชนิดของอาการหลงผิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมถึงอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider นอกจากนี้ อาจพบอาการหลงผิดชนิดอื่น เช่น somatic delusion, religious delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้ตามความเป็นจริง โดยอาการหลงผิดที่อยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ถือเป็น bizarre delusion (American Psychiatric Association, 2022; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดในโรคจิตเภทคือ auditory hallucination ซึ่งอาจเป็นเสียงคนพูดคุยเกี่ยวกับผู้ป่วย เสียงวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือเสียงสั่งการ ให้ผู้ป่วยกระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ อาจพบ auditory hallucination ที่ไม่มีความหมาย หรืออาการประสาทหลอนชนิดอื่น เช่น tactile hallucination หรือ somatic hallucination ได้บ้าง อาการประสาทหลอนที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider (Sadock et al., 2022)

2) Disorganization dimension ประกอบด้วย disorganized speech และ disorganized behavior

Disorganized speech เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด ที่สะท้อนออกมาทางการพูด โดยผู้ป่วยไม่สามารถเรียบเรียงความคิด ให้เป็นลำดับหรือมีทิศทางที่ชัดเจน ส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่น ไม่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ ได้แก่ loose associations, incoherent speech และ tangentiality เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าว ต้องมีความรุนแรง จนกระทบต่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน จึงถือว่ามีความสำคัญทางคลินิก Disorganized behavior หมายถึงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป จากบรรทัดฐานทางสังคมอย่างชัดเจน เช่น การแต่งกายไม่เหมาะสมกับสภาพอากาศ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลบกพร่อง การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ หรือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน (Stahl, 2021)

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการที่สะท้อนถึงการขาดหรือการลดลงของความสามารถหรือพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปควรมี ซึ่งมักมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย อาการด้านลบที่พบบ่อย ได้แก่ alogia, affective flattening, avolition และ asociality

1) Alogia หมายถึง การพูดน้อย ปริมาณและเนื้อหาของ การพูดลดลง ผู้ป่วยใช้เวลานานในการตอบคำถามหรือให้คำตอบที่สั้นและไม่ครบถ้วน

2) Affective flattening เป็นการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงอารมณ์ทางสีหน้า ไม่ค่อยสบตา แม้บางครั้งอาจมีอารมณ์ดีหรือยิ้มบ้าง แต่โดยรวม การแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงอย่างชัดเจน

3) Avolition หมายถึงการขาดแรงจูงใจหรือความกระตือรือร้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเฉื่อยชา ไม่สนใจการดูแลตนเอง หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และอาจนั่งอยู่เฉย ๆ เป็นเวลานาน

4) Asociality คือการเก็บตัว ไม่สนใจหรือไม่แสวงหาปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขาดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Sadock et al., 2022; กรมสุขภาพจิต, 2565)

อาการด้านลบมักตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้จำกัด และจำเป็นต้องอาศัยการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การฝึกทักษะทางสังคมและการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

### 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) มีดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อย่างน้อย 1 อาการ คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดจาสับสน เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรงคำถาม พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมมาก หรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัวจากสังคม

B. ส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือการใช้ชีวิตในสังคม

C. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

การวินิจฉัยโรคจิตเภทในทางจิตเวชใช้เกณฑ์การจำแนกโรคสากล 2 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และระบบ International Classification of Diseases ขององค์การอนามัยโลก (ICD)

ในประเทศไทยมีการนำทั้งสองระบบมาใช้ควบคู่กัน โดยสถาบันการศึกษาและงานวิจัยบางแห่งนิยมใช้เกณฑ์ DSM ขณะที่ระบบบริการสุขภาพจิตภาครัฐมักใช้เกณฑ์ ICD เป็นหลัก ทั้งสองระบบมีความคล้ายคลึงกันในสาระสำคัญ โดยมุ่งเน้นการประเมินลักษณะอาการ ระยะเวลาการดำเนินโรค และผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (American Psychiatric Association, 2022; กรมสุขภาพจิต, 2565)

1.3.1 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM (DSM-5-TR) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM เน้นการประเมินอาการทางจิตหลักร่วมกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและการงาน รวมถึงระยะเวลาการเกิดอาการ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) ลักษณะอาการ (Characteristic symptoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน โดยอาการที่ใช้ในการวินิจฉัย ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusions) เป็นความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ด้วยเหตุผล เช่น หลงผิดว่าถูกปองร้าย หลงผิดว่าตนมีอำนาจพิเศษ หรือมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น โดยอาการของผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันออกไปได้แก่

(1) อาการหลงผิด ที่มีลักษณะแปลกประหลาดอย่างชัดเจน (bizarre delusions) มีน้ำหนักสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคจิตเภท

(2) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) เป็นการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก โดยเฉพาะ auditory hallucination เช่น ได้ยินเสียงวิจารณ์ตนเอง หรือเสียงสั่งการ ซึ่งถือเป็นอาการที่พบบ่อยและมีความสำคัญทางคลินิก

(3) ความผิดปกติของคำพูดหรือกระบวนการคิด (Disorganized speech) แสดงออกในลักษณะพูดไม่เป็นลำดับ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน พูดนอกเรื่อง หรือสร้างคำใหม่ (neologism) ส่งผลให้การสื่อสาร ไม่มีประสิทธิภาพ

(4) พฤติกรรมผิดปกติอย่างชัดเจน หรืออาการคาทาโทเนีย (Grossly disorganized or catatonic behavior) เช่น พฤติกรรมแปลก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ การคงท่าทางเดิมเป็นเวลานาน หรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

(5) อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น การพูดน้อย (alogia) การแสดงอารมณ์ลดลง (affective flattening) การขาดแรงจูงใจ (avolition)

2) ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องอย่างชัดเจนในด้านการทำงาน การเข้าสังคม หรือการดูแลตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับก่อนเริ่มมีอาการ

3) ระยะเวลาการเกิดอาการ ต้องมีอาการของโรคอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน รวมระยะอาการกำเริบและระยะอาการหลงเหลือ

4) การแยกโรค อาการไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ การใช้สารเสพติด ยา หรือโรคทางกายอื่น (American Psychiatric Association, 2022)

1.3.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 เกณฑ์ใช้แนวคิดการจำแนกกลุ่มอาการ (syndromic classification) เพื่อความสะดวกในการวินิจฉัยทางคลินิก โดยเน้นอาการสำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของความคิด อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด พฤติกรรมคาทาโทเนีย และอาการด้านลบ (WHO, 2019)

กลุ่มอาการที่ใช้ในการวินิจฉัย ได้แก่ ความผิดปกติด้านความคิด เช่น thought insertion, thought withdrawal, thought broadcasting อาการหลงผิดเกี่ยวกับการถูกควบคุมหรือมีอิทธิพลจากภายนอก อาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ auditory hallucination ความผิดปกติของการพูด เช่น incoherence หรือ neologism พฤติกรรมคาทาโทเนีย เช่น stupor, waxy flexibility, negativism อาการด้านลบ เช่น อารมณ์เรียบเฉย การแยกตัวจากสังคม ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน หรือ 2 อาการขึ้นไป และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน (WHO, 2019)

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรคและการประเมินเพิ่มเติม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้มีการวินิจฉัยแยกโรคอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะการแยกโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติด ความผิดปกติทางอารมณ์ โรคหลงผิดและโรคทางกายหรือสมองที่อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต โดยควรตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ การตรวจการทำงานของไต ตับ และระบบเลือด รวมถึงการประเมินด้านความรู้คิดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก (กรมสุขภาพจิต, 2565) การวินิจฉัยโรคจิตเภท จึงจำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจสภาพจิต และการประเมินทางกายอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดความถูกต้องและปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย

#### 1.4 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาโรคจิตเภทเป็นกระบวนการดูแลรักษาแบบต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการทางจิต ลดการกลับเป็นซ้ำ พื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการรักษาโดยทั่วไปเริ่มจากการรักษาด้วยยาเป็นหลัก และเสริมด้วยการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม ตามระยะของการดำเนินโรค ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีอาการทางจิตรุนแรง อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ร่วมด้วย (APA, 2022; กรมสุขภาพจิต, 2565) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามลักษณะอาการและเป้าหมายการรักษา ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1.4.1 ระยะควบคุมอาการ (Acute Phase) ระยะควบคุมอาการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือพฤติกรรมรุนแรง เป้าหมายสำคัญของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตราย ต่อตนเองและผู้อื่น การรักษาหลัก คือการใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งอาจเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ (sedating effect) ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย และลดสิ่งกระตุ้น

แม้ว่ายาต้านโรคจิตจะต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงจะเห็นผลชัดเจน แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีอาการภาวะคาทาโทเนีย อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดอาการทางจิตอย่างรวดเร็ว การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดกิจกรรมพื้นฐานและการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน มีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายและลดความตึงเครียดในระยะนี้ (Sadock et al., 2022)

1.4.2 ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization Phase) หลังจากอาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง และอยู่ในภาวะคงที่ การรักษาจะเข้าสู่ระยะคงเสถียรภาพ ซึ่งยังคงเน้นการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ พร้อมกับเริ่มการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเป็นระบบ เช่น จิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดครอบครัว และการส่งเสริมทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม ระยะนี้มักใช้เวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยประมาณ 1-3 สัปดาห์ และต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน การบำบัดทางจิตสังคมในระยะนี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการรักษา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Chien et al., 2004; ลอจ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2563)

1.4.3 ระยะคงสภาพการรักษา (Stable or Maintenance Phase) ระยะคงสภาพการรักษา เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นครั้งแรก อาจพิจารณาลดหรือหยุดยาภายใต้การดูแลของแพทย์ เมื่อไม่มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยยา อาจจำเป็นต้องดำเนินต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานหลายปี หรือบางรายอาจต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะนี้ (Bighelli et al., 2021; กรมสุขภาพจิต, 2565)

การบำบัดรักษาโรคจิตเภทเป็นกระบวนการดูแลรักษาแบบต่อเนื่องและองค์รวม โดยผสมผสานการรักษาทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อควบคุมอาการทางจิต ลดการกลับเป็นซ้ำ พื้นฟูสมรรถภาพ

และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการรักษาหลักเริ่มจากการใช้ยาต้านโรคจิตเป็นพื้นฐานและเสริมด้วยการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม ตามระยะของการดำเนินโรค การรักษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะควบคุมอาการ ระยะคงเสถียรภาพ และระยะคงสภาพการรักษา ในระยะควบคุมอาการมุ่งเน้นการลดอาการ ทางจิตรุนแรง ให้สงบลงโดยเร็วด้วยการใช้ยา และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในกรณีที่ ไม่ตอบสนองต่อยา อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ระยะคงเสถียรภาพ เน้นการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจโรค ความร่วมมือในการรักษา และเตรียมความพร้อมในการกลับสู่ชุมชน ส่วนระยะคงสภาพ การรักษามุ่งเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การใช้ยาขนาดต่ำที่สุดที่มีประสิทธิผล และการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว โดยสรุป การรักษาโรคจิตเภทไม่เพียงมุ่งลดอาการทางจิตเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม และการดำรงชีวิตในชุมชน การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญควบคู่กับการรักษาด้วยยา และเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างยั่งยืน

### 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช (2552) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 มาตรฐาน ดังนี้

**มาตรฐานการพยาบาลที่ 1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้**

#### เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

- 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งแวดล้อม และอุบัติเหตุ
- 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกมัด
- 4) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 5) ผู้ป่วยไม่หลบหนี (ให้ความร่วมมือในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล)

#### ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (ตามผลลัพธ์ 5 ข้อ)
- 2) สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ให้ข้อมูลตามแนวทางหรือคู่มือ การสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา (ตามผลลัพธ์ 5 ข้อ)
- 3) จำกัดพฤติกรรมเพื่อการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยก้าวร้าวเป็นอันตราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด
- 4) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายและความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้
- 5) ให้การพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีแพทย์สั่งการรักษา
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

## มาตรฐานการพยาบาลที่ 2 การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ

### เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

- 1) ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายจิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ
- 2) ผู้บำบัดรับรู้และสามารถจัดกับอาการที่เป็นปัญหาความทุกข์ทรมานได้ตามศักยภาพ
- 3) ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการความเครียดของตนได้อย่างเหมาะสม

### ตัวชี้วัด

- 1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- 2) ภาวะสุขภาพด้านร่างกายปกติ
- 3) ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม
- 4) ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 5) ผู้ป่วยบอกเล่าและดำเนินบทบาทในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม
- 6) ญาติสามารถบอกวิธีการจัดการกับความเครียดได้ และระดับความเครียดลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินและระบุปัญหา ความต้องการทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อวางแผนการพยาบาล
- 2) ให้การบำบัดทางจิตโดยสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)
- 3) ให้การบำบัดครอบครัวโดยให้การปรึกษาครอบครัว (Family counseling) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) รวมทั้งการจัดการกับความเครียดของญาติ
- 4) สอนและฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Symptom management) แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดการกับอาการหูแว่ว ภาพหลอน ฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieus therapy) เพื่อส่งเสริมการรู้จักสิ่งแวดล้อม บุคคลตามความเป็นจริง และป้องกันผลกระทบจากอาการทางคลินิก

## มาตรฐานการพยาบาลที่ 3 ผู้ใช้บริการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

### เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

- 1) ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล
2. ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

### ตัวชี้วัด

- 1) ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่ใช้รักษา และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
- 2) ญาติบอกเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ยาที่ใช้รักษา อาการเตือนที่อาจนำไปสู่การป่วยซ้ำและวิธีการดูแลผู้ป่วยได้

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค อาการ การจัดการกับอาการ การรักษา และการดูแลตนเอง

2) สอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค อากาการ การจัดการกับอาการ การรักษา และการดูแลตนเองตามปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย

3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายแหล่งสุขภาพในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการขอความช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

#### **มาตรฐานการพยาบาลที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเอง**

##### **เกณฑ์เชิงผลลัพธ์**

- 1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
- 2) ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวและในชุมชนได้
- 3) ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม
- 4) ผู้ป่วยหรือญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่บกพร่อง

##### **ตัวชี้วัด**

- 1) คะแนนความสามารถในการฝึกทักษะชีวิตดั้งเดิมหรือเพิ่มขึ้น
- 2) ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนได้ตามศักยภาพ

##### **กิจกรรมการพยาบาล**

1) ประเมินสมรรถภาพในการดำรงชีวิต 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิตที่บ้าน ทักษะการนอนหลับพักผ่อน ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และทักษะการทำงานและอาชีพ

- 2) วางแผนและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามทักษะที่พร่อง
- 3) ประเมินและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- 4) เตรียมผู้ป่วยและหรือครอบครัว เพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน
- 5) เตรียมและประสานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

#### **มาตรฐานการพยาบาลที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ**

##### **เกณฑ์เชิงผลลัพธ์**

- 1) ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

##### **ตัวชี้วัด**

- 1) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

##### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ให้การพยาบาลด้วยความใส่ใจ โดยการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง ค้นหา และป้องกันความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำข้อมูลมาประเมินและวางแผนแก้ปัญหาครบถ้วน เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และตอบสนองอย่างเหมาะสม

2) เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้บริการผู้ป่วยเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่าง ด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3) ให้การพยาบาล ด้วยการสำนึกในคุณค่าของผู้ใช้บริการ ให้การยอมรับไม่แสดงท่าทีคุกคามหรือตำหนิ เสริมสร้างกำลังใจ โดยเน้นให้ผู้ให้บริการ รับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง

4) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยเน้นให้ผู้ให้บริการรับรู้ถึงคุณค่า และความสามารถของตนเอง

5) สื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสาร โน้มน้าวใจกับผู้ป่วยและญาติ ในการอธิบายเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการตรวจรักษา และการพยาบาลตามความเหมาะสม และความจำเป็น

6) สำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยรับฟังข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น การสอบถาม ความต้องการ เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมและพัฒนางานให้ดี

7) ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย ตามสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

8) ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจในการใช้บริการของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูล อย่างเพียงพอ และชัดเจนตามความเหมาะสม เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการใช้บริการ และไม่เป็นการละเมิดสิทธิ ส่วนบุคคล

9) ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยการส่งต่อปัญหาให้เวรต่อไป

10) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ให้พร้อมในการจัดการปัญหาของตนเอง เมื่อกลับสู่ ชุมชน

11) แนะนำแหล่งบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทข้อที่ 3 และ 4 มาประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภท โดยนำมาออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เข้าใจ ในเป้าหมายของแผนการรักษาพยาบาล และเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้เกิด แรงจูงใจในการฝึกฝนทักษะที่จะช่วยให้มีความสามารถ ในการดูแลตนเองได้ เมื่อถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล รวมทั้งให้มีทักษะทางสังคม ญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่บกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนได้ตามศักยภาพ

## 1.6 การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

### 1.6.1 ความหมาย

การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก จนมีความจำเป็นต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ถดถอย และความล้มเหลวในการควบคุมอาการ ในระยะยาว

### 1.6.2 สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ สุขภาพ โดยทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงมากขึ้น สมองมีความเปราะบางต่อการกำเริบซ้ำ การตอบสนอง ต่อการรักษาลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง และการฆ่าตัวตาย รวมทั้งก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ และจิตใจแก่ครอบครัวและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2565; Higashi et al., 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถแบ่ง ออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ถือเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการกลับมาเป็นซ้ำ โดยเฉพาะ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวนมาก ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาจิตเวช และความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หยุดยาเอง หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ต่อการกำเริบของอาการทางจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565) นอกจากนี้การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการกลับมา

เป็นข้ออย่างมีนัยสำคัญ โดยงานวิจัยร่วมสมัย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด และมีแนวโน้มเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงมากขึ้น (Hunt et al., 2023; Hori et al., 2021)

2) ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะทัศนคติ ความเข้าใจโรค และรูปแบบการดูแล จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีภาวะในการดูแลสูง ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย หรือสิ้นหวัง อาจลดคุณภาพการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนในการรับประทานยา และการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (สุภาวดี อินทร์แก้ว และคณะ, 2565) นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high.expressed emotion).เช่น การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับอัตราการกลับมาเป็นซ้ำที่สูงขึ้น เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย (Kavanagh et al., 2021)

3) ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน เช่น การขาดการยอมรับทางสังคม การตีตรา (stigma) การว่างงาน และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ล้วนส่งผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปทำงาน หรือทำหน้าที่ทางสังคมได้ มักเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ความเครียด และความสิ้นหวัง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้ง่าย ระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ไม่ต่อเนื่อง หรือขาดการติดตามหลังจำหน่าย ยังเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล โดยงานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเน้นย้ำว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน มีบทบาทสำคัญ ในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Chien et al., 2004; ลอ สิงโหติสุข แพทย์, 2563)

### 1.6.3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผลจากปัจจัยหลายด้านที่เชื่อมโยงกัน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม การไม่ร่วมมือในการรักษา การใช้สารเสพติด ความเครียด ภาวะของผู้ดูแล และข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ดังนั้น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม โดยพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการให้สุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนครอบครัว และประสานการดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

### 1.6.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสะท้อนถึงความล้มเหลวในการควบคุมอาการและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการควบคุมอาการทางจิต การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2565; Higashi et al., 2022) เน้นการประเมินปัจจัยเสี่ยง การควบคุมอาการอย่างปลอดภัย การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การบำบัดทางจิตสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะสำคัญของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวช

และครอบครัวเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมมีคุณภาพ การดูแลสุขภาพเริ่มตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ณะมีอาการเจ็บป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ โดยกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสุขภาพ โดยเฉพาะการทำงานประสานกันระหว่างพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในระดับตติยภูมิหรือทุติยภูมิโดยทำหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตลดลง เตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนกับคนอื่น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มีความพร้อมที่จะกลับบ้านหรือสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยเตรียมพร้อมจะกลับบ้านกลับชุมชน ดำเนินการส่งต่อให้พยาบาลจิตเวชในชุมชนหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในส่วนของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต่อทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว ชุมชน สังคมของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### 1.6.5 บทบาทของพยาบาลในการป้องกัน ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ

1) การประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ ระดับความรุนแรงของอาการ ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น รวมถึงการประเมินการใช้ยา การไม่ร่วมมือในการรักษา การใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านจิตสังคม การประเมินดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (Sadock et al., 2022)

2) การพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและส่งเสริมความปลอดภัย ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมอาการทางจิตและความปลอดภัยเป็นลำดับแรก โดยการดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ติดตามผลการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างใกล้ชิด และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสียงอันตรายอย่างต่อเนื่อง (APA, 2022)

3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลดีของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการช่วยผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับผลข้างเคียงของยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาระยะยาวหรือยาฉีดออกฤทธิ์ยาว (long-acting injectable antipsychotics) สามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Higashi et al., 2022; Chien et al., 2004; ลอ อิงโซติซุซแพทช์, 2563)

4) การพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดทางจิตสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ พยาบาลควรส่งเสริมการให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะทางสังคม การจัดการความเครียด และการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของการกำเริบและจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาและการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Chien et al., 2004; Bighelli et al., 2021)

5) การพยาบาลครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลจิตเวชควรให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การสังเกตอาการเตือน และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล รวมถึงส่งเสริมการสื่อสารเชิงบวกและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion) การประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมสุขภาพจิตในชุมชน การเยี่ยมบ้าน และการติดตามหลังจำหน่าย เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2565; Kavanagh et al., 2021)

## 2. แนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมาย

การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) เป็นแนวคิดสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนาน และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงบทบาท การพึ่งพาตนเอง และการมีส่วนร่วมในสังคม แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบลงแล้ว แต่ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมักยังคงอยู่ และเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรค (WHO, 2021; Galderisi et al., 2021)

ในบริบทของโรคจิตเภท การทำหน้าที่ทางสังคมหมายถึงความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และบทบาทที่คาดหวัง โดยครอบคลุมทั้งการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงานหรือประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม งานวิจัยร่วมสมัยระบุว่า social functioning เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์การรักษาได้ดีกว่าการประเมินอาการทางจิตเพียงอย่างเดียว (Harvey et al., 2020; Galderisi et al., 2021)

### 2.2 องค์ประกอบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

นักวิชาการด้านจิตเวชและสุขภาพจิตในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้อธิบายองค์ประกอบของการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ในลักษณะที่สอดคล้องกัน โดยสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญได้ดังนี้

2.2.1 การดำรงชีวิตประจำวันและการพึ่งพาตนเอง หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การแต่งกาย การจัดการที่อยู่อาศัย การเดินทาง และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ความสามารถด้านนี้สะท้อนระดับความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการด้านลบและความบกพร่องด้านการรู้คิด (WHO, 2021)

2.2.2 การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การสร้างและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน การปรับตัวให้เหมาะสมกับกฎเกณฑ์ทางสังคม และการตอบสนองต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม จากงานวิจัยพบว่าความบกพร่องด้านนี้เป็นปัญหาหลักที่จำกัดการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Burns & Patrick, 2022)

2.2.3 การทำงานหรือบทบาททางอาชีพ หมายถึง ความสามารถในการทำงานหรือประกอบอาชีพ การเรียนรู้ การทำงานอย่างมีเป้าหมาย มีสมาธิ ความรับผิดชอบ และความพากเพียร รวมถึงความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความบกพร่องในด้านนี้ส่งผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และการกลับเป็นซ้ำของโรค (Harvey et al., 2020)

2.2.4 ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์และความเครียด หมายถึง ความสามารถในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ แม้เผชิญกับแรงกดดันจากสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการปรับตัวนี้มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตในชุมชนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Galderisi et al., 2021)

### 2.3 การฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคมอย่างหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางด้านสังคมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการฝึกทักษะที่สามารถลดความเสื่อมสภาพและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมประกอบด้วย การฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วย มีศักยภาพในการดูแลตนเองสามารถลดอาการกำเริบและปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคม และเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองซึ่งประกอบด้วยการฝึกเสริมทักษะด้านการบริหารจัดการยาและการจัดการกับอาการของ Liberman (2006) ดังนี้

2.3.1 ทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom management) ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรคประกอบด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง โดยทักษะที่ต้องใช้ มีดังต่อไปนี้ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการอาการเตือน (Warning signs of relapse) หมายถึง การประเมินและการสังเกตเกี่ยวกับลักษณะอาการเตือนได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ และการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต โดยที่การประเมินหรือการสังเกตนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย เพื่อจะได้นำมารับการรักษอย่างเหมาะสม 2) ทักษะการจัดการกับอาการเตือน (managing warning signs) การขอความช่วยเหลือหมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ 3) ทักษะการปรับตัวกับอาการเฉียบพลัน (coping with persistent symptoms) และ 4) ทักษะการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาคลายเครียด (awaiting alcohol and street)

2.3.2 ทักษะด้านการบริหารจัดการยา (medication management) ประกอบด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอการดูแล ด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา โดยทักษะที่ต้องใช้ มีดังต่อไปนี้ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา (obtaining information about antipsychotic medication) 2) การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการบริหารยา ทักษะการจัดการเรื่องยา การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัด และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษาตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย (knowing correct self-administration and evaluation) 3) การอธิบายถึงผลข้างเคียงของยาทางจิตและการสังเกตถึงปัญหาจากการรับประทานยา (Identifying side effects of medication) 4) ทักษะการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล (Negotiating medication issues with health providers)

ดังนั้น การฝึกทักษะ เป็นรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 2.4 การประเมินหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญในการทำนายหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆ มีหลายชนิด ดังนี้

2.4.1 The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ซึ่งได้แบ่งการทำหน้าที่ออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อสังคม 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับและประเมินคะแนนดังนี้ ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติมาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79, 0.67 และ 0.77

2.4.2 The Social Functioning Questionnaire (SFQ) สร้างโดย Tyrer et al. (2005) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Social Functioning Scale (SFS) เพื่อให้มีความรวดเร็วในการวัดผลลัพธ์การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินโดยผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 4 นาที ประกอบด้วย ข้อคำถาม 1) การทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว 2) การจัดการเรื่องการเงิน 3) ทักษะด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว 4) กิจกรรมทางเพศ 5) การติดต่อทางสังคม 6) การใช้เวลาว่าง มีค่าคะแนน 0-28 คะแนน การแปลค่าคะแนนสูงกว่า 10 คะแนน มีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

2.4.3 The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswat et al. (2006) เป็นเครื่องมือฉบับย่อ ที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการทำงานในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมและง่ายในการดำเนินการในคลินิก มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิต โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ประการ คือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 6 ข้อ) ความเหมาะสมทางสังคม (คำถาม 4 ข้อ) และทักษะด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- 1=ไม่บกพร่อง
- 2=บกพร่องเล็กน้อย.
- 3=บกพร่องปานกลาง
- 4=บกพร่องมาก
- 5=บกพร่องมากที่สุด

การแปลผล 1-30 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องรุนแรงมาก ต้องพึ่งพิงสูง 31-50 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องค่อนข้างรุนแรง 51-70 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องระดับปานกลาง 71-90 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องเล็กน้อย 91-100 คะแนน หมายถึง ทำหน้าที่ได้ดีมาก ไม่มีความบกพร่อง (American Psychiatric association, 2022) เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และค่าความตรงสูง ( $r = 0.70$ )

2.4.4 Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย (Birchwood et al., 1990) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการประเมินผลการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทโดยแบบทดสอบ SFS จะวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้านพิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน คือ 1) การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ 3) การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ 4) กิจกรรมนันทนาการ มีข้อคำถาม 15 ข้อ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 7) การจ้างงาน/อาชีพ คะแนนรวมทั้งหมด 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผล

### 3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

#### 3.1 ความหมาย

การให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การให้สุขภาพจิตศึกษามีหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย การสอนผู้ป่วย และการให้คำแนะนำผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการให้สุขภาพจิตศึกษาไว้ดังนี้

Christine Rummel-Kluge et al. (2009) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการกำหนดแบบแผน ลักษณะรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา ซึ่งรวมถึงการควบคุมจัดการด้านอารมณ์ ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเอง ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้

แอนเดอร์สัน (Anderson et al 1980) ได้กล่าวว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ และทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นการให้ความรู้ทางจิตเวช และแนวทางการรักษาเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่าง ผู้รักษากับครอบครัว

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2559) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่ง ที่ไม่ใช่ยา แต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจน และเป็นระบบโดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

ดังนั้น สุขภาพจิตศึกษาจึงหมายถึงรูปแบบของการบำบัดรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยา แต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษาและการจัดการทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว 1) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตหรือการเจ็บป่วยทางจิต..โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ญาติ/ผู้ดูแล หรือผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือทางจิตใจ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างชัดเจนด้วยวิธีการสั้น กระชับ เข้าใจง่าย 2) การสอนและการให้ข้อมูลข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหามาไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงวิธีการรักษา วิธีการสังเกตอาการ การกลับเป็นซ้ำเพื่อสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีที่จะรับมือกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และผลกระทบที่จะตามมา สุขภาพจิตศึกษาเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตมีความรู้ ความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยและจะมีวิธีดูแลอย่างไร การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นของแผนการรักษาโรคจิต

วัตถุประสงค์การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยการให้ความรู้เฉพาะโรค ช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเจ็บป่วย ทราบถึงปัจจัยการเจ็บป่วยทางจิตด้วยรูปแบบสั้น กระชับ ได้ใจความ เป็นแนวทางการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดความเครียด สามารถจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต การให้สุขภาพจิตศึกษา จึงมีความสำคัญต่อการลดอัตราการกำเริบซ้ำดีกว่าวิธีอื่นๆ จึงควรให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเพราะ ประสิทธิภาพสูงกว่า

### 3.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา มีลักษณะแตกต่างกันโดยมีรูปแบบต่างๆ ดังนี้ (Williams, 1989)

3.2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psycho - education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

3.2.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่ม โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3.2.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho-education) เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว ในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพทางจิต และเป็นกระบวนการอาจกระทำได้ในลักษณะทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาจจัดขึ้นเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ มีลักษณะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี ของผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว โดย Anderson et al. (1980) ได้จัดทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill) และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมได้ตามศักยภาพ

### 3.3 แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

3.3.1 ความหมายการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมที่มุ่งให้ความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาได้พัฒนาไปสู่รูปแบบที่ เน้นการฝึกทักษะ (skill-based psychoeducation) มากขึ้น เพื่อส่งเสริมการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน ไม่จำกัดเพียงการถ่ายทอดข้อมูลเชิงทฤษฎีเท่านั้น (Chien et al., 2004; WHO, 2021) แนวคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่อาจยังคงมีความบกพร่องด้านทักษะชีวิต ทักษะทางสังคม และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพและการดำรงชีวิตในชุมชน ดังนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผสมผสานการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ จึงมีบทบาทสำคัญในการลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bighelli et al., 2021)

3.3.2 องค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ พบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีองค์ประกอบสำคัญที่สอดคล้องกันหลายประการ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรค สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความรู้ที่ถูกต้องช่วยเพิ่มการยอมรับโรค ลดทัศนคติเชิงลบ และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2565; Higashi et al., 2022) 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเองและการใช้ยา เน้นการฝึกทักษะในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การสังเกตอาการเตือนของการกำเริบ และการตัดสินใจขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น งานวิจัยพบว่า การฝึกทักษะด้านนี้ช่วยลดอัตราการขาดยาและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Chien et al., 2004) 3) การฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสาร เป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยมุ่งพัฒนาความสามารถในการสื่อสาร การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ การแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางสังคม และการทำงานร่วมกับผู้อื่น การฝึกทักษะในลักษณะนี้มักดำเนินการผ่านกิจกรรมกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ และการสะท้อนประสบการณ์ ซึ่งช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (Burns & Patrick, 2022; Galderisi et al., 2021) 4) การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเผชิญกับความเครียดจากอาการหลงเหลือ การตีตราทางสังคม และปัญหาในการดำรงชีวิต การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ การผ่อนคลาย และการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ช่วยลดความเปราะบางต่อการกำเริบของอาการ และส่งเสริมความมั่นคงทางอารมณ์ (WHO, 2021)

3.3.3 รูปแบบการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมักดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรม กิจกรรมมีโครงสร้างชัดเจน มีการฝึกซ้ำ การให้ข้อเสนอแนะ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและจากสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน (Corey & Corey, 2021; Chien et al., 2004; ลอ สิงโฆตี สุขแพทย์, 2563)

ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill-Based Mental Health Education) จึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นการปฏิบัติ โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) เน้นการลงมือทำ (Action-Oriented): ต่างจากการให้ความรู้แบบบรรยาย (Informational approach) แนวคิดนี้จะเน้นที่การฝึกฝนทักษะเฉพาะด้าน เช่น ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หรือทักษะการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้จัดการกับอุปสรรคในชีวิตจริงได้ 2) กระบวนการเรียนรู้ที่เป็นลำดับขั้นตอน มักประกอบด้วย การอธิบายเหตุผล (Rationale) การแสดงตัวอย่างทักษะที่ถูกต้อง (Modeling) การให้ผู้เรียนได้ทดลองฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Role-playing) และการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อปรับปรุงทักษะ 3) การเสริมสร้างสมรรถนะ (Self-Efficacy) เมื่อผู้รับบริการได้รับการฝึกจนชำนาญ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพจิตของตนเองและจัดการกับวิกฤตต่างๆ ได้

### 3.4 กระบวนการกลุ่ม

3.4.1 ความหมายกระบวนการกลุ่ม เป็นวิทยาการที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของคน ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมสร้างความสัมพันธ์และการพัฒนาการทำงานของกลุ่มคนให้มีประสิทธิภาพ กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ขั้นตอน วิธีการ พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลงานที่ดี มีความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นรูปแบบการปฏิบัติทางจิตสังคมที่ใช้กลุ่มเป็นสื่อในการส่งเสริมการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมสร้างทักษะ และการสนับสนุนอารมณ์ โดยสมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและกับผู้นำกลุ่ม กระบวนการกลุ่มมีบทบาทสำคัญทั้งในงานบำบัดและงานส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกต การสะท้อนตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากสมาชิกกลุ่ม (Corey & Corey, 2021)

3.4.2 หลักการกระบวนการกลุ่ม แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการกลุ่ม สรุปไว้ดังนี้

- 1) พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม
- 2) โครงสร้างของกลุ่มจะเกิดจากการร่วมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกัน และจะมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
- 3) การรวมกลุ่มจะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มในด้านการกระทำ ความรู้สึก และความคิด
- 4) สมาชิกกลุ่มจะมีการปรับตัวเข้าหากันและจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานลุล่วงไปได้ตามเป้าหมายของกลุ่ม

3.4.3 หลักการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม ที่สำคัญมีดังนี้

- 1) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดจากแหล่งความรู้ที่หลากหลายการเรียนรู้ที่เกิดจากการบรรยายเพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรม แต่การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้เรียนโดยกระบวนการ กลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ศักยภาพของแต่ละคนทั้งในด้านความคิด การกระทำและความรู้สึกมาแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- 2) การเรียนรู้ควรจะเป็นกระบวนการกลุ่มที่สร้างสรรค์บรรยากาศการทำงานการทำงานกลุ่มที่ให้ผู้เรียนมีอิสระในการ แสดงความรู้สึกริเริ่มคิดมีบทบาทในการรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนโดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนจะช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีชีวิตชีวาและช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียน
- 3) การเรียนรู้ควรเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนค้นพบด้วยตนเอง การเรียนรู้ด้วยการกระทำกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้เรียน มีโอกาสเรียนรู้เนื้อหาวิชาหรือสาระจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง จดจำได้ดีนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของตนได้รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาบุคลิกภาพทุกด้านของผู้เรียน
- 4) การเรียนรู้กระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้เป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการแสวงหาความรู้ที่เป็นต่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตทุกด้าน ดังนั้นถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีระและ มีขั้นตอนจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหา ความรู้หรือตอบคำถามการรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4.4 กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชและประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เพราะสามารถสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม และเพิ่มการยอมรับตนเอง (Shah et al., 2020; สุภาวดี อินทร์แก้ว และคณะ, 2565) กระบวนการกลุ่มในงานสุขภาพจิต การใช้กระบวนการกลุ่มในงานสุขภาพจิตครอบคลุมหลายรูปแบบ เช่น group psychotherapy, supportive group intervention, psychoeducation group, และ skill-training group โดยแต่ละรูปแบบมีเป้าหมายเฉพาะ แต่ทั้งหมดมีพื้นฐานร่วมกันคือการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

กลุ่มเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและความคิด งานวิจัยของ Chien et. al. (2004) พบว่าการจัดกลุ่ม psychoeducation สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่งผลให้การยอมรับการใช้ยาและการติดตาม การรักษาดีขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

3.4.5 กลุ่มบำบัดและการพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทคือการพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งหมายถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับผิดชอบบทบาททางสังคม งานวิจัยย้อนหลังแสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมผ่านกระบวนการกลุ่มมีผลต่อการพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ เช่น Li et al. (2021) พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมแบบกลุ่มช่วยเพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและลดความโดดเดี่ยวทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ สุภาวดี อินทร์แก้ว และคณะ (2565) รายงานว่าการจัดกลุ่มฝึกทักษะชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่ม self-efficacy และการใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น

3.4.6 กลุ่มสนับสนุนและกลุ่มบำบัดครอบครัว เป็นกระบวนการกลุ่มไม่ได้มุ่งเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึง support groups และ family group interventions ซึ่งช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลและส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว งานวิจัยของ Zauszniewski et al. (2022) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียด ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล ขณะที่ Kavanagh et al. (2022) พบว่า การมีส่วนร่วมในกลุ่มครอบครัวช่วยลดอารมณ์ที่แสดงออกทางลบ (expressed emotion) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

### 3.5 การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะของผู้ป่วยจิตเภท

การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคม ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการบริหารจัดการยา และการจัดการกับอาการของ Liberman (2006) การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิผลในการลดอาการทางจิต เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม ลดการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว (Bighelli et al., 2021) ดังนั้น แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะจึงเป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และเป็นพื้นฐานทางทฤษฎีที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงนำมาใช้ในการกำหนดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรก โดยผ่านชวอนกิจกรรมการเล่น เกมเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารและเพิ่มความสนุกสนานในการสร้างสัมพันธ์ภาพจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจซึ่งกันและกันเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และอธิบายวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการสอนแนะนำ สาธิตให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยและให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เกิดความมั่นใจในการกระทำ กิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาและเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเอง ได้มากขึ้น โดยมีผู้ดูแลให้การสนับสนุนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับอาการทางจิต ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ โดยการฝึกทักษะ เรื่องการประเมิน สังเกต และการจัดการกับกับอาการเตือน ทักษะการปรับตัวกับอาการเฉียบพลัน ทักษะการ หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ยาคลายเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ และ ตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และลดการเกิดอาการทางจิต โดยการให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับอาการ ทางจิต และการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา โดยการฝึกทักษะ ทำให้ทราบถึงแนวทาง และสามารถจัดการ กับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองทำให้มีอาการดีขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในการรักษา มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผล ให้มีการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา เป็นการฝึกทักษะซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วย และผู้ดูแล สามารถบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา ที่ผู้ป่วย รับประทานได้โดยทักษะการจัดการเรื่องยา นั้นจะรวมไปถึงทักษะ การประเมิน สังเกตอาการ ถึงปัญหาหรือ ความร่วมมือในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา เพื่อจะได้ช่วยเหลือและประคับประคอง ตามอาการ โดยให้ผู้ป่วยและญาติ บอกอาการข้างเคียงของยา ที่เคยทราบและให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถจัดการกับอาการ ที่เกิดจากการรับประทานยา ฝึกสังเกตและฝึกรายงานผล เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา โดยผ่านกระบวนการให้ ความรู้และฝึกทักษะโดยให้เขียนลงในใบงาน แล้วอ่านรายงานให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง ฝึกรายงานปัญหา ความกังวลใจ เกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช การปฏิบัติตามแผนการได้รับยา ฝึกรจัดการกับอาการ เบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาหรือปรึกษาแพทย์ ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรง ซึ่งล้วน เป็นทักษะ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และมีการทำหน้าที่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะทางสังคม ในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่ง สนับสนุนทางสังคมและการบริหารเวลา โดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหา แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับการพัฒนาและฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารและทักษะ การขอความช่วยเหลือซึ่งการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคล ทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ในการให้การดูแล และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและ ญาติ ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหา ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการสร้างเครือข่ายหรือ การขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม สำหรับการฝึกทักษะการบริหารเวลา โดยการฝึก

การจัดลำดับความสำคัญ ของกิจกรรมและจัดทำตารางกิจกรรมและการแบ่งเวลาที่เหมาะสมกิจกรรมเหล่านี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรมทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด โดยให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจกรรม ร่วมกัน เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ ผลกระทบและรูปแบบการเผชิญความเครียด ที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้ กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสม กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการคลายเครียด โดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการนวดกดจุดคลายเครียด และค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ในการทำกิจกรรมยามว่าง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด ตามวิธีที่สมาชิกส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติ 1-2 วิธี ซึ่งวิธีการผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้มีการผ่อนคลายความตึงเครียด ที่ประสบอยู่ให้น้อยลง ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งใดต่อไป ก็จะแจ่มใสขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่ ด้านการจัดกรกับอาการทางจิต และมีการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจดีขึ้น

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรารธนา คำมีสินนท์ (2560) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 18 คนโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมการร่วมมือในการ รับประทานยาในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลงในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน 3 เดือน

วิริญจน์ ไชยจันทร์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือ ในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม 5 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีคะแนนทัศนคติต่อยาและสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรก หลังจำหน่าย มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม

ประเทือง ลออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา (2561) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุทธการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 20 คน 2) ทีมชุมชนซึ่งเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง พบว่าอาการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอาการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ศิริลักษณ์ ปรมะ (2561) ศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการ ด้านลบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

พัฒน์ ศรีโอษฐ์ และภาสินี โทอินทร์ (2564) ศึกษาผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษาที่ รพสต.บ้านเป็ด และผู้ดูแล 40 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ

Lu et al (2022) ได้มีการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินการแบบผสมผสาน โดยสืบค้นงานวิจัยแบบ randomized controlled trials (RCTs) จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL Complete, Embase และ PsycINFO ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าม้งานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบ และ 6 เรื่องสามารถนำมาวิเคราะห์อภิมานได้ โดย 5 จาก 7 งานวิจัย รายงานว่าการดำเนินการแบบผสมผสานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ ด้านจิตสังคมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

Tessier et al (2023) ได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม การให้ความรู้ทางจิตวิทยาแก่ครอบครัวแบบระยะสั้นต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยและลดภาระการดูแล รวมทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 25 ราย ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกทางจิตเวช และผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยาแก่ครอบครัวจำนวน 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1.5 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในรายชื่อรอรับการดำเนินการ มีการประเมินความรุนแรงของอาการ การปฏิบัติตามการใช้ยา และอัตราการกำเริบของโรคในผู้ป่วย รวมถึงภาวะ ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ความรู้เกี่ยวกับโรค และความสัมพันธ์ทางการรักษาในผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผล 12 เดือน แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างด้านการปฏิบัติตามการใช้ยา ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยสรุป โปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยาแก่ครอบครัวแบบระยะสั้นสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพชุมชนได้ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการดำเนินการไม่นาน

Barlati, Nibbio & Vita (2024) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยเชิงระบบและการวิเคราะห์อภิมาน เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการทดลองทางจิตสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตเภท ที่มีการดำเนินการทางจิตสังคมหลายรูปแบบมาใช้ร่วมในการรักษา พบว่าการดำเนินการทางจิตสังคม หลายรูปแบบมีหลักฐานสนับสนุน ถึงประสิทธิผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เช่น การฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจ การฝึกทักษะการคิดเชิงเมตา การฝึกทักษะทางสังคม การให้ความรู้ทางจิตวิทยา การดำเนินการในครอบครัว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงการจ้างงานแบบมีผู้สนับสนุน ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนาการทำหน้าที่ในชีวิตจริง ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริการการดูแลและการดำเนินการ ระยะเริ่มต้น และเสนอแนะว่า

การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาารูปแบบการดำเนินการใหม่ ๆ การทำความเข้าใจปัจจัย ที่เอื้อต่อหรือ เป็นอุปสรรคต่อการนำไปใช้ในทางคลินิก รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

Oneib, et al. (2025) ได้ประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงอนาคต โดยนำโปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยา P.A.C.T. (Psychosis Aider Comprendre Traiter) ระยะเวลา 6 เดือน มาใช้กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีอาการคงที่ จำนวน 100 คน โปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้น การให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และกลยุทธ์ในการรับมือกับอาการ รวมถึง การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนและการดูแลแบบรายบุคคล โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก ความเข้าใจตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และความเป็นอิสระทางสังคม มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ มาตรการอาการทางคลินิก การปฏิบัติตามการรักษา ความเข้าใจตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความเป็นอิสระทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (PANSS ลดลงจาก 83.17 เป็น 43.67,  $p < 0.0001$ ) มีการปฏิบัติตามการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 63.7 ( $p < 0.0001$ ) รวมทั้งมีความเข้าใจตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความเป็นอิสระทางสังคมดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป โปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยา P.A.C.T. สามารถช่วยพัฒนาผลลัพธ์ด้าน อาการทางคลินิก การปฏิบัติตามการรักษา และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ แต่เนื่องจา กการศึกษาไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวในบริบทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างครอบคลุม

Yasuma et al. (2024) ได้ศึกษาประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางจิตวิทยาแก่ครอบครัว แบบระยะสั้นที่ดำเนินการโดยพยาบาลเยี่ยมบ้านด้านจิตเวชต่อภาระของผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยหน่วยงานพยาบาลเยี่ยมบ้านด้านจิตเวชจำนวน 47 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 83 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีแนวโน้ม ภาระของผู้ดูแลลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่พบว่ามีนัยสำคัญ ทางสถิติทั้งในการติดตามผลระยะ 1 เดือน และ 6 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่างและ ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อการดำเนินการวิจัย โดยสรุป แม้โปรแกรม การให้ความรู้ทางจิตวิทยาแก่ครอบครัวจะมีแนวโน้มช่วยลดภาระของผู้ดูแล แต่ยังไม่สามารถยืนยันผลได้ อย่างชัดเจน จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้นและครอบคลุมผู้ดูแลที่มีภาระการดูแล ในระดับสูง

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental.research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ (Two group pretest-posttest and follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม - ธันวาคม 2567 ซึ่งมีวิธีการดังนี้

#### 1. รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	pretest	Intervention	posttest	follow-up 1 month
กลุ่มทดลอง	O1	X	O2	O3
กลุ่มควบคุม	O4	-	O5	O6

#### ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

ความหมายของสัญลักษณ์ ดังนี้

O1 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

X หมายถึง โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะเสร็จสิ้นทันที

O3 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในระยะติดตามผล 1 เดือน

O4 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O5 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเสร็จสิ้นทันที

O6 หมายถึง การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลในระยะติดตามผล 1 เดือน

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**2.1 ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัส F20.0 ถึง F20.9) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**2.2 กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัส F20.0 ถึง F20.9) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

### 2.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

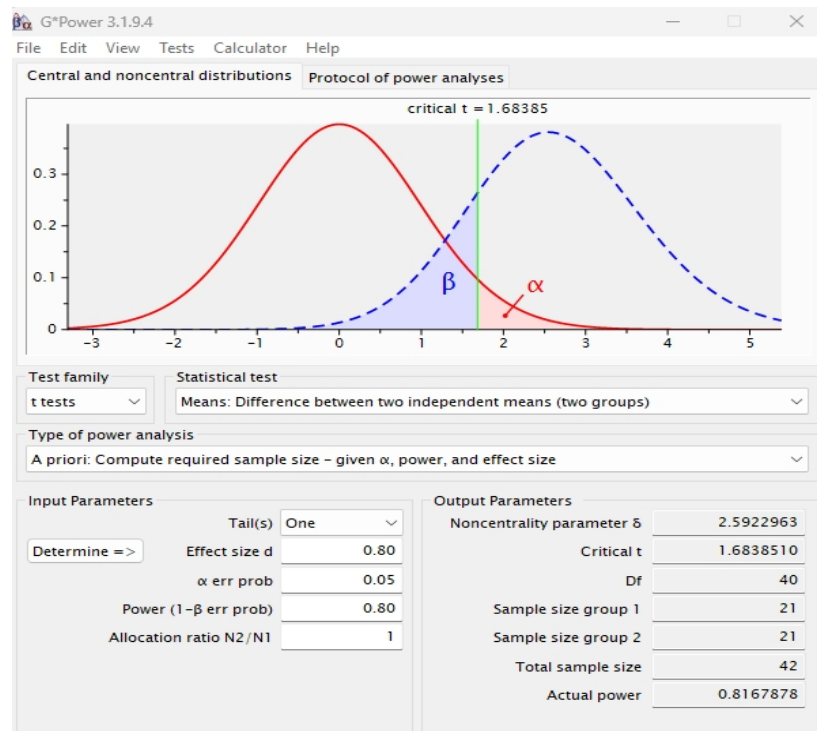
- 1) เพศชายและเพศหญิง
- 2) อายุ 20-59 ปี
- 3) อาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
- 4) ระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีคะแนนการประเมินสถานะจิตชนิดสั้น (Mini Mental State Examination: MMSE) มากกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน
- 5) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการจัดการอาการทางจิต การบริหารและจัดการยาด้วยตนเองระดับต่ำถึงปานกลาง (มีความบกพร่อง) โดยมีคะแนนจากแบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน
- 6) ความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลาง (มีความบกพร่อง) โดยมีค่าคะแนนจากแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 105 คะแนน
- 7) สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดหรือตอบโต้ได้ อ่านออกและเขียนได้
- 8) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- 9) ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**2.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** มีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีภาวะแทรกซ้อนโรคทางกายที่รุนแรง

**2.5 เกณฑ์การถอนตัว (withdrawal criteria)** ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรม

### 2.6 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

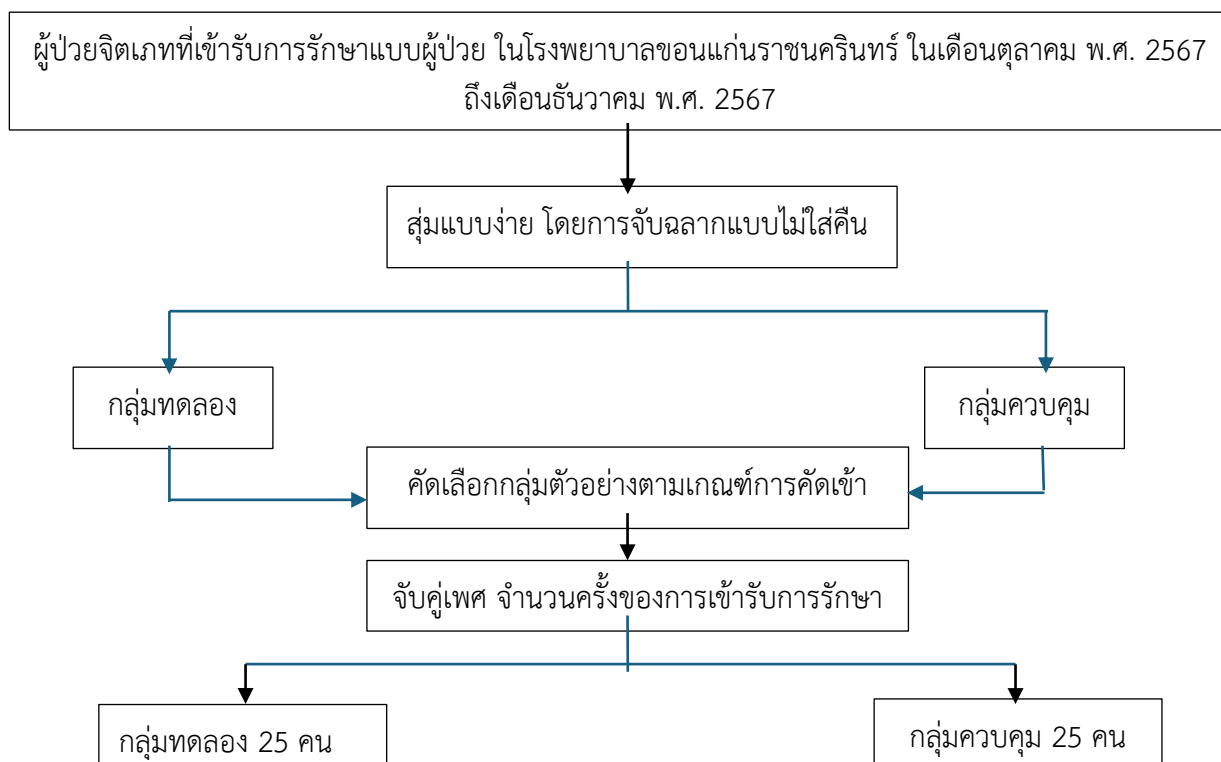
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power กำหนดตามสถิติ Mean difference ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Faul, Erdfelder & Lang, 2009) โดยผู้วิจัยกำหนดค่า Effect Size ของขนาดตัวอย่าง โดยใช้ค่า mean และ standard deviations โดยอ้างอิงจากการศึกษาของพัฒนศิริโอษฐ์ และภาสินี โทอินทร์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องผลของกิจกรรมการสนทนาสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 (Leppink, Sullivan & KalWinston, 2016) แทนค่าในโปรแกรมดังนี้



ผลการคำนวณได้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง 21 คน แต่เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความต่อเนื่องอาจจะมีกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่จะออกกลางคัน (drop out) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Leppink, Sullivan & KalWinston, 2016) ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมดจำนวน 50 คน

## 2.7 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน หลังจากนั้นทำการจับคู่ (matched paired) โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากที่ละคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ 1) เพศ เนื่องจากพบว่าเพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย (Bozikas et al., 2006) 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจิตเภทระยะเวลาเจ็บป่วยนาน โอกาสที่จะมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมได้น้อยลง (Breier et al., 1991) และ 3) อายุ เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากย่อมมีประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคมมากตามไปด้วย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการจนได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มครบตามจำนวน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล จำนวน 25 คน โดยไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอยู่กลุ่มใด (single blind) เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้น แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

#### 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

3.1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ พัฒนาโดยโอเวอร์รอด และกอร์แฮม นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วย คำถาม 18 ข้อ โดยข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 2 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังไม่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง และ 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน มีการแปลผลค่าคะแนนดังนี้

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

มากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทเพื่อประเมินอาการทางจิตก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตใน ระดับน้อย (กรมสุขภาพจิต, 2563)

3.1.2 แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE) ใช้สำหรับประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางความคิด ความจำ และเซวาร์ปัญญา พัฒนาโดยดรูณี ภูเขา (ดรูณี ภูเขา, 2545 อ้างถึงใน สุปราณี พลไชย, 2559) ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวด ก) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล มี 10 ข้อคำถาม ข้อละ 1 คะแนน รวมเป็น 10 คะแนน หมวด ข) ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล มี 1 ข้อคำถาม 3 คะแนน และหมวด ค) ความจำเฉพาะหน้าและการคำนวณ มี 3 ข้อคำถาม รวมเป็น 7 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน จุดตัดผ่านเกณฑ์ประเมิน 18 คะแนน

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทเพื่อประเมินระดับสติปัญญา ก่อนคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรัง มักมีความบกพร่องในเรื่องของความคิด ความจำ และเซวาร์-ปัญญา ทำให้ไม่สามารถที่จะเข้าใจเนื้อหา หรือแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ ตลอดจนการเลือกตัดสินใจและวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ เครื่องมือนี้ประเมินโดยผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน หมายถึง มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงพิจารณาให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

3.1.3 แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย พัฒน์ ศรีโอษฐ์ และภาสินี โทอินทร์ (2564) จากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยาของ Liberman (2006) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทักษะการจัดการกับอาการและทักษะการบริหารจัดการยาที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นการถามภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมข้างเคียงของยาและถามเกี่ยวกับความสามารถในการสังเกตอาการทางจิต คำถามจะเป็นแนวคำถามเชิงบวกและเชิงเชิงลบ

ข้อคำถามเชิงบวก มีข้อ 1, 2, 5, 7, 12, 13, 14, 26, 30 การให้คะแนน จะเป็น 4 3 2 และ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มีข้อ 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29 การให้ค่าคะแนนเชิงลบ เป็น 1 2 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ

ข้อความแต่ละข้อความมี 4 ตัวเลือก ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)

นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลคะแนนภาพรวม คะแนนเต็ม 120 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วงดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 70 หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาในระดับต่ำ

คะแนน 70-80 หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 81 หมายถึง มีทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาในระดับสูง

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน (มีทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาในระดับต่ำถึงปานกลาง) จึงสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

3.1.4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ของ Birchwood et al. (1990) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) เท่ากับ 0.92 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ .94 โดยแบบประเมินประกอบด้วยการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งหมด 7 ด้าน พิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน คือ

- 1) การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0-15 คะแนน
- 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ มีข้อให้คะแนน 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0-9 คะแนน
- 3) การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าคะแนน 0-36 คะแนน
- 4) กิจกรรมนันทนาการ มีข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าคะแนน 0-45 คะแนน
- 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน
- 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน
- 7) การจ้างงาน/อาชีพ มีข้อคำถาม 3 ข้อ มีการทำงานระดับคะแนน 7-10 คะแนน ถ้าไม่ได้ทำงานระดับคะแนน 0-6 คะแนน

รวมข้อคำถาม 75 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด=223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ raw scores ในตารางแปลผลคะแนนได้ตามค่าคะแนนดังนี้

- คะแนนอยู่ในช่วง 0-95 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำ
- คะแนนอยู่ในช่วง 96-105 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับปานกลาง
- คะแนนอยู่ในช่วง 106-125 คะแนน หมายถึง การทำให้ทางสังคมได้ระดับดี
- คะแนนอยู่ในช่วง 126-135 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับดีมาก

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีค่าคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 105 คะแนน (มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำถึงปานกลาง) จึงสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

### 3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและนำไปวิเคราะห์ผลการบำบัด โดยเป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

3.2.2 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ของ Birchwood & et al. (1990) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท มีรายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สำหรับประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน

3.2.3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ (กรมสุขภาพจิต, 2563) มีรายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวมาข้างต้น

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน

### 3.3 เครื่องมือในการทดลอง

3.3.1 โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพศึกษาของแอนเดอร์สัน โฮกอร์ตี้ และไรส์ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันกับแนวคิดการฝึกทักษะ (modular skill caring) ซึ่งประกอบด้วยการฝึกทักษะ ด้านการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของ Liberman (2006) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคม และแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ มีจำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1-4 เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำกับผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำกับญาติหรือผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำกิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 2 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 1** การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต และ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการอาการทางจิต แนวคิดสำคัญ การให้ความรู้เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคจิตเภท และสังเกตอาการ และสามารถจัดการกับอาการทางจิตของตนเองได้ และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ การประเมินผลจากการมีส่วนร่วมในการโต้ตอบของสมาชิก การตอบคำถามระหว่างสนทนา การแสดงความคิดเห็น และบอกสิ่งที่ได้รับการทำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2** การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ

เรื่องยาทางจิตเวช และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา 2) เพื่อให้สมาชิกรู้จักการจัดการเบื้องต้นกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา 3) เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการจัดยาตนเอง แนวคิดสำคัญ กิจกรรมนี้ เป็นการให้สมาชิกที่เข้าใจและรับรู้การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการนำความรู้เรื่องยาทางจิตเวชไปใช้ที่บ้าน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ และเห็นความสำคัญในการจัดยาตนเอง การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสนทนา การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น สามารถบอกการจัดยาตนเอง และการสรุปปัญหาและการวางแผนการจัดยาตนเอง

**กิจกรรมที่ 3** การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้สมาชิกสามารถ

ดูแลตนเองในด้านกิจวัตรประจำวัน 2) เพื่อให้สมาชิกสามารถสื่อสาร และบอกความต้องการของตนเองได้ 3) เพื่อให้สมาชิก มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน แนวคิดสำคัญ การฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีทักษะในการบอกความต้องการกับบุคคลอื่นได้ มีทักษะในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะในการปฏิเสธ และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีทักษะ ในการจัดการกับปัญหาต่างๆตัวในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตต่อไปได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น 3) สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ 4) บอกการมีส่วนร่วมในชุมชนได้

#### กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้สมาชิก สามารถจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง 2) เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเอง 3) เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจและสามารถอยู่ในชุมชนได้ แนวคิดสำคัญ กิจกรรมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดความคับข้องใจที่อยู่ภายในจิตใจของสมาชิกภายในกลุ่มออกมา ด้วยวิธีการระบายที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้สมาชิกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิต รู้จักคุณค่าในตนเองและผู้อื่น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกคุณค่า และข้อดีของตนเองได้ 4) บอกการจัดการความเครียดได้

#### กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับญาติหรือผู้ดูแลวัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะและอาการของโรคจิตเภท 2) ให้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย เรียนรู้วิธีการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน 3) ส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติ เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและการจัดการกับความเครียด 4) เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีสุขภาพจิตที่ดี แนวคิดสำคัญ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านการให้ความรู้และสนับสนุน ครอบครัว การทำแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสอนทักษะในการจัดการกับปัญหาทางจิตเวช การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ 4) การสังเกตพฤติกรรม สมาชิกขณะกลับไปอยู่บ้าน

### 3.4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.4.1 แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยาของ Liberman (2006) มีรายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวมาข้างต้น

3.4.2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของทานตะวัน แยมบุญเรือง (2560) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ .84 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งการให้คะแนน คือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 9, 10, 13, 18

เกณฑ์การวัดระดับความรู้มีดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับต่ำ

11-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับสูง

โดยมีเกณฑ์การประเมินผลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75 ขึ้นไป

**3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการคัดกรองเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

3.5.1 เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.62 - 0.87 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 2) แบบประเมินสถานะจิตชนิดสั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

3.5.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกันแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้นำมาแก้ไขหรือดัดแปลงแต่อย่างใด จึงไม่หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

3.5.3 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำโปรแกรม (ฉบับร่าง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน โดยทุกท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี เพื่อร่วมพิจารณาและแสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความครอบคลุม ความสอดคล้อง ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมกับแนวคิดที่ใช้ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ใช้เกณฑ์ค่า IOC > 0.5 ผลการตรวจสอบได้ค่า IOC = 0.72 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องในระดับดี (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ผลการนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภท ในเดือนกันยายน 2567 ทั้งหมด 8 ราย และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การรวมกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่เริ่มประเมินก่อนเข้ากลุ่มบำบัด และบางกิจกรรมมีแบบประเมินเยอะมาก สมาชิกเป้าหมายในการทำ อยากให้ผู้บำบัดอ่าน ถาม-ตอบ ให้ฟังแทน ควรมีการเริ่มตั้งแต่การคัดเลือก บอกรัตถุประสงค์ เพื่อให้สมัครใจในการเข้ากลุ่ม และเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยไม่ควรจะเป็นวิชาการมากเกินไปในกลุ่มเนื้อหาโรคจิตเภท เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อ และภาษาควรฟังง่าย เข้าใจ ไม่ควรอธิบายทับศัพท์ ภาษาอังกฤษในการทำกลุ่ม ไบกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำจะทำให้กลุ่มล่าช้า แนะนำเรื่องการปรับคำถามไม่ให้ซ้ำซ้อนในแต่ละกิจกรรม เพราะผู้ป่วยที่เข้าบางคนสติปัญญาไหวพริบไม่เท่ากัน บางคนเร็ว บางคนช้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากเขียนตอบ ในผู้ป่วยบางคนควรใช้การพูดแทนการเขียน การทำกลุ่มผู้นำไม่ควรพูดเร็วเกินไป และรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดบ้างถึงแม้ว่าเวลาอาจจะล่าช้าไปบ้าง บางคำถามอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการทำกลุ่ม เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะกังวลเรื่องกลับบ้าน ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผู้ป่วยบอกรัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม มีการเข้ากลุ่มบำบัดในวันอังคาร และพลทสบัติต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 จะเป็นการประเมิน ระยะเวลาเสร็จสิ้นการบำบัดในส่วนของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทีมบำบัดจะประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมในการบำบัด จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญในการบำบัดตามโปรแกรม

3.5.4 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อโดยตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันโดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2557) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 การหาความเที่ยง ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้นำมาแก้ไขหรือดัดแปลง แต่อย่างไรก็ตาม จึงไม่หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

#### 4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้วางแผนดำเนินการวิจัยเป็นรายกลุ่ม เมื่อผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วจึงดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 4.1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นเตรียมความพร้อม ดังนี้

4.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัย ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.1.2 เตรียมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน (คนที่ 1, 2) เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการบำบัดด้วยแนวจิตสุขภาพจิตศึกษามากกว่า 10 ปี ทำหน้าที่ให้การบำบัดและรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล และอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ ผู้ร่วมวิจัยได้เตรียมตัวเองโดยการศึกษารายละเอียดโปรแกรม วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เตรียมผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3-4 ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตพฤติกรรม จดบันทึกสาระสำคัญขณะดำเนินกลุ่มบำบัด และอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมบำบัด รวมทั้งการขอยินยอมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย และเตรียมผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5 ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล การแปลงข้อมูลเป็นรหัสเพื่อบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการวิเคราะห์ทางสถิติ

4.1.3 เตรียมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และแบบประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำโปรแกรมที่ออกแบบมาตรวจสอบความเหมาะสมและตรวจสอบคุณภาพพร้อมศึกษาการใช้้อย่างละเอียด

4.1.4 ผู้วิจัยยื่นแบบโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

4.1.5 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ในการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.1.6 ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เข้าพบ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตเข้าไปศึกษาทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ในการทดลอง และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือใช้สถานที่ในการดำเนินการ ทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE) เพื่อคัดกรองผู้ที่มีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมกับชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ กำหนดระยะเวลา สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม และสอบถามความสมัครใจเบื้องต้น ในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

4.1.8 ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มอย่างง่าย โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Match pair) ซึ่งคำนึงถึงปัจจัยเรื่องเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินการต่อเนื่องตามรายละเอียดในการวิจัย

4.1.9 โทรศัพท์แจ้งญาติหรือผู้ดูแลให้รับทราบข้อมูลการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการ อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ อธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และญาติหรือผู้ดูแลรวมทั้งครอบครัวจะได้รับ และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเรียนเชิญญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยสมัครใจ

#### 4.2 ขั้นตอนการทดลอง การดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

4.2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึก ทักษะในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต 2) การฝึกทักษะ การบริหารและจัดการยา 3) การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม 4) การจัดการความเครียดและส่งเสริม ความมีคุณค่าในตนเอง ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ และดำเนิน กิจกรรมที่ 5 เรื่องความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล หลังดำเนินการกิจกรรมที่ 4 เสร็จสิ้นถัดไปอีก 1 วัน รายละเอียดตามตารางที่กำหนดไว้ ดังนี้

ตารางกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

กิจกรรม	กลุ่มที่	วันที่	เวลา
กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต	1	3 ตุลาคม 2567	เวลา10.00-11.00 น.
	2	3 ตุลาคม 2567	เวลา14.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา	1	4 ตุลาคม 2567	เวลา10.00-11.00 น.
	2	4 ตุลาคม 2567	เวลา14.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม	1	11 ตุลาคม 2567	เวลา10.00-11.00 น.
	2	11 ตุลาคม 2567	เวลา14.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง	1	12 ตุลาคม 2567	เวลา10.00-11.00 น.
	2	12 ตุลาคม 2567	เวลา14.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล	1	13 ตุลาคม 2567	เวลา10.00-11.00 น.
	2	13 ตุลาคม 2567	เวลา14.00-15.00 น.

4.2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทและการประเมินอาการทางจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนทำการวิจัย 1 วัน ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยในที่จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยากิจกรรมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย เมื่อครบกำหนดการทดลอง หลังทำการทดลองสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท อีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ และเพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### 4.3 ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ เตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินตามโครงการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem : ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มีประวัติขาดยา หรือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แล้วส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความพร้อมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการยา และทักษะการ

ทำหน้าที่ทางสังคม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) และประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินอาการทางจิต โดยการสอบถามจากผู้ป่วยและญาติที่ดูแล เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่าย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลงข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**5. การพิทักษ์สิทธิ์** งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 011/2567 เลขหนังสือรับรองKKPH.REC006/2568Ts\_Ful ลงวันที่ 16 กันยายน 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย หลักความเคารพในบุคคล งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลรวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง หลักของการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ให้อาสาสมัครทราบถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วย และประโยชน์ของการวิจัยต่อครอบครัว ครอบครัวจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ มีความปลอดภัยสามารถดูแลตนเองได้ และดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะทางสังคมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยการฝึกอบรมและการเรียนรู้ ครอบครัวจะได้รับการฝึกอบรมและข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน การจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้า การวิจัยอาจพัฒนาเทคนิคหรือวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การรับมือกับอาการทางจิตที่รุนแรง การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของครอบครัวและผู้ป่วย การลดความเครียดและภาวะ การวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความเครียดและภาวะที่ครอบครัวต้องเผชิญ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ข้อมูลและเทคนิคใหม่ๆ อาจช่วยให้ครอบครัวสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น การเสริมสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยจะรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้และการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมและความสำคัญ การสร้างชุมชนและเครือข่ายสนับสนุน การเข้าร่วมการวิจัยสามารถช่วยให้ครอบครัวได้พบกับครอบครัวอื่นๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน และสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างกัน การมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนเพิ่มเติม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น ครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยอาจได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตวิทยา ทรัพยากรเพิ่มเติม การวิจัยอาจนำมาซึ่งทรัพยากรเพิ่มเติมสำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น ยาใหม่ ๆ หรือวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การรักษาความลับของอาสาสมัครผู้วิจัยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอ

ในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลักของความยุติธรรม ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันโดยวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

6.3 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

6.4 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) ภายหลังจากที่ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk แล้วพบว่าชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ (Two group pretest-posttest and follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

### 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					0.439 <sup>a</sup>	0.518
ชาย	20	80.00	18	72.00		
หญิง	5	20.00	7	28.00		
อายุ					0.378 <sup>a</sup>	1.00
20-29 ปี	4	16.00	5	20.00		
30-39 ปี	11	44.00	9	36.00		
40-49 ปี	7	28.00	8	32.00		
50-59 ปี	3	12.00	3	12.00		
	Min=21, Max=56		Min=21, Max=56			
อายุเฉลี่ย (SD)	38.48 (8.85)		38.92 (9.64)			
สถานภาพสมรส					2.110 <sup>a</sup>	0.436
โสด	12	48.00	11	44.00		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส						
หย่า	8	32.00	7	28.00		
คู่	5	20.00	5	20.00		
แยกกันอยู่	-	-	2	8.00		
ระดับการศึกษา					6.849 <sup>a</sup>	0.491
อนุปริญญา	-	-	1	4.00		
ประถมศึกษา	-	-	5	20.00		
ปวส./ปวช.	6	24.00	3	12.00		
มัธยมศึกษา	4	16.00	11	44.00		
ปริญญาตรี	15	60.00	5	20.00		
อาชีพ					9.604 <sup>a</sup>	0.236
ว่างงาน	7	28.00	4	16.00		
รับจ้าง	11	44.00	17	68.00		
รับราชการ	-	-	2	8.00		
ค้าขาย	-	-	1	4.00		
เกษตรกรรม	7	28.00	1	4.00		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					3.233 <sup>a</sup>	0.099
ไม่มีรายได้	4	16.00	3	12.00		
รายได้ไม่แน่นอน	8	32.00	3	12.00		
0-3,000 บาท	6	24.00	5	20.00		
3,000-5,000 บาท	4	16.00	3	12.00		
5,000-10,000 บาท	3	12.00	6	24.00		
10,000-15,000 บาท	-	-	3	12.00		
15,000-20,000 บาท	-	-	2	8.00		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	5,062		8,950			

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	12.37	7.33	9.40	7.80	4.181 <sup>a</sup>	0.073
1-5 ปี	4	16.00	10	40.00		
5-10 ปี	8	32.00	7	28.00		
10-15 ปี	6	24.00	4	16.00		
15- 20 ปี	4	16.00	3	12.00		
21-30 ปี	3	12.00	1	4.00		
	Min=2, Max=30		Min=1, Max=30			
ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย (SD)	12.37 (7.33)		2.12 (1.20)			
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย					3.273 <sup>a</sup>	0.469
บิดา/มารดา	18	72.00	15	60.00		
พี่ชาย/พี่สาว/น้องสาว	5	20.00	5	20.00		
คู่สมรส (สามี ภรรยา)	-	-	3	12.00		
ญาติ (ลูกชาย/ลูกสาว)	2	8.00	2	8.00		

\*p< .05, <sup>a</sup>chi-square test

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 44.00 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 28.00 (อายุเฉลี่ย 38.48 ปี SD=8.85) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือหย่า ร้อยละ 32.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือเกษตรกรกรรมและว่างงาน ร้อยละ 28.00 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือนไม่แน่นอน ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือรายได้ 0-3,000 บาท ร้อยละ 24.00 (รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,062 บาท) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 5-10 ปี ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือ 10-15 ปี ร้อยละ 24.00 (ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.37 ปี SD=7.33) ผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 72.00 รองลงมาคือพี่น้อง ร้อยละ 20.00

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.00 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 36.00 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 32.00 (อายุเฉลี่ย 38.92 ปี SD=9.64) สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือหย่า ร้อยละ 28.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือประถมศึกษา และปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 เท่ากัน ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 68.00 รองลงมาคือว่างงาน ร้อยละ 16.00 มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 24.00 รองลงมาคือมีรายได้ 0-3,000 บาท ร้อยละ 20.00 (รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,950 บาท) มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 40.00 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.40 ปี SD=7.80) ผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือพี่น้อง ร้อยละ 20.00

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร (p > .05)

## 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1** คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนการทดสอบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าชุดของข้อมูลในแต่ละระยะของตัวแปรว่ามีการกระจายข้อมูล หรือมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยใช้สถิติการตรวจสอบการกระจายของข้อมูล Shapiro Wilk test ( $n < 50$ ) ผลการทดสอบพบว่าชุดข้อมูลมีค่า Sig มากกว่าค่าแอลฟา ( $>.05$ ) จึงยอมรับ  $H_0$  ปฏิเสธ  $H_1$  สรุปว่าข้อมูลนี้มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิต และชุดข้อมูลอย่างน้อยสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ต่อไป

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน

ตัวแปร	ก่อน ทดลอง M (SD)	หลัง ทดลอง M (SD)	ติดตาม 1 เดือน M (SD)	SS	df	MS	F	p-value
การทำหน้าที่ ทางสังคม	125.48 (11.89)	140.12 (8.13)	151.04 (12.87)	1304.99	1.56	837.57	154.78 <sup>a</sup>	<0.001

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 125.48 (SD = 11.89), 140.12 (SD = 8.13) และ 151.04 (SD = 12.87) ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $F=154.78$ ,  $p<0.001$ ) จึงสรุป ได้ว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลของโปรแกรมยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>การทำหน้าที่ทางสังคม</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลองทันที	-7.580	1.087	<.001***
	ติดตาม 1 เดือน	-13.500	1.165	<.001***
หลังทดลองทันที	ติดตาม 1 เดือน	-5.920	.976	<.001***

\*\*\* $p < 0.001$

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบรายคู่ พบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในแต่ละคู่ ดังนี้ คู่ที่ 1 คือ ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.28 คะแนน คู่ที่ 2 ระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย 10.12 คะแนน และคู่ที่ 3 ระยะระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 คะแนน

จากผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของทั้ง 3 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

**สมมติฐานข้อที่ 2** คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม 1 เดือน	SS	df	MS	F	p-value
	M (SD)	M (SD)	M (SD)					
อาการทางจิต	30.88 (3.63)	24.60 (2.36)	20.76 (2.11)	8224.08	1.36	6040.65	46.04 <sup>a</sup>	<0.001

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 30.88 คะแนน (SD=3.63), 24.60 คะแนน (SD=2.36) และ 20.76 คะแนน (SD=2.11) ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $F=46.04$ ,  $p<0.001$ ) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถคงผลในการลดอาการทางจิตได้อย่างต่อเนื่องเมื่อติดตามผล 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

**ตารางที่ 5** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>อาการทางจิต</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลองทันที	6.28	.73	<.001***
	ติดตาม 1 เดือน	10.12	.47	<.001***
หลังทดลองทันที	ติดตาม 1 เดือน	3.84	.42	<.001***

\*\*\* $p < 0.001$

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบรายคู่ พบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในแต่ละคู่ดังนี้ คู่ที่ 1 คือ ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.64 คะแนน คู่ที่ 2 ระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย 25.56 คะแนน และคู่ที่ 3 ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.92 คะแนน

จากผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของทั้ง 3 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมยังคงดำเนินต่อเนื่องถึงระยะติดตามผลหลังจำหน่าย

**สมมุติฐานข้อที่ 3** คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

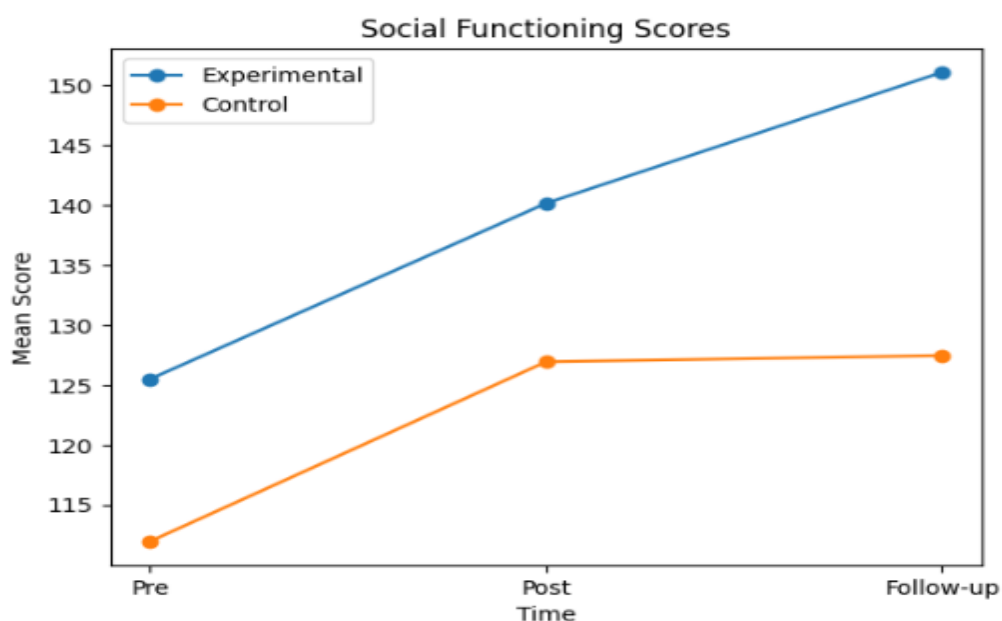
**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>การทำหน้าที่ทางสังคม</b>						
ก่อนทดลอง	125.48	11.89	111.96	17.43	2.13	0.038*
หลังทดลองทันที	140.12	8.13	126.92	8.52	2.92	0.005**
ติดตาม 1 เดือน	151.04	12.87	127.44	13.85	3.79	<0.001***

\*p< .05 \*\* p< .01 \*\*\* p< .001

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 125.48 (SD=11.89), 140.12 (SD=8.13) และ 151.04 (SD=12.87) ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 111.96 (SD=17.43), 126.92 (SD=8.52) และ 127.44 (SD=13.85) ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง ( $125.48 \pm 11.89$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $111.96 \pm 17.43$ ) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จึงอาจมีผลต่อการนำไปเปรียบเทียบและการอภิปรายผลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดตามโปรแกรมที่มีต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เพราะถือว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมไม่เท่ากันในระยะเริ่มต้น แต่อย่างไรก็ตามในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง ( $140.12 \pm 8.13$ ) มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มควบคุม ( $126.92 \pm 8.52$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง ( $151.04 \pm 12.87$ ) ยังคงมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $127.44 \pm 13.85$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน ดัง ภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จึงอาจสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .001 และสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมยังคงอยู่ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง

**สมมติฐานข้อที่ 4** คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **ตารางที่ 7** เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

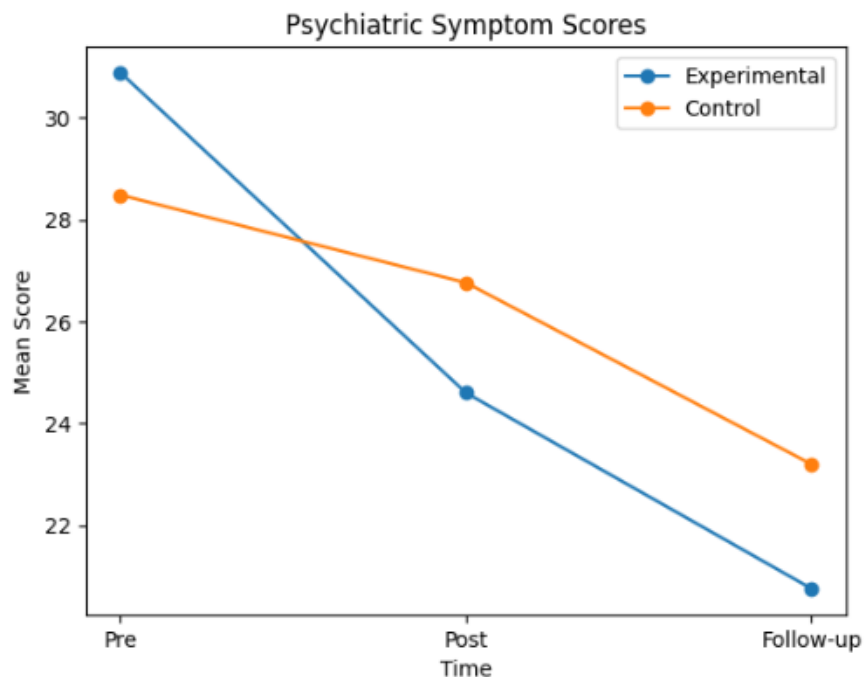
ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>อาการทางจิต</b>						
ก่อนทดลอง	30.88	3.63	28.48	4.29	3.20	.002**
หลังทดลองทันที	24.60	2.36	26.76	2.85	5.60	.003**
ติดตาม 1 เดือน	20.76	2.11	23.20	2.43	6.24	<.001***

\*\*p< .01 \*\*\* p< .001

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า

ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.88 (SD=3.63), 24.60 (SD=2.36) และ 20.76 (SD=2.11) ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 28.48 (SD=4.29), 26.76 (SD=2.85) และ 23.20 (SD=2.43) ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง ( $30.88 \pm 3.63$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $28.48 \pm 4.29$ ) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงอาจมีผลต่อการนำไปเปรียบเทียบและการอธิบายผลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดตามโปรแกรมที่มีต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เพราะถือว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนอาการทางจิตไม่เท่ากันในระยะเริ่มต้น แต่อย่างไรก็ตามในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลงอย่างชัดเจน ( $24.60 \pm 2.36$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $26.76 \pm 2.85$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ( $20.76 \pm 2.11$ ) โดยมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $23.20 \pm 2.43$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดัง ภาพที่ 5



ภาพที่ 5 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จึงอาจสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01-.001แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถคงผลในการลดอาการทางจิตได้ในระยะติดตามหลังจำหน่าย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการศึกษาระสทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามระยะ (Two group pretest-posttest and follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โดยเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการจัดการอาการทางจิต การบริหารและจัดการยาด้วยตนเอง และมีความพร้อมการทำหน้าที่ทางสังคม ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20-59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน ใช้วิธีการจับคู่ (match pair) และการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน โฮกอร์ตี้ และไรส์ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะ (modular skill caring) ของไลเบอร์แมน (Lieberman, 2006) โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม ในรูปแบบกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 4 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1-4 ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และดำเนินกิจกรรมกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อีก 1 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 5 โดยเรียงลำดับกิจกรรมในโปรแกรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท และการจัดการอาการทางจิต 2) การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา 3) การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม 4) การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และ 5) การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการหลังทำกิจกรรมที่ 4 เสร็จสิ้นใน 1 วันถัดมา ดังนั้นจึงมีระยะเวลาในการทำ 5 กิจกรรมติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา กลุ่มกิจกรรมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และแบบประเมินอาการทางจิต มีค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 3 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีค่า IOC เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 3 ระยะ คือ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลงข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.1 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) พบว่าคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคม ( $F=154.78, p<0.001$ ) และอาการทางจิต ( $F=46.04, p<0.001$ ) ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

1.4 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ส่วนระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

1.5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างและความเหมาะสมของการออกแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ชี้ให้เห็นว่า การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการได้รับการรักษา เพื่อให้สามารถอธิบายผลลัพธ์ของโปรแกรมได้อย่างแท้จริง (Phanthunane et al., 2021; Chien et al., 2004; ลอ สิงไฮติสุขแพทย์, 2563) สอดคล้องกับงานวิจัยของพันธุ์ธเนตร วงศ์สวัสดิ์, นฤมล เกษทอง และสุนิสา บุญช่วย (2564) พบว่า การจัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันช่วยลดอคติของผลการวิจัย และทำให้สามารถสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมได้อย่างน่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมไม่ใช่จากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการดำรงบทบาทและการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจรรยา โลหาชีวะ, นันทกัค ชนะพันธ์ และพุลสิน.เฉลิมวัฒน์ (2565) พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง สูงกว่าก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ปรมะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ พบว่า ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับ

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม แต่ไม่พบผลดังกล่าวในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อ สื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Norman et al., 2002) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ว่าคุณค่าในการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้ และฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในสถานการณ์จริง เมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม ในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา ผลดังกล่าวสนับสนุนกรอบแนวคิดของการวิจัยที่อธิบายว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการปรับตัวในสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถคงผลลดอาการได้ในระยะติดตามหลังจำหน่าย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมสามารถคงอยู่ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้เกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่อการลดอาการทางจิต ในด้านอาการทางจิต พบว่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนต่ำกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การพัฒนาทักษะทางสังคมและการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bighelli et al. (2021) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่มุ่งพัฒนาทักษะการรับรู้ตนเอง การจัดการอารมณ์ และการเผชิญปัญหา สามารถลดทั้งอาการด้านบวกและด้านลบของโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Lin et al. (2024) รายงานว่าโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมช่วยลดอาการด้านลบ เช่น social withdrawal และ blunted affect ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ทางสังคมสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ศรีสุข, สมพร นาคสุข และอรทัย วัฒนกุล (2566) พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยลดคะแนนอาการทางจิต และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในช่วงติดตามผล 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าผลของโปรแกรมยังคงอยู่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและ

ระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการพัฒนาทักษะทางสังคมและการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures analysis of variance) พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $F=154.78, p<0.001$ ) การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้สิ้นสุดการทดลองแล้ว ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของแต่ละกิจกรรมจะพบว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นและส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chien et al. (2004) ซึ่งพบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมช่วยเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และผลลัพธ์สามารถคงอยู่ได้ในระยะติดตาม นอกจากนี้ Zhang et al. (2023) รายงานว่า การฝึกทักษะทางสังคมในรูปแบบกิจกรรมเชิงปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะไปใช้ในบริบทจริง และสอดคล้องกับสุภาวดี อินทร์แก้ว, พิมพ์ชนก รัตนวนศ์ และธนวัฒน์ ศิริชัย (2565) พบว่า โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมที่มีการจัดกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมและการดำรงชีวิตประจำวันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา ผลการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระบบบริการสุขภาพจิตต่อไป

ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $F=46.04, p<0.001$ ) สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถคงผลการลดอาการได้อย่างต่อเนื่องในระยะติดตาม ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะที่จัดการกับอาการทางลบ ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ผู้ป่วยจิตเภตสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยเฉพาะอาการ ทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ คือ ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทประเมินตัดสินความรุนแรง

ของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบได้ด้วยตนเอง จนทำให้อาการทางลบลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (พิชญา บัรูง และรัชณีกร อุปเสน, 2565)

ดังนั้น โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถจัดการตนเองได้ ก็จะเกิดความคิด ความตั้งใจในการแก้ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ฝึกทักษะปฏิบัติเพื่อให้ได้ประสบการณ์ จนเกิดความรู้ มีความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง เกิดทักษะการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ลดการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งไม่เป็นภาระครอบครัว ชุมชน และสังคม

### 3. ข้อจำกัดในการวิจัย

3.1 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งแม้จะมีการออกแบบในการสุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อน แต่ในการดำเนินการอาจเกิดความคลาดเคลื่อนโดยไม่ได้ตั้งใจที่ส่งผลให้ยังมีปัจจัยแทรกซ้อนบางประการที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ แม้ว่าผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

3.2 กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยมีขนาดค่อนข้างจำกัดและมาจากแหล่งบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทด้านระบบบริการ บุคลากร และลักษณะผู้ป่วยเฉพาะพื้นที่ ส่งผลให้การอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยจิตเภทในบริบทหรือพื้นที่อื่นควรใช้ความระมัดระวัง

3.3 ระยะเวลาการติดตามผลหลังจำหน่ายในงานวิจัยครั้งนี้อยู่ที่ 1 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการสะท้อนผลระยะยาวของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปถึงความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

### 4. ข้อเสนอแนะ

#### 4.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

4.1.1 ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว

4.1.2 ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางสุขภาพในชุมชน เพื่อได้มีแนวทางในการส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยจิตเภทด้านการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และกลับไปอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

4.1.3 การคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะเป็นสิ่งสำคัญ และควรนำญาติเข้ามาเรียนรู้ในโปรแกรมควบคู่ไปกับผู้ป่วยเพราะญาติเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยจิตเภท

## 4.2 ด้านการวิจัย

4.2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ คือ หลังการศึกษา ทุก 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจในการรักษา และประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

4.2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ไปใช้การดำเนินการเป็นรายครอบครัว เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัย ที่มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการอาการทางจิต และการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการอาการทางจิต และการบริหารจัดการยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.3 ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาไปยังหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง หรือในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในระดับที่กว้างขึ้นและสะท้อนสภาพจริงของระบบบริการสุขภาพจิตในบริบทที่แตกต่างกัน

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2568). *อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรและร้อยละความชุกของโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2566-2567*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา เสือสา. (2566). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรัสพร หอมจันทร์ดี, และเพ็ญภา แดงด้อมยู่. (2562). โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 433-443.
- จิราพร รักการ. (2559). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ศรีสุข, สมพร นาคสุข, และอรทัย วัฒนกุล. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(2), 123-136.
- ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช. (2552). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเหล็ก ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 29(1), 24-36.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2560). *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรชนก แก้วจินทา, และชมพูนุท กาบคำบา. (2567). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.

- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 37-47.
- ปรารธนา คำมีสินนท์. (2560). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์. ขอนแก่น: กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น.
- ม่วงศรี งามดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง: กรณีศึกษา. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 2(2), 265-80.
- พัฒน์ ศรีโอษฐ์, และภาสินี ไทอินทร์. (2564). ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 310-319.
- พันธุ์ชนเนตร วงศ์สวัสดิ์, นฤมล เกษทอง, และสุนิสา บุญช่วย. (2564). การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 15-29.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ ศุภเสก วิโรจนภา. (2563). คู่มือการดูแลรักษา mhGAP ฉบับที่ 2.0 สำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพทั่วไป. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- พิชญา บัวรุ่ง, และรัชนิกร อุปเสน. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 34(1), 37-50.
- พิชามญช์ อินทะพุด. (2565). การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท : ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ อดมรัตน์. และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2559). ตำราโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ(พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน แก้วนา. (2563). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์. (2565). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ2565.ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์. (2566). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2566.ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์. (2567). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2567.ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.

- ล่อ สิงโฮติสุขแพทย์. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตำบลนาุ้ง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 19-32.
- วิริญจน์ ไชยจันทร์. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ประม. (2561). ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุจรรยา โลหาชีวะ, นันทกัต ชนะพันธ์, และพุลสิน เกลิมวัฒน์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 47(2), 105-112.
- สุปราณี พลไชย. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุภาวดี อินทร์แก้ว, พิมพ์ชนก รัตนวงศ์, และธนวัฒน์ ศิริชัย. (2565). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(4), 45-58.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโคตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงกล้า, และวีร์ เมฆวิไลย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิศทอเรียอิมเมจ.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder- IV-TR (4 th ed.)*. Washington D.C: Author.
- Anbasse, G. K., Tessema, W. G., Negash, A. T., & Alenko, A. A. (2024). Determinants of disability among individuals living with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 23(20), 1119-1130.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia bulletin*, 6(3), 490-505.

- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131-139.
- Bighelli, I., Rodolico, A., Garcia-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., & Leucht, S. (2021). Psychosocial interventions to prevent relapse in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980.
- Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of cognitive model. *Psychological Medicine*, 27(6), 1345-1353.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The social functioning scales. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmed with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 157(6), 853-859.
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2023). Cognitive impairment associated with schizophrenia. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 63, 487-507.
- Bozikas, V. P., Tonia, T., Fokas, K., Karavatos, A., & Kosmidis, M. H. (2006). Impaired emotion processing in remitted patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 53-56.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 48(3):239-46.
- Burns, T., & Patrick, D. (2022). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(3), 189-195.
- Chien, W. T., Thompson, D. R., & Norman, I. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 637-649.
- Chisholm, K., et al. (2023). Prevalence of cognitive impairments and strengths in the early course of psychosis and depression. *Psychological Medicine*, 53(13), 5945-5957.
- Christine R, Gabriele Pi, Josef B & Werner K (2006). Psychoeducation in Schizophrenia-Result of Survey of All Psychiatric Institution in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenic Bulletin*, 32(4), 765-775.
- Corey, G., & Corey, M. S. (2021). *Groups: Process and practice*. (10<sup>th</sup> ed.). Cengage Learning: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

- Correll, C., Xiang, P., Sarikonda, K., Bhagvandas, N. (2024). The economic impact of cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia: a targeted literature review with a focus on outcomes relevant to health care decision-makers in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *85*(3), 24r15316.
- Crowe, A., & Lyness, K. (2014). Family functioning, coping, and distress in families with serious mental illness. *The Family Journal*, *22*(2), 186–197.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1984). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, *4*(4), 19–31.
- Fadden, G. (1998). Research Update: Psychoeducation family intervention. *Journal of Family Therapy*, *20*, 293-309.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical Power Analyses Using G\*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., et al. (2021). The influence of illness-related variables on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, *20*(1), 87–99.
- Hareru, E. H., Gezae, K. E., & Gebregergs, B. G. (2023). Time to relapse and relapse predictors in patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Northern Ethiopia. *Mental Illness*, *1*, 6230063.
- Harvey, P. D., Strassnig, M. T., & Silberstein, J. (2020). Functional impairment in schizophrenia: Beyond symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(2), 281–288.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2022). Medication adherence and relapse prevention in schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *12*, 1–14.
- Hori, H., Katsuki, A., & Atake, K. (2021). Substance use and relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *228*, 14–20.
- Hunt, B. W., Mari, T., Knibb, G., Christiansen, P., Jones, A. (2023). Statistics anxiety and predictions of exam performance in UK psychology students. *PLoS One*, *18*(8), e0290467.
- Kavanagh, D. J., et al. (2022). Family intervention and relapse in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *52*(5), 847–858.
- Kavanagh, D. J., O’Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., & Tennant, C. (2021). Expressed emotion and relapse in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(1), 1–12.

- Keepers, G. A., Fochtmann, J. L., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., et al. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, *177*(9), 868-872.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2020). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *13*(9), CD008297.
- Lawang, W., & Suksawat, N. (2023). Family involvement in relapse prevention and quality of life among people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *30*(4), 612–622.
- Leppink, J., O'Sullivan, P., & Winston, K. (2016). Effect size - large, medium, and small. *Perspectives on medical education*, *5*(6), 347–349.
- Li, J., Ma, X., Chakravarti, D., Shalapour, S., DePinho, R. A. (2021). Genetic and biological hallmarks of colorectal cancer. *Genes Dev*, *35*(11-12), 787-820.
- Lieberman, N., & Trope, Y. (1998). The role of feasibility and desirability considerations in near and distant future decisions: A test of temporal construal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(1), 5–18.
- Lieberman, R. (2006). *Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of evidence-based treatment for the mentally disabled*. Los Angeles, CA: Grffen UCLA School of Medicine.
- Lu, E. Y., Cheng, A. S. K., Tsang, H. W. H., Chen, J., Leung, S., Yip, A., & et al. (2022). Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive remediation training, and/or social skills training in combination for psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*, *13*, 899840.
- Lysaker, J. T. (2003). *Hope, Trust, and Forgiveness: Essays in Finitude*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hamm, J. A., Kukla, M., Minor, K. S., de Jong, S., van Donkersgoed, R., Pijnenborg, M. H., Kent, J. S., Matthews, S. C., Ringer, J. M., Leonhardt, B. L., Francis, M. M., Buck, K. D., & Dimaggio, G. (2014). Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *Journal of psychiatric research*, *55*, 126–132.

- Norman, R. J., Davies, M. J., Lord, J., & Moran, L. J. (2002). The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. *Trends in endocrinology and metabolism*, *TEM*, *13*(6), 251–257.
- Oneib, B., Mansour, A., & Bouazzaoui, M. A. (2025). The effect of psychoeducation on clinical symptoms, adherence, insight and autonomy in patients with schizophrenia. *Discov Ment Health*, *5*(1), 26.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). *The Brif Psychiatric Rating Scale*. *Psychological Report*, *10*, 799-812.
- Owusu, E., Oluwasina, F., Nkire, N., Lawal, M. A., Agyapong, V. I. O. (2022). Readmission of patients to acute psychiatric hospitals: Influential factors and interventions to reduce psychiatric readmission rates. *Healthcare (Basel)*, *10*(9), 1808.
- Pitanupong, J., Ratanaapiromyakij, P., & Teetharatkul, T. (2022). Factors associated with readmission among individuals with one previous episode of schizophrenia in Southern Thailand: A University Hospital-based retrospective study. *Journal of Health Science and Medical Research*, *40*(6): 657-670.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 325–337.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, *2*, 49-60.
- Ruggeri, K., Garzón, E. G., Maguire, A., Matz, S. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 10-15.
- Ruiz-Castañeda, P., Santiago Molina, E., Aguirre Loaiza, H., & Daza González, M. T. (2022). Positive symptoms of schizophrenia and their relationship with cognitive and emotional executive functions. *Cognitive Research: Principles and Implications*, *7*, 78.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2002). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (10<sup>th</sup> ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. (11<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer Health.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. (12<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

- Saraswat, N., Rao K., Subbakrishna, D. K., & Gangadhar, B. N., (2006). The social occupational functioning scale: A brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *81*, 301-309.
- Schimmelmann, B. G., et al. (2023). Prevalence, risk factors and multiple outcomes of treatment delay in first-episode psychosis and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *255*, 120–129.
- Shah, H., et al. (2020). Group therapy mechanisms for psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *77*, 101835.
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. (5<sup>th</sup> ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stowkowy, J., et al. (2023). Systematic review of early warning signs of relapse and behavioral predictors in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, *256*, 196–207.
- Tessier, A., Roger, K., Gregoire, A., Desnavailles, P., Misdrahi, D. (2023). Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: a randomized clinical trial. *Front Psychiatry*, *14*, 1171661.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S. (2005). The social functioning questionnaire: A rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, *51*(3), 265-275.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *382*(9904), 1575–1586.
- WHO. (2021). *Guidelines on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2024). *Schizophrenia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Williams, J. H., Wellman, N. A., Geaney, D. P., Cowen, P. J., Feldon, J., & Rawlins, J. N. P. (1998). Reduced latent inhibition in people with schizophrenia: an effect of psychosis or of its treatment. *British Journal of Psychiatry*, *172*(3), 243-249.
- World Health Organization, WHO. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1994). *ICD10 International Statistical Classification of diseases and Related Health Problems (Tenth Revision)*. Geneva: Switzerland.

- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., Watanabe, K., Imamura, K., Nishi, D., Fujii, C., & Kawakami, N. (2024). Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 24*(1), 445.
- Zauszniewski, J. A., Burant, C. J., Lekhak, N., Herbell, K., Badr, H. A., & Martin, R. J. (2022). Development and testing of a spiritual resourcefulness scale: Holistic expansion in operationalizing the resourcefulness construct. *Journal of Holistic Nursing, 40*(1), 7-15.
- Zhang, Y., Li, Z., Wang, Y., & Chen, J. (2023). Social skills-based psychoeducation for schizophrenia: Effects on functional outcomes. *BMC Psychiatry, 23*, 512.

ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการ  
ทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

## กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการอาการทางจิต

สถานที่ทำกิจกรรม หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สาระสำคัญ การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคทางจิตเภท และสังเกตอาการและสามารถจัดการกับอาการทางจิตของตนเองได้ และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้

### สื่อ/อุปกรณ์

1. ตารางกิจกรรม
2. ใบงานกิจกรรมที่ 1/1 ป่วยจิตไม่กินยาได้หรือไม่  
กรณีศึกษา 1 เรื่องของน้องตา  
กรณีศึกษา 2 เรื่องของสมชาย  
ใบงานกิจกรรมที่ 1/2 วิธีการจัดการเมื่อมีอาการทางจิต
3. กระดาษ/ดินสอ
4. ใบความรู้ 1 เรื่อง ความรู้โรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต

### ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทาย แนะนำตัว โดยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และความ เป็นกันเอง
2. ผู้บำบัด บอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มในวันนี้และตกลงกติการ่วมกัน
3. เกริ่นนำสนทนาเรื่องทั่วไป เช่น สมาชิกมาจากที่ไหน ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของสมาชิกเน้นให้เกิด การพูดคุย เพื่อให้เกิดบรรยากาศเป็นกันเอง โดยเริ่มจากซักถามปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล ใครเป็นผู้ดูแล และ ทราบหรือไม่ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร
4. ถามสมาชิกถึงโรคที่เป็น และความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท ประเมินความรู้ของสมาชิกในโรคทางจิตเภท จากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
5. อธิบายความรู้เรื่องโรคทางจิตเภทและอาการทางจิตในโรคจิตเภท โยงประเด็นว่าสมาชิกท่านใดมี อาการดังกล่าว แล้วสมาชิกมีวิธีการจัดการอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างไร
6. ผู้บำบัดเชื่อมโยงอาการทางจิตเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้างร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม
7. ผู้บำบัดยกประเด็นปัญหาของสมาชิกเพื่อให้เห็นถึงผลกระทบในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น ปัญหาเรื่องเวลา การเงิน การถูกตีตราจากสังคม
8. ผู้บำบัดสอนวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ถูกต้อง และวิธีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม บอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับในการเข้ากลุ่มวันนี้

10. ผู้บำบัดเพิ่มเติมเนื้อหาในสิ่งที่ยังไม่ครอบคลุมและมอบหมายให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนตามกิจกรรมในวันนี้และนัดหมายเวลา ในการเข้ากลุ่มในวันถัดไป กล่าวขอบคุณสมาชิก ปิดการทำกลุ่ม

#### **การประเมินผล**

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการโต้ตอบของสมาชิก
2. ประเมินจากการตอบคำถามระหว่างสนทนา
3. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็น และบอกสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม

## ใบความรู้กิจกรรมที่ 1

### ความรู้โรคจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต

**โรคจิตเภท** หนึ่งในโรคทางจิตเวชที่ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้มีความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนทั่วไป เช่น การหลงเชื่อว่าจะมีคนมาทำร้าย อาการหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอนสาเหตุ

**สาเหตุของจิตเภท** พันธุกรรม ความผิดปกติของการทำงานของสมองหรือสารเคมีในสมองปัญหาทางสุขภาพกาย เช่น การติดเชื้อสมอง โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก โรคทางหลอดเลือดสมอง การใช้ยาเสพติด ความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์ การเงิน หรือการสูญเสียคนรัก

**อาการของจิตเภท** แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

**อาการด้านบวก** คือ ประสาทหลอน ผู้ป่วยมองเห็น ได้ยินเสียง กลิ่น หรือสัมผัสสัมผัสต่าง ๆ โดยที่ไม่ได้มีอยู่จริง และอาจทำให้เกิดความรู้สึกกลัว หวาดระแวงขึ้น หลงผิด เชื่อว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีขึ้นกับตัวเอง มีคนคิดทำร้าย หรือเชื่อว่ามีคนมาหลงรัก คิดว่ามีผู้อื่นพูดถึงตน หรือกลัวว่าคนอื่นจะรู้ความคิดของตนเอง โดยที่เรื่องนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง “โรคจิตเภทแบบหวาดระแวง”

การผิดปกติทางด้านความคิด โดยผู้ป่วยที่มีอาการนี้ จะมีความคิดและการประมวลผลที่ผิดปกติไปจากเดิม อาจแสดงออกผ่านทาง การสื่อสารที่ดูไม่เชื่อมโยงกัน มีความคิดกระโดดไปมาจากเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง การผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว จะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น ตัวแข็งเกร็ง ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ โดยไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน หรือหยุดการกระทำบางอย่างโดยไม่มีเหตุผล

**อาการด้านลบ** คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถ เช่น พูดน้อยลง การแสดงออกทางสีหน้าลดลง ปลีกตัวออกจากสังคม ไม่มีความสนใจหรือกระตือรือร้นในการใช้ชีวิตประจำวัน

#### การรักษา

1. การให้ยาเพื่อรักษาความสมดุลของสารเคมีในสมองซึ่งจะมียาแบบรับประทานและแบบฉีด
2. การบำบัดทางจิต ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะมีส่วนช่วยในเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมการรับผิดชอบทำงานและหน้าที่ต่าง ๆ ฟันฟูทักษะในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน
3. การบำบัดภายในครอบครัว แพทย์ให้ความรู้กับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อสร้างความเข้าใจให้สามารถอยู่ร่วมกันและดูแลผู้ป่วย รวมถึงลดอาการรุนแรงของผู้ป่วยได้

## ใบงานกิจกรรมที่ 1/1 ป่วยจิตไม่กินยาได้หรือไม่

### กรณีศึกษา 1 เรื่องของน้องตา

น้องตา หญิงสาววัย 25 ปี เป็นลูกคนสุดท้องของครอบครัวมีนิสัยร่าเริงช่างพูดช่างคุย และขยันช่วยพ่อแม่ค้าขาย 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการนอนไม่หลับ ซึมเฉย ไม่ช่วยพ่อแม่ขายของเหมือนเดิม บางครั้งพูดและหัวเราะคนเดียว หวาดระแวงว่า มีคนจะทำร้าย แม่จึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งแพทย์ตรวจและวินิจฉัยว่า เธอป่วยเป็นโรคจิตและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ 1 เดือน อาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและรับยาไปกินอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อกลับไปบ้านเธอ ตื้อไม่กินยาแม่พ่อก็จะขอร้องอ่อนน้อม 10 วัน ต่อมาเธอเริ่มมีอาการไม่นอนพูดและหัวเราะคนเดียวหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย และเธอจะทำร้ายลูกค้าที่มาซื้อของที่ร้าน เธอจึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

### กรณีศึกษา 2 เรื่องของสมชาย

สมชายเป็นชายหนุ่มอายุ 35 ปีเมื่อ 1 ปีก่อนสมชายถูกนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในสภาพที่สับสน อ่อนแอ โวยวายตะโกนตำผู้อื่น ตาขวางและถูกมัดมือมัดเท้า แต่วันนี้สมชายเปลี่ยนไปเขามารับยาตามแพทย์นัดด้วยสีหน้าแวววาวแจ่มใส พูดจาสุภาพ แต่งกายสะอาด เขาบอกแพทย์ว่าเขากินยาทุกวัน ทำให้อาการดีขึ้นสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้นอกจากนั้นยังช่วยภรรยาทำงานได้อีกด้วย

#### คำชี้แจง

1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
3. ผู้วิจัยสรุปผลตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

#### ประเด็น

1. คุณได้ข้อคิดอะไรบ้างเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคจิต
2. คุณอยากปฏิบัติตัวเหมือนสมชายหรือน้องตาเพราะอะไร

ใบงานกิจกรรมที่ 1/2  
วิธีการจัดการเมื่อมีอาการทางจิต

คำชี้แจงให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้และให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุยสรุปผลตามประเด็นที่สมาชิกเล่าประเด็น วิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหา

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจเรื่องยาทางจิตเวช และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา
2. เพื่อให้สมาชิกรู้จักการจัดการเบื้องต้นกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการจัดยากินเอง

สถานที่ทำกิจกรรม หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**สาระสำคัญ** กิจกรรมนี้เป็นการให้สมาชิกที่เข้าใจและรับรู้การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการนำความรู้เรื่องยาทางจิตเวชไปใช้ที่บ้าน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ และเห็นความสำคัญในการจัดยากินเอง

### สื่อ/อุปกรณ์

1. ตารางกิจกรรม
2. ใบงานกิจกรรมที่ 2/1การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค
3. กระดาษ/ดินสอ
4. ใบความรู้กิจกรรมที่ 2 เรื่อง การบริหารและจัดการยาทางจิตเวช

### ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์ ทักทายโดยการเรียกชื่อสมาชิกและกล่าวทักทายทั่วไป เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย บอกวัตถุประสงค์ในการทำสนทนาเพื่อการบำบัดในวันนี้
2. ผู้บำบัดเกริ่นนำ ถามถึง การทบทวนการพูดคุยครั้งที่แล้ว ให้พูดและแสดงความคิดเห็น พูดถึงปัญหาของสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับการกินยา ผลข้างเคียงของการกินยาจิตเวชและวิธีจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา หรือประสบการณ์ เมื่อลิ้มรับประทานยา สมาชิกทำอย่างไร
3. ประเมินทักษะการบริหารและจัดการยา (จากแบบประเมินทักษะการบริหารและจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท) และให้ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยน ปัญหาของตนเองในกลุ่ม และการจัดการอย่างถูกต้อง
4. เปิดโอกาสให้สมาชิก สอบถามปัญหาที่เคยพบขณะอยู่ที่บ้าน และกระตุ้นให้สมาชิกได้ช่วยกันตอบคำถาม แลกเปลี่ยนกันเองภายในกลุ่ม
5. ผู้บำบัดเพิ่มเติมเนื้อหาในสิ่งที่ยังไม่ครอบคลุมตามกิจกรรมในวันนี้และนัดหมายเวลา ในการเข้ากลุ่มในวันถัดไป กล่าวขอบคุณสมาชิก ปิดการทำกลุ่ม

### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการสนทนา
2. การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น
3. สามารถบอกการจัดยากินเอง
4. การสรุปปัญหาและการวางแผนการจัดยากินเอง

## ใบความรู้กิจกรรมที่ 2

### การบริหารและจัดการยาทางจิตเวช

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะจิตใจที่ไม่เป็นสุข อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ บุคลิกภาพ จนเกิดเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การทำงาน การเรียน แต่ความผิดปกติเหล่านี้ สามารถรักษาได้ด้วยยา ซึ่งยาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

#### 1. ยาจะไปช่วยอะไรได้บ้าง

- 1.1 ปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในภาวะสมดุล
- 1.2 อาการทางจิตสงบลง
- 1.3 ลดอาการกระวนกระวาย หวาดระแวง หลงผิด
- 1.4 ลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า
- 1.5 ช่วยให้นอนหลับได้

#### 2. ข้อควรรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเวช

- 2.1 ยาจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์เร็วเหมือนยาแก้ปวด อาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผลการรักษาว่าตอบสนองยาดีหรือไม่
- 2.2 ยาจิตเวชไม่ทำให้เกิดอาการติดยา สามารถรับประทานเป็นระยะเวลาสั้นได้ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์
- 2.3 ยาจิตเวชมีทั้งชนิดเม็ด ชนิดน้ำ ชนิดฉีดที่มีฤทธิ์สั้น และชนิดฉีดที่มีฤทธิ์นาน สามารถควบคุมอาการได้เป็นเดือน แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการเลือกใช้ยาให้เหมาะกับอาการและโรคของผู้ป่วย
- 2.4 ยาจิตเวชอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น มีอาการน้ำลายมาก ลิ้นแข็ง มือสั่น ผู้ป่วยไม่ต้องตกใจหรือกังวลใจ หากพบว่าเกิดผลข้างเคียงจากยา ควรปรึกษาแพทย์ทันที

#### 3. การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ดังนี้

- 3.1 ง่วงซึม ง่วงนอนมาก: ไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรอาจเกิดอันตรายได้ควรปรึกษาแพทย์เพื่อลดหรือเปลี่ยนยา
- 3.2 ปากแห้ง: ควรบ้วนปาก จิบน้ำ หรือน้ำมะนาวบ่อยๆ เพื่อให้ปากชุ่มชื้น
- 3.3 ท้องผูก: ควรรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ พยายามเพิ่มการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายทุกวัน
- 3.4 คลื่นไส้: ควรทำความสะอาดปากและฟัน ดื่มน้ำผลไม้รสเปรี้ยวหรืออมลูกอม
- 3.5 พฤติกรรมเซื่องซึ้ง: ระวังการหกล้มหรือการเกิดอุบัติเหตุ
- 3.6 ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล: ดูแลเรื่องความสะอาด พยายามควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิด เวลาสื่อสารกับผู้อื่นควรพูดช้าๆ เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจ

#### 4. การปฏิบัติตัวของผู้ที่ได้รับยาจิตเวช

4.1 รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ แม้ว่าอาการจะทุเลาหรือมีท่าทางหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปกติแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ

4.2 ไม่ควรลดหรือเพิ่มยา หรือหยุดรับประทานยาเอง

4.3 ไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน เนื่องจากเป็นยาเฉพาะบุคคลเท่านั้น

4.4 งดสิ่งเสพติดมีนเมาทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ ยาตอง กัญชา ยาบ้า

4.5 พบแพทย์ตามนัด หากมีอาการเปลี่ยนแปลง ควรแจ้งแพทย์ทราบทุกครั้ง

4.6 ไม่ควรใช้ยาใดๆ โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อน

4.7 อ่านวิธีใช้ยาบนฉลากยาให้เข้าใจก่อนใช้ยาทุกครั้ง

4.8 ใช้ยาตามขนาด วิธี และกำหนดระยะเวลาตามที่แพทย์สั่ง

4.9 หากมีอาการผิดปกติระหว่างใช้ยา เช่น มีผื่นคัน แดง หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน หรือหายใจลำบาก ควรกลับมาพบแพทย์ทันทีพร้อมกับนำยาที่ใช้มาด้วย

4.10 ยาเกือบทุกชนิดมีฤทธิ์ข้างเคียงที่นอกเหนือจากฤทธิ์สำคัญที่ต้องการ และอาจเกิดขึ้นกับคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน หากผู้ใช้ยามีปัญหาของฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้น ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ เพื่อแก้ไขปัญหา

ใบงานที่ 2/1

การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากรักษาโรค

คำชี้แจงให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้และให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุยสรุปผลตามประเด็น

อาการ	การจัดการกับอาการ	ผลลัพธ์ที่ได้
1. ง่วงซึม		
2. วิงเวียน หน้ามืด ความดันโลหิตสูง		
3. ปากแห้ง คอแห้ง		
4. ท้องผูก		
5. ผิวหนังไวต่อแสงแดด		
6. น้ำหนักขึ้นมาก		
7. ตัวแข็ง คอแข็ง และหลังเกร็งเล็กน้อย ตาเหลือก		

### กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม

ระยะเวลา 60 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถดูแลตนเองในด้านกิจวัตรประจำวัน
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถสื่อสารและบอกความต้องการของตนเองได้
3. เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน

สถานที่ทำกิจกรรม หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**สาระสำคัญ** การฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีทักษะในการบอกความต้องการกับบุคคลอื่นได้ มีทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะในการปฏิเสธและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ตัวในปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตต่อไปได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

#### สื่อ/อุปกรณ์

1. ตารางกิจกรรม
2. ใบความรู้กิจกรรมที่ 3 การทำหน้าที่ทางสังคม

#### ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทักทายสมาชิก กล่าวสวัสดี บอกวัตถุประสงค์
2. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและกระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มมีส่วนร่วม ในการทบทวน กลุ่มที่ผ่านมา
3. ผู้บำบัดเชื่อมโยงเนื้อหาในครั้งที่แล้วเพื่อเข้าสู่กลุ่มทักษะทางสังคม
4. ให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนในประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การพึ่งพาตนเองทำอะไรบ้างที่สามารถเป็นรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
5. ผู้บำบัดกระตุ้นสมาชิกให้แสดงความรู้สึกต่อผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน และกิจกรรมยามว่างสมาชิกทำอะไรบ้าง แลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม
6. ผู้บำบัดสอนประเด็นทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่สมาชิกเห็นและเป็นประโยชน์ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามกันเอง
7. ผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกสรุปประเด็นทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
8. ผู้บำบัดกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมาย

#### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการสนทนา
2. การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น
3. สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้
4. บอกการมีส่วนร่วมในชุมชนได้

### ใบความรู้กิจกรรมที่ 3 การทำหน้าที่ทางสังคม

1. พัฒนาทักษะการสื่อสาร: โดยฝึกฝนการใช้ภาษากาย และทั้งทางวาจา เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการแสดงออกที่มีประสิทธิภาพ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทำการประเมินระดับทักษะทางสังคมของสมาชิกแต่ละคนเพื่อกำหนดเป้าหมายเฉพาะ เช่น ใช้บทบาทสมมติในการฝึกฝนสถานการณ์ต่างๆ เช่น การเริ่มต้นการสนทนา การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเห็น
2. เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา: สอนเทคนิคการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในกลุ่ม เช่น การระบุปัญหา: สอนผู้ป่วยในการระบุปัญหาในชีวิตประจำวัน สอนให้รู้ถึง สาเหตุและผลกระทบของปัญหา ฝึกฝนการหาทางแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมการรับรู้และการควบคุมอารมณ์: ฝึกฝนการรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมถึงการจัดการอารมณ์ของตนเองให้เกิดความเหมาะสม สอนเทคนิคการจัดการอารมณ์ เช่น การหายใจลึกๆ การผ่อนคลาย การใช้วิธีการคิดเชิงบวก
4. พัฒนาทักษะการเข้าสังคม: ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ฝึกฝนการทำงานร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มหรือทีม ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความขัดแย้ง

#### กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

##### วัตถุประสงค์

สถานที่ทำกิจกรรม หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**สาระสำคัญ** กิจกรรมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดความคับข้องใจที่อยู่ภายในจิตใจของสมาชิกภายในกลุ่มออกมา ด้วยวิธีการระบายที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้สมาชิกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิต รู้จักคุณค่าในตนเองและผู้อื่น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

##### สื่อ/อุปกรณ์

1. ตารางกิจกรรม

2. ใบความรู้กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

##### ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทักทาย กล่าวสวัสดี บอกวัตถุประสงค์
2. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและกระตุ้นสมาชิกทบทวนเรื่องที่ผ่านมา
3. ผู้บำบัดเกริ่นนำเรื่องความเครียดและยกตัวอย่างความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน
4. ผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองและใช้

วิธีการจัดการความเครียดของตนเองอย่างไรบ้าง

5. ผู้บำบัดชื่นชมสมาชิกที่มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
6. ผู้บำบัดสอดแทรกการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและการชื่นชมสมาชิกให้เกิดความภาคภูมิใจ

มั่นใจและเห็นคุณค่าในตนเอง

7. ผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์และความภาคภูมิใจในชีวิต คนละ 1 เรื่อง สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนชื่นชมซึ่งกันและกัน

8. ให้สมาชิกสรุปบอกประโยชน์และความรู้สึกที่ได้รับจากการทำกลุ่มในวันนี้
9. ผู้บำบัดกล่าวขอบคุณสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้กำลังใจในการใช้ชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

##### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการสนทนา
2. การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น
3. สามารถบอกคุณค่า และข้อดีของตนเองได้
4. บอกการจัดการความเครียดได้

## ใบความรู้กิจกรรมที่ 4

### การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

#### ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดคือปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความท้าทายหรือปัญหา

**สาเหตุของความเครียด:** สาเหตุของความเครียดอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ การเงิน หรือสถานการณ์ที่ท้าทายอื่นๆ

**ผลกระทบของความเครียด:** ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า หงุดหงิด และมีปัญหาการนอนหลับ

#### เทคนิคการจัดการความเครียด

1. ฝึกหายใจเข้า-ออกลึกๆ และช้าๆ เพื่อลดความตึงเครียด
2. การทำสมาธิ ใช้เวลาทำสมาธิวันละ 10-15 นาที เพื่อช่วยให้จิตใจสงบและลดความเครียด
3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยลดความตึงเครียด
4. การออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นและลดความเครียด

#### การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (enhancing self-esteem)

1. การยอมรับและเข้าใจตนเอง ยอมรับข้อดีและข้อเสียของตนเอง และเรียนรู้ที่จะเห็นคุณค่าของตนเอง
2. การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ ตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้และให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าแม้จะเล็กน้อย
3. การให้กำลังใจตนเอง ฝึกฝนการพูดกับตนเองในแง่บวกและให้กำลังใจตนเองเมื่อเผชิญกับความยากลำบาก
4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เสริมสร้างความสามารถทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและความภูมิใจในตนเอง
5. การรักษาสุขภาพกายและใจ ดูแลสุขภาพกายและใจของตนเองอย่างดี เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

## กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท: เข้าใจลักษณะและอาการของโรคจิตเภท
2. ให้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย: เรียนรู้วิธีการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน
3. ส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติ: เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและการจัดการกับความเครียด
4. เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสุขภาพจิตที่ดี

สถานที่ทำกิจกรรม หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สาระสำคัญ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านการใช้ความรู้และสนับสนุนครอบครัว การทำแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสอนทักษะในการจัดการกับปัญหาทางจิตเวช

### สื่อ/อุปกรณ์

1. ตารางกิจกรรม
2. ใบความรู้กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล

### ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทักทาย กล่าวสวัสดี บอกวัตถุประสงค์
2. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาว่าสอนอะไรให้กับผู้ป่วยบ้าง
3. ผู้บำบัดประเมินปัญหา และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน (ตามใบความรู้ที่ 5)
4. ให้ญาติ สรุปรูปลักษณ์ ในสิ่งที่สงสัย และ ให้สังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน  
บอกประโยชน์และความรู้สึกที่ได้รับจากการทำในวันนี้
5. ผู้บำบัดกล่าวขอบคุณญาติ ในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้กำลังใจในการใช้ชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการสนทนา
2. การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น
3. สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้
4. การสังเกตพฤติกรรม สมาชิกขณะกลับไปอยู่บ้าน

## ใบความรู้กิจกรรมที่ 5

### ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล

#### 1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ลักษณะและอาการของโรคจิตเภท: อธิบายลักษณะและอาการหลักของโรคจิตเภท

รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย

- สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท
- การรักษาและการดูแล: ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ยา และการดูแลที่บ้าน

#### 2. การให้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย

- การสื่อสารกับผู้ป่วย: ฝึกฝนทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยรวมถึงการฟังอย่างตั้งใจและการตอบสนองอย่างเหมาะสม

การจัดการกับอาการ: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย เช่น อาการหลงผิด อาการหวาดระแวง และอาการหงุดหงิด

การสนับสนุนในชีวิตประจำวัน: สอนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาด และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

#### 3. การส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติ

- การจัดการความเครียด: สอนเทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิและการออกกำลังกาย

- การดูแลตนเอง: เน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพกายของญาติเองรวมถึงการพักผ่อนและการหาความสุขในชีวิตประจำวัน

- การขอความช่วยเหลือ: สร้างความตระหนักในการขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกเหนื่อยหรือท้อแท้ เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง.โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ.....  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  หย่า  คู่  แยกกันอยู่  หม้าย
4. ระดับการศึกษา
  - ไม่ได้เรียน  อนุปริญญา  ประถมศึกษา
  - ปวส/ ปวช  มัธยมศึกษา  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก
5. อาชีพ
  - ว่างงาน  รับจ้าง  รับราชการ
  - ค้าขาย  เกษตรกรรม  อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท/เดือน
  - ไม่มีรายได้  รายได้ไม่แน่นอน  0-3,000 บาท/เดือน
  - 3,000-5,000 บาท/เดือน  5,000-10,000 บาท/เดือน
  - 10,000 -15,000 บาท/เดือน  15,000 -20,000 บาท/เดือน
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
  - 1-5 ปี  5-10 ปี  10-15 ปี  15- 20 ปี  21-30 ปี
8. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย.....
  - บิดา/มารดา
  - พี่ชาย/น้องสาว
  - คู่สมรส (สามี ภรรยา)
  - ญาติ (ลูกชาย/ลูกสาว)
  - ไม่มีญาติพี่น้อง
  - อื่นๆ ระบุ ....

### แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้ระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	= 1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	= 6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	= 7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4 คะแนน		

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)							
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)							
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood).							
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)							
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)							
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)							
10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)							
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)							
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)							
13. ความตึงเครียด (Tension)							
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)							
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)							
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)							
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)							
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)							

ข้อ1-10 ให้คะแนนตามที่ถูกผู้ป่วยบอก ข้อ11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE)

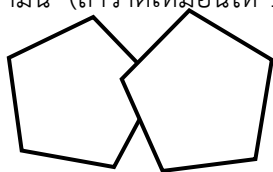
ชื่อ-สกุล.....HN.....AN.....

วันที่.....ผู้ประเมิน.....

หมวด ก การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation 10 คะแนน)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ท่านทราบหรือไม่ว่าตอนนี้เป็นเวลาเท่าไร	1	
2. โปรดระบุว่า วันนี้เป็นวันอะไร	1	
3. โปรดระบุว่า เดือนนี้เป็นเดือนอะไร	1	
4. โปรดระบุว่า ปีนี้ตรงกับพุทธศักราชใด	1	
5. โปรดระบุว่า ฤดูนี้ตรงกับฤดูกาลใด	1	
6. โปรดระบุว่า อำเภอที่ท่านอาศัยอยู่ขณะนี้	1	
7. โปรดระบุว่า จังหวัดที่ท่านอาศัยอยู่ขณะนี้	1	
8. โปรดระบุว่า ที่ที่ท่านอาศัยอยู่ขณะนี้	1	
9. โปรดระบุว่า โรงพยาบาลที่ท่านอาศัยอยู่ขณะนี้	1	
10. โปรดระบุว่า ชั้นที่ท่านอยู่ขณะนี้	1	

หมวด ข ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล (คะแนน Registration)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. โปรดจำของ 3 สิ่งต่อไปนี้ เช่น โต้ะ รถยนต์ ดอกไม้ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กัน ถามผู้ป่วยภายหลัง 5 นาทีที่บอก ให้คะแนนอย่างละ 1 คะแนน	3	

หมวด ค ความจำเฉพาะหน้าและการคำนวณ (7 คะแนน)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
ให้ผู้ผู้ป่วยทำการลบเลข 7 ออกจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ จนครบ 5 ครั้ง (ตอบถูกให้ครั้งละ 1 คะแนน)	5	
ให้อ่านคำว่า “หลับตา” (อ่านได้ให้ 1 คะแนน)	1	
ให้วาดรูปตามนี้ (ถ้าวาดเหมือนให้ 1 คะแนน)	1	



รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน (จุดตัดผ่านเกณฑ์ประเมิน 18 คะแนน)

### แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์		
2. อาการทางจิตเกิดจากภาวะเครียด		
3. โรคจิตเภทเกิดจากทางไสยศาสตร์		
4. โรคจิตเภทเกิดจากพิษของยาเสพติด		
5. โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้		
6. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ		
7. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง แยกตัวคนเดียว		
8. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่นมองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง		
9. โรคจิตเภทเมื่อหายขาดแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้		
10. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่สามารถอยู่ในสังคมได้		
11. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย		
12. คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจมีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม เช่น กลัว กังวลมากขึ้น		
13. โรคจิตเภทมีอาการหลงผิดเป็นความผิดปกติกของความคิดอย่างเดียว		
14. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการ หวาดระแวง เช่น กลัวคนจะมาทำร้าย		
15. ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว มองเห็นภาพหลอน		
16. การรักษาทางชีวภาพเป็นการรักษาด้วยยา		
17. การบำบัดทางจิตสังคมคือ การปรับความคิด และ ปรับพฤติกรรมเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่ง		
18. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ต้องมาพบนักจิตวิทยาเพื่อทำการบำบัดและปรับพฤติกรรม		
19. พฤติกรรม หลงผิดและประสาทหลอนอาจรบกวนผู้ป่วย เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นได้		
20. การพบปะพูดคุยกับผู้อื่นเป็นการบำบัดทางสังคม ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น		

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 2,3, 9,10, 13,18

เกณฑ์การวัดระดับความรู้มีดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

11-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 14 คะแนนหรือร้อยละ 70

### แบบประเมินทักษะการบริหารและจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

หมายเหตุ: เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน  
 บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)  
 นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)  
 ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ (ใน1เดือนที่ผ่านมา)	ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย
1. ท่านตรวจนับจำนวนเม็ดยาให้พอเพียงจนถึงวันนัดครั้งต่อไป				
2. ท่านรับประทานยาเองโดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ดูแลบอกหรือเตือน				
3. ท่านต้องให้ผู้ดูแลบอกหรือเตือนให้รับประทานยาตรงตามขนาดและเวลาที่แพทย์กำหนด				
4. ท่านหยุดรับประทานยาเองบ่อยครั้ง เมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นหรือคิดว่าหายเป็นปกติแล้ว				
5. ท่านมารับยาตามนัด				
6. ท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง				
7. ท่านมาพบแพทย์ทุกครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติ และ มีการปรับเปลี่ยนยา				
8. เมื่อลืมรับประทานยา ท่านเพิ่มการรับประทานยาในมือต่อไป				
9. ท่านมีอาการหูแว่ว				
10. ท่านมีอาการหวาดระแวง				
11. ท่านมีอาการประสาทหลอน				
12. เมื่อท่านมีอาการหูแว่ว ท่านสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตัวเอง				
13. เมื่อท่านมีอาการหวาดระแวง ท่านสามารถจัดการกับอาการหวาดระแวงได้ด้วยตัวเอง				
14. เมื่อท่านมีอาการประสาทหลอน ท่านสามารถจัดการกับอาการประสาทหลอนได้ด้วยตัวเอง				
15. ท่านมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่เข้าสังคม และหลบซ่อนเนื่องจากกลัวคนมาปองร้าย				
16. ท่านรู้สึกกังวลกับ อาการประสาทหลอน				
17. ท่านคิดว่าร่างกายสูญเสียหน้าที่ในการทำงานประจำวัน				

ข้อความ (ใน1เดือนที่ผ่านมา)	ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย
18. ท่านมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ปาก คอ แห้ง ตั้ว แข็ง ลิ้นแข็ง พุด หรือกลืนลำบาก				
19. ท่านมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตื่นน้ำบ่อย ง่วงนอนมาก แขนขา อ่อนแรง				
20. ท่านมีอาการเบื่ออาหาร ได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ				
21. ท่านคิดว่ามีคนมาปองร้ายตลอดเวลา				
22. ท่านคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่เหนือผู้อื่น				
23. ท่านมีอาการทางจิตกำเริบ และต้องได้รับความช่วยเหลือ				
24. ท่านมีอาการประสาทหลอน ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น				
25. ท่านมีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้อยู่ไม่ได้				
26. ท่านมีที่ปรึกษาและผู้ที่ทำให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการทางจิต				
27. ท่านได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อการรักษาที่เร่งด่วน				
28. ท่านมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว ผู้ร่วมงาน หรือกับคน ใกล้ชิด				
29. ท่านถูกจำกัดพฤติกรรมและมีอาการก้าวร้าวทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น				
30. ท่านมีวิธีควบคุมตัวเองเพื่อป้องกันจากการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น				

## แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

### 1. การมีส่วนร่วมทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่อง  ให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

1. คุณตื่นนอนตอนเช้าเวลา

ก่อน 09.00 น.  09.00-11.00 น.  11.00-13.00 น.  หลัง 13.00 น.

2. โดยเฉลี่ยในหนึ่งวันคุณใช้เวลาอยู่คนเดียวนานเท่าไร เช่น ในห้องเดินเล่นคนเดียว ฟังวิทยุหรือดูทีวีคนเดียว

0-3 ชั่วโมง  3-6 ชั่วโมง  6-9 ชั่วโมง  9-12 ชั่วโมง

3. คุณมักจะเป็นผู้เริ่มต้นสนทนาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

เกือบจะไม่เคย  ไม่ค่อยมี  บางครั้ง  บ่อย

4. คุณมักจะออกไปนอกบ้าน (ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม)

เกือบจะไม่เคย  ไม่ค่อยมี  บางครั้ง  บ่อย

5. คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องพบคนแปลกหน้าหรือคนที่คุณไม่รู้จัก

หลีกเลียงพวกเขา  ตีนกั้ว  ยอมรับพวกเขา  ชอบพวกเขา

### 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล

กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่อง  ให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

1. ขณะนี้คุณมีเพื่อนกี่คน ..... คน

1-2 คน  3-4 คน  5-10 คน

10-15 คน  อื่นๆ ระบุ.....

2. คุณมีผู้ดูแลหรือไม่  มี  ไม่มี

3. คุณสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมแค่ไหน

เกือบจะไม่เคย  ไม่ค่อยมี  บางครั้ง  บ่อย

4. คุณสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจตรงกับความต้องการ

ง่ายมาก  ปานกลาง  ค่อนข้างยาก  ยาก

3. การมีกิจกรรมทางสังคม กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ท่านเคยไปดูภาพยนตร์กับเพื่อน				
2. ท่านเคยไปดูละคร ดูลิเกหรือดูคอนเสิร์ต				
3. ท่านเคยไปดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (บิงปอง สนุกเกอร์ หมากฮอส หมากจุก)				
4. ท่านเคยไปร่วมกิจกรรมตกลา หรือยิมนาสติก				
5. ท่านเคยไปร่วมงานกิจกรรมประจำหมู่บ้าน เช่น งานวันปีใหม่ งานบวช งานวัด				
6. ท่านเคยไปร่วมงานสังสรรค์กับเพื่อนๆ เช่น ไปงานวันเกิดเพื่อน งานกินเลี้ยง อื่นๆกับเพื่อนๆ				
7. ท่านเคยไปเที่ยวงาน งานประจำจังหวัด ต่างๆ เช่น งานกาชาด งานประจำปี				
8. ท่านเคยไปเที่ยวกับธรรมชาติ เช่น อุทยานดอกไม้				
9. ท่านเคยรู้สึกเบื่อๆเมื่อต้องเข้าสังคม หรือพูดคุยกับเพื่อนๆ				
10. ท่านมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเพียง 1-2 คน				
11. ท่านมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อมีการสื่อสารกัน				
12. ท่านเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น				
13. เมื่อท่านมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม				
14. ท่านไม่มีสมาธิ เกียจคร้านทำให้ พบปัญหาเรื่องการตกงาน ไม่มีงานทำ หรือไม่สามารถทำงานได้				
15. ท่านขาดการดูแลและเอาใจใส่เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว				
16. ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล				
17. ท่านรู้สึกไม่อยากทำอะไร ขอยุ่ไปวันๆ นั่งๆ นอนๆ				
18. เมื่อท่านทำกิจกรรมใดๆก็ตามรู้สึกไม่มีความสุขเลย				
19. ท่านเคยปลูกพืชผักสวนครัวร่วมกับเพื่อนบ้าน				
20. ท่านเคยร่วมทำกิจกรรมกับคนในหมู่บ้าน เช่น ไปงานบุญ เวียนเทียน				

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
21. ท่านไม่ยากพูดคุยและทำกิจกรรมกับใครเพราะรู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ				
22. ท่านเคยไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัด				

4. กิจกรรมนันทนาการ กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคย	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เล่นดนตรี				
2. เย็บปักถักร้อย				
3. เตะบอล				
4. วิ่งเล่น				
5. เล่นกีฬาที่ตนเองชอบ				
6. ดูทีวี				
7. ฟังเพลง				
8. ไปเล่นกับเพื่อนที่นอกบ้าน				
9. ชอบอยู่คนเดียว				
10. ดื่มสุรากับเพื่อน				
11. ชิมอเตอร์ไซด์				
12. นั่งเฉยๆ				
13. เดินออกไปเที่ยวทุ่งนา หรือ ตามป่าแม่น้ำลำธาร				
14. สวดมนต์/ นั่งสมาธิ				
15. ทำกิจกรรมด้านศิลปะ เช่น ภาพวาด งานฝีมือ จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ เก็บของเป็นระเบียบ กวาดบ้านถูบ้าน ได้ เก็บของเป็นระเบียบ กวาดบ้านถูบ้าน				

5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคย	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ไปซื้อสินค้าจากร้านค้าใกล้บ้านตัวเอง				
2. เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ให้สะอาด				
3. อาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายเอง				
4. ซักเสื้อผ้าของตัวเองได้				
5. มีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว				
6. ไม่สนใจปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว				
7. สามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น				
8. พฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อย เช่น พุดบ่นคนเดียว				
9. บางครั้งแสดงอาการโกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายตนเอง				
10. บางครั้งแสดงอาการโกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายผู้อื่น				
11. ไม่ยอมสนใจ ไม่ช่วยเหลือตัวเอง				
12. เรียกร้องความสนใจจากครอบครัว				
13. แต่งกายได้อย่างเหมาะสม				

6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาท่านเคย	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เดินทางโดยรถประจำทางด้วยตนเอง				
2. รับผิดชอบการใช้จ่ายเงินได้เอง				
3. มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่ายของตนเอง				
4. จัดหาและ/ หรือประกอบอาหารรับประทานเอง				
5. มีการวางแผนการใช้จ่ายเงิน				
6. มีการแบ่งเวลาในการนอนและการทำงาน				
7. มีการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นเมื่อไม่สบาย				
8. มีการหารายได้พิเศษ				
9. มีการซักเสื้อผ้า รีดผ้า				
10. มีการทำความสะอาดโต๊ะกินข้าว ล้างถ้วยชามได้				
11. รู้จักทำความสะอาดกวาดบ้าน ถูบ้าน ช่วยเหลืองานบ้านได้				
12. ตื่นนอน ลูกตอนเช้า จัดสรรเวลาอนได้ดี				
13. แต่งกายถูกกาลเทศะ				

## 7. การจ้างงาน/อาชีพ

1. คุณได้รับการจ้างงานหรือประกอบอาชีพอย่างไร (รวมถึงการการฟื้นฟูอาชีพหรือการเข้าอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลักษณะงานที่คุณได้รับการจ้างงานเป็นอาชีพ (ระบุชื่องาน)	ทำงานเต็มเวลา	บางเวลา	เพิ่งออกจากงานได้ไม่เกิน 6 เดือน	กำลังอยู่ในช่วงฟื้นฟูชีพ/ฝึกอบรม/ฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ถ้าไม่มีงานทำหรือไม่ได้รับการจ้างงานถ้าไม่มีงานทำ

2.1 คุณคิดว่าคุณสามารถทำงานหรือไม่

มีแน่นอน	อาจจะเป็นไปได้	น่าจะเป็นไปได้ยาก	ไม่แน่นอน


2.2 คุณใช้ความพยายามที่จะหางานใหม่บ่อยครั้งเพียงใด (เช่น ไปที่ศูนย์จัดหางานหรือหางานจากหนังสือพิมพ์ เป็นต้น)


แทบไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง


### เกณฑ์การให้คะแนน

- (1) การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0-15 คะแนน
  - (2) การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ มีข้อให้คะแนน 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0-9 คะแนน
  - (3) การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าคะแนน 0-66 คะแนน
  - (4) กิจกรรมนันทนาการ มีข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 45 คะแนน
  - (5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0- 39 คะแนน
  - (6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 39 คะแนน
  - (7) การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงาน มีข้อคำถาม 3 ข้อ มีการทำงานระดับคะแนน 7 - 10 คะแนน ถ้าไม่ได้ทำงานระดับคะแนน 0 - 6 คะแนน รวมข้อคำถาม 75 ข้อคะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ raw scores ในตารางแปลผลคะแนนได้ตามค่าคะแนนดังนี้
- คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 95 คะแนนทำหน้าที่ทางสังคม ได้ระดับต่ำ
- คะแนนอยู่ในช่วง 96 - 105 คะแนนทำหน้าที่ทางสังคม ได้ระดับปานกลาง
- คะแนนอยู่ในช่วง 106 - 125 คะแนนทำให้ทางสังคม ได้ระดับดี
- คะแนนอยู่ในช่วง 126-135 คะแนนทำหน้าที่ทางสังคม ได้ระดับดีมาก

ภาคผนวก ค  
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

 กรมสุขภาพจิต www.mentalhealth.go.th	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่ 011/2567	
ชื่อโครงการ	: ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและ อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท : The Effective of Psychoeducation Activity Focusing on Skill Training on Social Functioning and Symptom Psychotic of Schizophrenia Patients	
รหัสโครงการวิจัย	: KKPH.REC006/2567BTs_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	: นางภาวิณี สถาพรธีระ และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	: -	
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review)	
เอกสารที่รับรอง	:	
1. โครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน 2567	
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน 2567	
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน 2567	
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน 2567	
5. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน 2567	
วัน 16 เดือน กันยายน ปี พ.ศ. 2567 ที่รับรอง	วัน 15 เดือน กันยายน ปี พ.ศ. 2568 ที่หมดอายุการรับรอง	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก.....12.....เดือน		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการ ให้การ รับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม.....  ( นายสมพล หาญดี ) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

 กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต www.pshd.moph.go.th	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดและหลักการจริยธรรมในการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในรายงานของเบลมอนท์
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบบินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทันทีภายใน 24 ชั่วโมง
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง

ภาคผนวก ง  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามและประวัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1

ชื่อ – ชื่อสกุล	นายแพทย์ ณสมพล หาญดี
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสนับสนุนพัฒนาศักยภาพเครือข่าย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ประวัติการศึกษา	
ปริญญาตรี :	แพทยศาสตรบัณฑิต สาขาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น
:	วุฒิปัตร์ผู้เชี่ยวชาญ (ว.ว.) สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

### ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2

ชื่อ- ชื่อสกุล	นายไพรวลัย รมซ่าย
ตำแหน่ง	พบบาลวิชาชีพรักษาพยาบาลพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและตรวจรักษาพิเศษ
ประวัติการศึกษา	
ปริญญาโท :	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น
ปริญญาตรี :	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่

### ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3

ชื่อ – ชื่อสกุล	นางสาวอัจฉริยา นคะจัด
ตำแหน่ง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
ประวัติการศึกษา	
ปริญญาโท :	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น
ปริญญาตรี :	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง จ. ขอนแก่น

ภาคผนวก จ

ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

### ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ – สกุล (ผู้วิจัยหลัก)

ตำแหน่งปัจจุบัน

สถานที่ทำงาน

นางภาวิณี สถาพรธีระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63149

Email address: pns1281@gmail.com

ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา จ. นครราชสีมา พ.ศ.  
2536

- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา  
พ.ศ. 2543

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.  
2561

2. ชื่อ – สกุล (ผู้ร่วมวิจัย)

ตำแหน่งปัจจุบัน

สถานที่ทำงาน

ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

นาง กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา พ.ศ. 2536

-ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี  
พ.ศ. 2540

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.  
2551

- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการ  
พยาบาลและการผดุงครรภ์(APN) สาขาการพยาบาลจิต  
เวชและสุขภาพจิต พ.ศ. 2554

3. ชื่อ – สกุล (ผู้ร่วมวิจัย)  
ตำแหน่งปัจจุบัน  
สถานที่ทำงาน  
ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
- นางสาว เอ็มหทัย ศรีจันทร์หล้า  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ พ.ศ. 2539  
- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
พ.ศ. 2546  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ  
พยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2547  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.  
2557
4. ชื่อ – สกุล (ผู้ร่วมวิจัย)  
ตำแหน่งปัจจุบัน  
สถานที่ทำงาน  
ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
- นางสาวประทุมวัน ชัยยันต์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
- พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี  
พ.ศ.2545  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช พ.ศ. 2552
5. ชื่อ – สกุล (ผู้ร่วมวิจัย)  
ตำแหน่งปัจจุบัน  
สถานที่ทำงาน  
ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
- ดร.ภาสินี โทอินทร์  
อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี พ.ศ.2540  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2546  
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรและการเรียนการสอน)  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2561



Center for Ethics in Human Research



Academic Clinical Research Office Faculty of Medicine



Clinical Epidemiology Unit Faculty of Medicine

### Certificate of Completion

Is hereby granted to

**Mrs.Pawinee Sathapornteera**



to certify your completion of the training course on:

**GOOD CLINICAL PRACTICE (ICH-GCP)**

**TOPICS COVERED**

- Principles of ICH GCP
- Roles and responsibilities of investigator
- Roles and responsibilities of EC
- Roles and responsibilities of sponsor
- Research protocol writing
- Informed consent
- Safety reporting
- Ethical considerations for medical device research
- Data handling and management
- Study medication handling

COMPLETION DATE : 2023-FEB-23  
EXPIRATION DATE : 2028-FEB-22

**Prof. Monchai Duangjinda, Ph.D.**  
Vice President for Research and Graduate Studies  
Khon Kaen University

**Prof. Kwanchanok Yimtae**  
Director, Academic Clinical Research Office  
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Prof. Surachai Sea-jung**  
Director, Clinical Epidemiology Unit  
Faculty of Medicine, Khon Kaen University



ชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย (FERCIT)  
ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อนแสดงว่า

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

ได้เข้ารับการอบรมประชุม Research Human Participant Protection Course  
and GCP For The New Coming Investigators

วุฒิบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

ณ สถานที่ กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์สุจิต ลิขนะพิชิตกุล  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช  
กรมสุขภาพจิต

พ.อ.ร.นพ.สุธี พานิชกุล  
ประธานคณะกรรมการชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย



ชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย (FERCIT)  
ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

เอมหทัย ศรีจันทร์หกล้า

ได้เข้ารับการอบรมประชุม Research Human Participant Protection Course  
and GCP For The New Coming Investigators

วุฒิบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

ณ สถานที่ กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช  
กรมสุขภาพจิต

พ.อ.รศ.นพ.สุธี พานิชกุล

ประธานคณะกรรมการชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย



**MU-HSR**  
ONLINE TRAINING

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕  
เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.



ขอประกาศยืนยันอีกครั้งเพื่อแสดงว่า

**ภาสินี ไทอินทร์**

ได้เข้าร่วมการอบรม

**หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน  
สำหรับการวิจัยด้านสังคมศาสตร์  
และพฤติกรรมศาสตร์**

จัดโดย

**ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล**



<https://ethics-training.mahidol.ac.th>

**MU-HSR**  
Online Training



### Certificate of Completion

National Research Council of Thailand (NRCT)

certify that

ประทุมวัน ชัยยันต์

has completed the

Human Subject Protection (HSP)

Date approved

( 19/3/2023 )

(Dr. Wiparat De-ong)

Deputy Executive Director

National Research Council of Thailand

Date expired

( 19/3/2025 )