การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

รื่นฤดี ลิ้มฉาย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 16 มีนาคม 2552

นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นายธีระ ลีลานันทกิจ
วว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ติลกสกุลชัย
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร ประธานสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ นายแพทย์สินเงิน สุขสมปอง อาจารย์ ดร. อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง นางสาวภาวินี ขนบธรรมจารี ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณนายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา อดีตผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างทำการศึกษา เพื่อนร่วมงานตลอดจนผู้ป่วยทุกคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้โอกาส ให้เวลาและให้ความร่วมมือในการศึกษา จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบคุณ คุณแม่พัชรินทร์ ปานพันธ์สมาชิกของครอบครัวปานพันธ์สามีและลูกที่ให้การช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน อำนวยพร จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

รื่นฤดี ลิ้มฉาย

Copyright by Mahidol University

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING COPING OF PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA

รื่นฤดี ลิ้มฉาย 4836938 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา รวบรวมและประเมินหลักฐาน ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ที่มีคุณภาพความน่าเชื่อถือ 6 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCTs) 3 เรื่อง Controlled trials without randomization 3 เรื่อง ได้นำข้อสรุปหลังการสังเคราะห์ และบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไข พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภททั้งรายกลุ่ม และรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล ด้วยวิธีการ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะความเครียดและการเผชิญความเครียด 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับ การจัดการกับอาการทางจิต และการเผชิญปัญหาที่เกิดในชีวิตประจำวันเพื่อลดความเครียด 3) เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ 4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเครียด 5) การพัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง/ การเผชิญความเครียด/ การแก้ปัญหา/ อาการทางจิต

154 หน้า

Copyright by Mahidol University

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING COPING OF PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA

RUENRUDEE LIMCHY 4836938 NSMH/M

M.N.S.(MENTAL HEALTH AND PYSCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D., YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.

ABSTRACT

This study was aimed at developing a Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) to increase the ability of patients with schizophrenia to cope with their symptoms. This study adopted by Polit and Beck (2004) evidence- based practice model which is comprised of 4 steps: 1) selecting a topic or problem; 2) assembling and evaluating evidence; 3) assessing implementation potential; and 4) developing, implementing, and evaluating the innovation. The 6 research studies, found there were 3 Randomized Controlled Trials (RCTs) and 3 Controlled trials without randomization. From the evidence analysis, synthesis, and integration, recommendations were established and submitted to an expert committee for validation. Expert opinions were used to correct and improve the developed CNPG which could than be implemented for schizophrenia therapy, both in group therapy and group therapy in combination with individual therapy, in the following aspects: 1) educating the patients concerning the factors affecting relapse in schizophrenia, particularly stress and coping; 2) improving their knowledge and skills in psychiatric symptom management and in coping with daily living problems for stress reduction; 3) promoting self-awareness of negative emotions during stress, training skills in management of negative emotion; 4) modifying living patterns to promote health and reduce stress; 5) skill development in initiation, and maintenance of social support.

It is suggested that the pilot study should be carried out in a psychiatric unit in order to evaluate the effects of these guideline.

KEY WORDS: CHRONIC SCHIZOPHRENIA/ COPING/ PROBLEM SOLVING/ PSYCHIATRIC SYMPTOMS.

154 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญ		**ฉ**
บทที่ 1	**บทนำ**	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข	5
	วัตถุประสงค์การศึกษา	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิด	5
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม**	6
	ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการ**	21
	การเลือกรูปแบบตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัย	21
	การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษา	23
บทที่ 4	**สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ**	40
	สรุปการศึกษา	40
	ข้อเสนอแนะ	41
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		42
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		55
บรรณานุกรม		68
ภาคผนวก		73
ประวัติผู้ศึกษา		154

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาโครงการ (Background and significance study)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรือทื่อ ๆ (Blunted) ระดับการรู้ตัว และความสามารถทางสติปัญญาไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีความจำกัดทางการรู้คิด (WHO, 2006) และเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และทรุดโทรมเป็นส่วนใหญ่ (National Institute of Mental Health, U.S.A, 2006) ทั้งยังก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก (Wyatt, Henter, Leary & Taylor, 1995) ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือบกพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (American Psychiatric Association, 2000; Bryson, Bell, Kaplan, & Grei, 1998; Brekke, Raine, Ansel, Lencz, & Bird, 1997) ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง (Norman, Malla, Mclean, Neufeld, & Voruganti, 2002) ความสามารถในกระบวนการคิดวิเคราะห์ลดลง (Nuechterlein et al., 1994) ไม่สนใจสุขภาพอนามัยและการแต่งกาย (Velligan et al., 1997) ในระยะกำเริบจะมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทยจำนวน 22,175 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต ประเทศไทย, 2545) สถิติจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 ชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 43,47 และ48 ตามลำดับ ผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทถึงร้อยละ 58, 57 และ57 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ

จากสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบอัตราการกลับเป็นซ้ำภายใน 28 วันของโรคจิตเภทร้อยละ 8, 9.6 และ 7.9 ในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 ตามลำดับ โรคจิตเภทมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) และจากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 50-70 ของโรคจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเข้ารับการรักษา (Lindstrom & Bingerfors, 2000) การกลับเป็นซ้ำอาจเกิดแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยา (Gaebel & Frommann, 2000) แนวคิดที่อธิบายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแนวคิดหนึ่งคือแนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียดต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (The Vulnerability / stress model of schizophrenia relapse)

Copyright by Mahidol University

(Nuechterlein et al., 1994) เชื่อว่าการกลับเป็นซ้ำเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางและปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1) ปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล (Personal vulnerability factors) ได้แก่ ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาทโดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (Reduced available information-processing resources) ปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และบุคลิกภาพแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) 2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์และตำหนิผู้ป่วย และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1. ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) ได้แก่ สมรรถนะและทักษะการเผชิญความเครียด การได้รับยารักษาโรคจิต และ 2. ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวของผู้ป่วย และการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ แนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง ทำให้เกิดการเสียสมดุล การให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยบรรเทา ความเปราะบางเฉพาะบุคคลและปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การไม่รับประทานยา (Keith & Kane, 2003) ตลอดจนปัจจัยด้านครอบครัว สังคม โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีการแสดงทางอารมณ์ต่อกันสูง การตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ (Cutting, Aakre, & Docherty, 2006)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันระดับสูง โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนก่อนการป่วย จะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ (Pallanti, Quercioli, & Pazzagli, 1997) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การตกงาน ไม่มีงานทำ การไม่มีรายได้ ภาวะสุขภาพ การได้รับอุบัติเหตุ อาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ชีวิตสมรส สิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่มีการแสดงทางอารมณ์สูง การเสียบุคคลที่รัก (Nuechterlein et al., 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร และ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2544) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 39 มีความเครียดระดับมากในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม โดยเฉพาะการไม่มีงานทำ การจัดการด้านเงิน การจัดการกับรายได้ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการเผชิญความเครียด (Coping) ประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าสามารถควบคุม และจัดการ

Copyright by Mahidol University

กับสถานการณ์นั้นได้น้อย (Horan et al., 2005) ดังนั้นเมื่อประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตจึงมีความเครียดสูง (Das, Kulhra, & Verma, 1997) และทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลง (Nuechterlein et al., 1994) เกิดการเสียสมดุลและการกลับเป็นซ้ำได้

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีเป้าประสงค์ มุ่งเป็นเลิศ (Excellent center) ด้านจิตเภทในปี 2554 และพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทครบวงจร ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย มีความเห็นร่วมกันว่า ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่สุด ทั้งยังสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของสถาบัน จึงพยายามการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลตามแนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา การฝึกทักษะการจัดยา และการจัดยากินเอง ให้ความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างหลากหลาย ได้แก่ การฝึกทักษะคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) การหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal breathing exercise) และฝึกการออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้คำแนะนำรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ ของพยาบาลแต่ละคน และยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนที่ชัดเจน

สถิติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำของหอผู้ป่วยลดาวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือน มกราคม 2550 ถึงมีนาคม 2550 พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยลดาวัลย์ภายใน 28 วัน มีจำนวนถึง 9 ราย จากการประเมินอาการผู้ป่วย ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเหตุผลหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำ เกิดจากการที่ต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียด เช่น การไม่มีงานทำ ปัญหาเรื่องเงิน กลัวญาติทิ้ง และผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม บางรายใช้การดื่มสุรา ทำให้รู้สึกเครียดมากขึ้น การดูแลตนเองในการกินยาลดลง เช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง ป่วยด้วยโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลา 3 ปี อายุ 31 ปี ประสบภาวะเครียดเนื่องจากถูกออกจากงาน เพราะป่วยทางจิต ทำให้ไม่มีเงินใช้ และไม่มีแหล่งความช่วยเหลือ ใช้วิธีการดื่มสุราเพื่อคลายเครียด คนในครอบครัวด่าว่า และไม่สนใจ ทำให้เครียดมากขึ้นไม่รับประทานยา มีอาการนอนไม่หลับ และเริ่มได้ยินเสียงสั่งให้ออกจากบ้าน เมื่อหงุดหงิดมากขึ้นมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายของในบ้าน และถูกส่งตัวมารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหญิงรายที่สอง ป่วยด้วยโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลา 4 ปี อายุ 40 ปี เครียด เนื่องจากตนเองและสามีตกงานพร้อมกัน ไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าบ้าน ต้องย้ายบ้านเช่าใหม่ที่ถูก

Copyright by Mahidol University

กว่า คิดมากเรื่องที่อยู่อาศัย และปัญหาเศรษฐกิจทำให้นอนไม่หลับ มีความรู้สึกเศร้าไม่อยากรับประทานยา มีอาการหูแว่วเป็นเสียงด่าว่าตนเองเป็นคนไม่ดี และมีความคิดหลงผิดว่าตัวเองสามารถเสกบ้านทาวเฮาส์ให้สามีอยู่ได้ เข้าไปในบ้านคนอื่นกลางคืน คิดว่าเป็นบ้านที่ตัวเองเสก จึงถูกนำส่งมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จากผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเป็นการช่วยบรรเทาความเปราะบางเฉพาะบุคคล ส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ตามแนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Nuechterlein et. al., 1994) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฝึกการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องการประเมินประสิทธิผลการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy)ในผู้ป่วยจิตเภท (Xia & Chunbo, 2007) พบว่าจำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่มีคุณภาพมีจำนวนน้อย งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือน้อย ไม่สามารถจะนำมาวิเคราะห์ได้ และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัยที่สนใจจะวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฝึกการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่มากพอ และมีระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น อย่างไรก็ดีผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยเดี่ยวเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท ใช้วิธีการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Tarrier et al.,1993) การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จากการเจ็บป่วย การทำงาน และในสังคม (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; Liberman, Eckman, & Marder, 2001; Norman et al., 2002; Tarrier et al., 1993) การฝึกโยคะ และการออกกำลังกาย (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007) ซึ่งเป้าหมายหลักของการบำบัด คือ การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำพัฒนาทักษะการจัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกการตระหนักรู้และการจัดการกับอาการในทางลบ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และลดความเครียด ตลอดจนพัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัว สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับ

Copyright by Mahidol University

ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Main issues)

ผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางต่อที่ความเครียด กล่าวคือแม้จะเผชิญความเครียดในระดับที่คนทั่วไปสามารถจัดการได้ แต่ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถเผชิญความเครียดเพื่อให้กลับสู่สมดุลได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทยิ่งเรื้อรัง หรือกลับเป็นซ้ำมากเท่าใด ความสามารถในการเผชิญความเครียดจะยิ่งลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเครียด และอาการทางจิตดีขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา (Purposes of the study)

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิด /ผลลัพธ์ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Expected benefits /outcomes)

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมดังต่อไปนี้

1.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of existing literature related to issues of concern)

1) โรคจิตเภท

1.1 ความหมาย อาการ อาการแสดง

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.3 การรักษา และการบำบัดทางจิตสังคม

2) แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

3) แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมาย

3.2 การเผชิญความเครียด

3.3 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

3.4 วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4) แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1) โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน และสัมพันธภาพ ได้มีการให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1.1 ความหมาย อาการ อาการแสดงของโรคจิตเภท

ความหมาย

WHO (2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ว่าเป็นความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะ คือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรืออารมณ์ที่อ ๆ (Bunted) ระดับการรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญาไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมี

Copyright by Mahidol University

ความจำกัดทางการรู้คิดในระยะการดำเนินโรค พยาธิสภาพทางจิตที่สำคัญคือ Thought echo; Thought insertion or withdrawal; Thought broadcasting; Delusional perception and delusions of control, Influence or passivity มีอาการหูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย มีความผิดปกติของความคิดและอาการด้านลบ การดำเนินโรคมีลักษณะต่อเนื่อง หรือมีอาการรุนแรงเป็นช่วง ๆ และฟื้นคืนดีได้ทั้งหมดหรือบางส่วน

American Psychiatric Association (2000) ระบุว่าโรคจิตเภทต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้ติดต่อกัน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะที่รุนแรงมากอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM IV ^{TR} ดังนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. มีความผิดปกติของคำพูด
4. มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย
5. มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรม

หมายเหตุ (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกัน มีอาการข้างต้นเพียงอย่างเดียวก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทได้)

ข.อาการนี้ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ค. ผู้ป่วยมีอาการไม่สงบติดต่อกันเป็นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ต้องมี Active phase อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

ง.อาการทางจิตที่เกิดต้องไม่มีสาเหตุมาจาก Schizoaffective และ Mood disorder ต้องแยกโรค Schizoaffective และ Mood disorder ที่มีอาการทางจิตโดยข้อใดข้อหนึ่ง (1) ไม่มี Major depressive, Manic, Mixed episode ในระยะอาการกำเริบ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ ช่วงอาการด้านอารมณ์จะสั้น

จ .อาการทางจิตที่เกิดต้องไม่มีสาเหตุมาจากการใช้สารหรือโรคทางกาย

ฉ. หากมีประวัติ Autistic หรือ Pervasive development disorder จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia เมื่อมีหลงผิดประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน

อาการ อาการแสดง

อาการทางคลินิก (APA, 2002 cited in Shives, 2005; Sheila, & Videbeck, 2006; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

Copyright by Mahidol University

ก. อาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม กล่าวคือ

1. อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดคือความคิด / ความเชื่ออย่างจริงจังที่ผิดไปจากความจริง ซึ่งผู้อื่นในวัฒนธรรมนั้นไม่ได้เชื่อเช่นนั้น และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นอาการหลงผิดแบบแปลกประหลาด (Bizarre delusion) ชนิดที่พบบ่อย คือ Delusion of persecution (ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย) Delusion of grandiose (หลงผิดคิดว่าตัวเองใหญ่โต พิเศษเกินจริง หรือสัมพันธ์กับคนใหญ่โต) Delusion of reference (ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดพาดพิงถึงตน) Thought insertion (ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน)

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นความผิดปกติทางการรับรู้ที่หรือปราศจากสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส ที่พบบ่อยที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหู ทางตา เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียง คำสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย ลักษณะของเสียงแว่วที่มักพบในโรคจิตเภท คือ เสียงคนพูดคุยกัน เสียงคนพูดวิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย

3. ความผิดปกติอื่น ๆ ได้แก่ ความคิดไม่ประติดประต่อ (Associative looseness) ความคิดสับสนไม่เป็นระเบียบ (Conceptual disorganization) อารมณ์สองฝักสองฝ่าย (Ambivalence) ไม่เป็นมิตรและพฤติกรรมก้าวร้าว (Hostility or aggressive behavior) ท่าทางสงสัยไม่ไว้วางใจคิดว่าถูกพาดพิง (Suspicious, ideas of reference) ตื่นเต้นหรือภาวะกายใจไม่สงบ (Excitement or agitation) ความผิดปกติของคำพูด (Disorganized speech) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavioral) การแต่งกายและพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre dress or behavior) อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก

ข. อาการทางด้านลบ (Negative symptoms) เป็นการไม่แสดงออกในสิ่งที่ควรจะกระทำได้แก่ พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อยใช้เวลานานในการตอบ ไร้อารมณ์ (Apathy) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด เฉื่อยชา ทำอะไรได้ไม่นาน ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นั่งเฉย ๆ สัมพันธภาพกับคนอื่นบกพร่อง (Dysfunctional relationship) มีความยากลำบากในการคิดเชิงนามธรรม (Difficulty abstract thinking) ไม่สบตา (Poor eye contact) มีพฤติกรรมแยกตัว (Emotional withdrawal)

ชนิดของโรคจิตเภท (Shives, 2005)

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 5 ชนิด คือ

1) ชนิดหวาดระแวง (Paranoid type) ลักษณะสำคัญคือผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิด

Copyright by Mahidol University

อยู่กับอาการหลงผิดหรืออาการหูแว่ว

2) ชนิดวุ่นวาย (Disorganized type) คือผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด มีพฤติกรรมวุ่นวาย และมีอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจมีกิริยาท่าทีแปลก ๆ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ มักเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อยโดยอาการเกิดช้า ๆ และมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพนำมาก่อนโรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง

3) ชนิดคาทาโทเนีย (Catatonic type) ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างคือ ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย มีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย มีอาการต่อต้านหรือทำตรงข้ามกับคำสั่ง (Negativism) หรือไม่พูด (Mutism) มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลก ๆ เช่น ทำอะไรซ้ำ ๆ พูดเลียนแบบ (Echolalia)

4) ชนิดแยกไม่ได้ (Undifferentiated type) ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชัดเจนแต่ไม่สามารถจัดเข้าได้กับชนิดใด

5) ชนิดมีอาการหลงเหลือ (Residual type) ในชนิดนี้ผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางด้านบวกชัดเจน ผู้ป่วยจะมีอาการทางลบ อารมณ์เฉยเมย ไม่พูด หรืออยู่เฉย ๆ ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัย (Sheila & Videbeck, 2006; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor)

1) พันธุกรรม จากการศึกษาในญาติของผู้ป่วยจิตเภทถึงความเกี่ยวพันธ์กับการเกิดโรคในญาติที่ใกล้ชิด พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงมาก โดยเฉพาะลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยมีโอกาสป่วยถึง 12% ลูกที่พ่อและแม่ป่วยทั้งคู่มีโอกาสป่วย 40 % ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีความเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทสูง 47 % (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) และยังเชื่อว่า โครโมโซมตัวที่เกี่ยวข้องคือโครโมโซมตัวที่ 13 และ 8 (Cancro & Lehman, 2000)

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับสารสื่อประสาท Dopamine ที่มากเกินไปในส่วน Synapse ของสมอง ความบกพร่องของสารสื่อประสาท Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี Dopamine deregulation ที่ Striatum ทำให้มีการปล่อย Dopamine ที่ผิดปกติ จึงเกิดอาการทางด้านบวก (Wyatt et al., 1989)

3) กายวิภาคของสมอง จาก CT scan ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีการขยายของ Lateral ventricles ปริมาณของ Fluid volume เพิ่มขึ้น และพบ Cortical atrophy ทำให้เนื้อสมองน้อยลง (Flashman, McAllister, Andreasen, & Saykin, 2000) โดยจะพบในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรก

Copyright by Mahidol University

และในเด็กที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

4) ประสาทสรีรวิทยา Flashman, et al. (2000) ได้ศึกษาผลของ PET scan พบว่า Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal lobe การที่ผู้ป่วยมี Frontal activation ลดน้อยลงอาจเป็นเพราะมีความบกพร่องของ Frontal lobe

1.2.2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม (Environmental or cultural)

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม อาจส่งเสริม หรือป้องกันอาการทางจิตได้ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ในครอบครัวที่ส่งเสริมอาการทางจิต เช่น มีการแสดงทางอารมณ์ในครอบครัวสูง (High EE) (Butzlaff & Hooley, 1998) ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดความอบอุ่นจากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็กครอบครัวแตกแยก ในสังคมวัฒนธรรม สังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์และตำหนิผู้ป่วย (Cutting et al., 2006) ตลอดจนเหตุความเครียด (Stressors) ต่าง ๆ (Nuechterlein et al., 1994) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ หรือ การที่ไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุส่งเสริมหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิต

1.3 การรักษา และการบำบัดทางจิตสังคม

การรักษาโรคจิตเภทโดยวิธีการร่วมกันทั้งทางกาย และการบำบัดทางจิตสังคมจะให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว วิธีการบำบัดรักษามีดังนี้

1.3.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาที่จำเป็นที่สุดในระยะเฉียบพลันของโรค สามารถรักษาอาการที่สำคัญต่าง ๆ โดยทำให้อาการของโรคจิตเภทดีขึ้น ลดการกำเริบของโรค การรักษาแบ่งเป็น 3 ช่วงการรักษา คือระยะควบคุมอาการ เป้าหมายคือควบคุมอาการให้สงบโดยเร็วที่สุด ระยะให้ยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไปควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไป 6 เดือน การลดยาเร็วอาจทำให้อาการกำเริบ ระยะคงอาการ การใช้ยาในขนาดต่ำ ๆ เมื่ออาการของโรคสงบแล้วเพื่อเป็น Maintenance treatment ช่วยป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ควรใช้เป็นการรักษาอันดับแรกของโรคจิตเภท นอกจากมีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง ซึมเศร้าที่รุนแรง ไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต หรือเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1.3.3 การรักษาด้วยจิตสังคม (Psychosocial treatment) การรักษาใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักก่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างตัวเองกับสังคมรอบข้าง เช่น อาการด้านลบหรือท้อแท้หมดกำลังใจ จึงจำเป็นที่ต้องให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคม ควบคู่ไปกับการรักษาอื่น ได้แก่ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy)

Copyright by Mahidol University

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาในแบบที่ทำได้ ช่วยให้เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy therapy) เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง

2) การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling) มีจุดหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป หรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะก่อให้เกิดความเครียด การพบผู้ป่วย และญาติร่วมกันจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่เรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

3) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ การงาน และสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันความเสื่อมของบุคลิกภาพ โดยให้มีบรรยากาศดี มีสภาพที่น่าภิรมย์ ไม่แลดูเหมือนห้องขัง บุคลากรผู้รักษามีการทำงานเป็นทีม มีการแบ่งหน้าที่กันทำ และประสานงานกัน มีการประชุมปรึกษา และวางแผนการรักษาร่วมกัน มีการจัดกลุ่มกิจกรรมให้กลุ่มผู้ป่วยหลายรูปแบบช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดี

2) แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

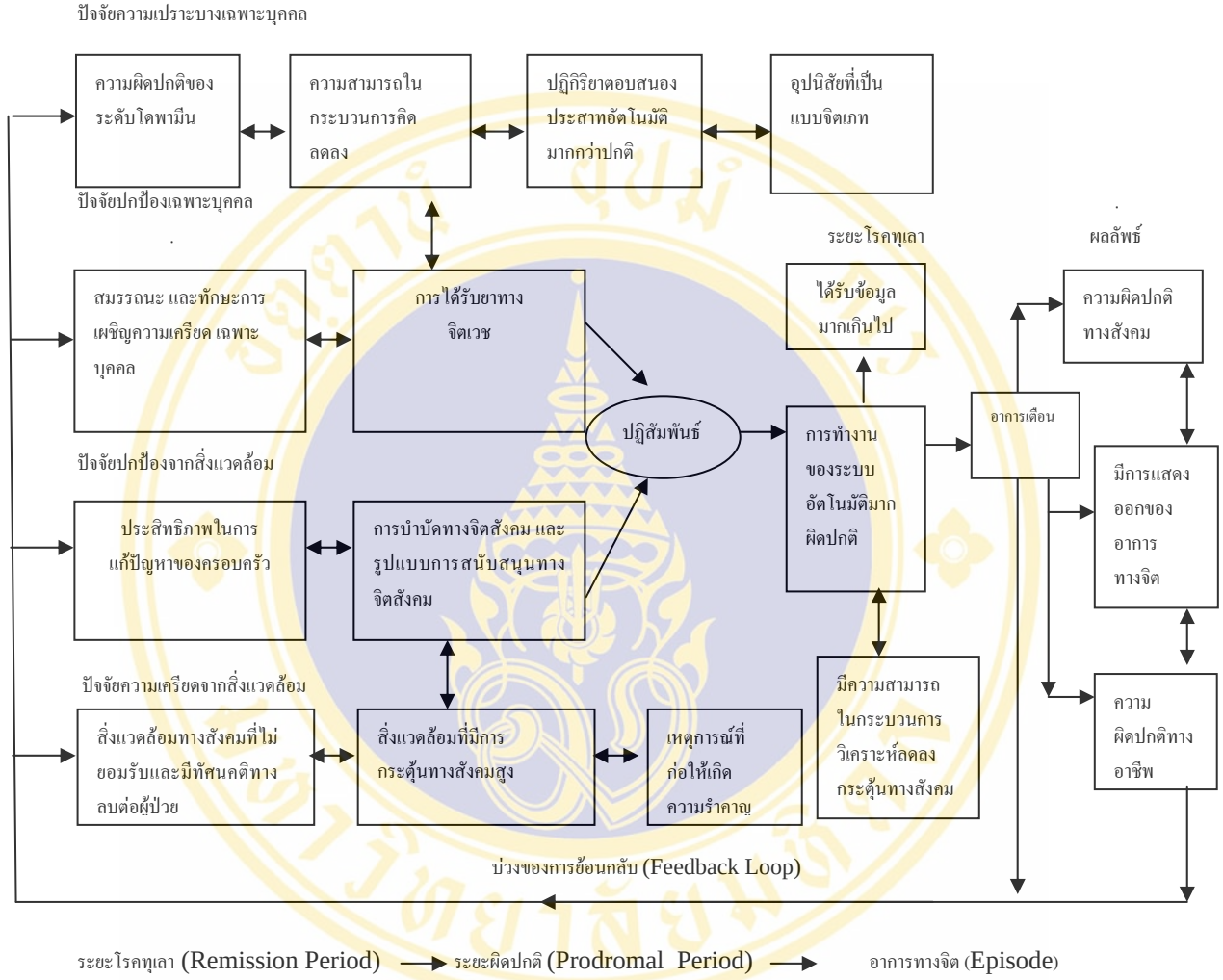
The Vulnerability / stress model of schizophrenia relapse ของ Nuechterlein, et al. (1994) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากการศึกษาวิจัยผู้ป่วยจิตเภทที่มหาวิทยาลัยแคริฟอร์เนียในลอสแองเจอร์ริส (University of California at Los Angelis) โดยอธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่า การกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1) ปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล (Personal vulnerability factors) ที่ทำให้คนนั้น ๆ มีโอกาสเกิดอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาทโดพามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (Reduced available information-processing resources) ปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และอุปนิสัยที่เป็นแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) 2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & Stressors)

Copyright by Mahidol University

ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์ และตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนประจำวัน (Daily hassles) ที่จะสะสมมาเรื่อยๆไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้ และ 3) ปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1. ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) ได้แก่ สมรรถนะและทักษะการเผชิญความเครียด การได้ยารักษาโรคจิต และ 2. ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม (Environments protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวของผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางจิตสังคม Social support แนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียดต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องการให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยบรรเทา ความเปราะบางเฉพาะบุคคลและปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเมื่อคนมีความเปราะบางของบุคคลสูง ประกอบกับมีความผิดปกติในกระบวนการคิดวิเคราะห์ การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดสูง ผู้ป่วยจะแสดงอาการเตือนให้รับรู้ถึงการเริ่มมีความผิดปกติ (Prodomal symptoms) อันจะส่งผลเกิดความผิดปกติในด้านการงาน ด้านสังคม และการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและมีการย้อนกลับของวงจร ทำให้เพิ่มความเปราะบางของบุคคล เพิ่มความเครียดทางสังคมให้สูงยิ่งขึ้น จากทฤษฎีระบุว่าระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลอย่างมากต่อการกำเริบของโรคจิตเภท ดังแผนภูมิที่ 1

Copyright by Mahidol University

แผนภูมิที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใน The Vulnerability / stress model of schizophrenia relapse (Nuechterlein et al., 1994) หน้า 59



3) แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมาย นักวิชาการได้ให้ความหมายเรื่องความเครียดไว้หลายประการซึ่งสรุปได้ คือ

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนกำลังประสบอยู่นั้นเป็นภาวะคุกคามอาจก่อให้เกิดอันตรายมีผลต่อสวัสดิ์ภาพของตน ทั้งยังประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดนั้นเกินความสามารถที่ตนจะใช้ความสามารถจัดการได้ สถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเครียด ได้แก่ การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง ถูกจำคุก ความเครียดในที่ทำงาน การเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง เป็นต้น (Holms & Rahe, 1967) และเมื่อบุคคลมีความเครียดจะเกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย เนื่องจากการปรับตัวในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมใต้สมอง อันส่งผลให้อัตราการ

Copyright by Mahidol University

เต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมอง และกล้ามเนื้อมากขึ้น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังขาวซีด เหงื่อออกมากตามปลายมือปลายเท้า เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า รู้สึกอารมณ์เปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ และเกิดปฏิกิริยาทางการรู้คิด ได้แก่ คิดหมกมุ่น คิดวกวน ความคิดสับสน (Selye, 1956)

อาจกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นการตอบสนองของคนต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกตัวบุคคล และจากสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งกระตุ้นนั้นก่อให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย กระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคมเพื่อปรับตัวให้เกิดความสมดุลของร่างกาย

3.2 การเผชิญความเครียด (Coping)

การเผชิญกับความเครียด เป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ของบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยความพยายามในการทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด การที่บุคคลจะเผชิญกับความเครียดได้ดีหรือไม่นั้นขึ้นกับการที่รู้จักเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ซึ่งการเผชิญกับความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ (Problem – Focused forms coping) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการแก้ปัญหา หรือการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง บุคคลที่มีความสำคัญ และแหล่งประโยชน์ทางสังคม (Social support) ในด้านข้อมูลหรือความคิด ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และการเงิน วิธีการแก้ปัญหามีขั้นตอนต่อไปนี้

- การระบุปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด
- การแสวงหาวิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหา
- รวบรวมข้อมูลที่มากเพียงพอเพื่อการพิจารณาชั่งน้ำหนัก ผลดีและผลเสียของแต่ละวิธีการ
- ตัดสินใจเลือกวิธีการที่พิจารณาแล้วว่าสามารถจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและมีผลเสียตามมาน้อยที่สุด
- ลงมือกระทำ เพื่อการจัดการกับความเครียดตามวิธีการที่ได้เลือกแล้ว
- ประเมินผลของวิธีการที่ใช้ ในการจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และเก็บไว้เป็นประสบการณ์ในการจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตโดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดความรุนแรงลง พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การแสวงหาข้อมูล

Copyright by Mahidol University

(Information seeking) พัฒนาพฤติกรรมใหม่ การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ การเปลี่ยนแปลงตนเอง / สิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้

2) การจัดการกับความเครียดด้วยการลดความทุกข์ใจ (Emotional focused forms coping) โดย ใช้การกระบวนการทางการรู้คิด (Cognitive process) เพื่อลดความทุกข์ใจที่เกิดจากความเครียด (Lessening emotion distress) ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การเว้นระยะห่าง (Distancing) การเลือกให้ความสนใจ (Selective attention) การเปรียบเทียบในทางบวก (Positive comparison) หาข้อดีจากเหตุการณ์ที่ไม่ดี (Wresting positive value form negative events) การให้ความหมายใหม่กับสถานการณ์ความเครียดที่ลดความรุนแรงลง หรือการปรับมุมมองสถานการณ์ในด้านบวก (Cognitive re-construction) หรือใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย (Aerobic-exercise) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากปัญหา การทำสมาธิ การระบายความโกรธ แสวงหาความเข้าใจและความเห็นใจจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การเผชิญกับความเครียดนี้บุคคลมักจะใช้ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งการจัดการกับอารมณ์ ควบคู่ไป (Lazarus & Folkman, 1984) หรืออาจใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่มีการตัดสินก่อนว่าวิธีการเผชิญกับความเครียด วิธีใดมีจะดีกว่า เพราะทั้ง 2 วิธีนี้อาจส่งเสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน แต่ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่ เหมาะสมกับสถานการณ์

3.3 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตที่รุนแรงจาก 1) การป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ (Disturbance of autonomic process) การรับรู้ผิดปกติ (Perceptual dysfunctions) มีภาวะสิ้นยินดี (Adhedonia) ความคิดผิดปกติ (Slipping of thoughts) อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และอาการทางคลินิกของโรค 2) ความเครียดจากตนเอง ได้แก่ ผลกระทบจากโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน สภาพการเงิน 3) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่การรับบริการสุขภาพและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สัมพันธภาพกับครอบครัว ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Wiedl, 1992)

การศึกษาของ Cutting, et al. (2006) ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 32 คน ถึงการรับรู้ความเครียด (stress) การแสดงออกของอารมณ์ (Expressed emotion / EE) และการตำหนิติเตียนผู้ป่วย โดยวัด EE ratings ระดับความเครียด Sensitivity to criticism (STC) พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดระดับมากเมื่อมีการแสดงทางอารมณ์ในครอบครัวสูง (High-EE) และการตำหนิติเตียนมีผลต่อความเครียดของผู้ป่วย สอดคล้องกับ The Vulnerability / stress model (Nuechterlein et al., 1994)

Copyright by Mahidol University

อธิบายถึงสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทจากสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์และตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนประจำวัน (Daily hassles) เป็นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้

การศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร และ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2544) ที่ศึกษา ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 คนโดยใช้แบบประเมิน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 39 มีความเครียดระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม โดยเฉพาะการไม่มีงานทำ การจัดการด้านเงิน การจัดการกับรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Nuechterlein, et al. (1994) และ Yank (1993) ที่ศึกษาถึงสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมาจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันหลายด้าน เช่น การเงิน การทำงาน ชีวิตสมรสครอบครัวการเสียบุคคลที่รัก สิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงทางอารมณ์สูง การได้รับอุบัติเหตุ และอาการที่รุนแรงขึ้น

3.4 วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นตราบาป และเป็นความผิดปกติที่ยิ่งใหญ่ รู้สึกด้อยค่า ถูกเลือกปฏิบัติ (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002) สังคมที่มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย (Nuechterlein et al., 1994) ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ (Cooke et al., 2007; Ritsner et al., 2006) การปฏิเสธความเจ็บป่วย (Poor insight) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยใช้กลไกทางจิต (Defense mechanism) ในการเผชิญความเครียดแบบปฏิเสธความจริง (Denial) (Moore, Cassidy, Carr & Callaghan, 1999)

การศึกษาของ Cooke, et al. (2007) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในผู้ป่วยนอกจิตเภท จำนวน 57 คน พบว่า 1) การตระหนักรู้ถึงอาการเจ็บป่วยและปัญหาของตัวเองในผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ใจเป็นอย่างมาก 2) ผู้ป่วยที่ใช้วิธีการในการให้ความหมายใหม่ในด้านบวก (Positive reinterpretation) นั้นรูปแบบการเผชิญความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ใจ และการตระหนักรู้ถึงอาการเจ็บป่วยในระดับที่ต่ำ 3) ผู้ป่วยที่ต้องการที่จะหายจากอาการทางจิต รูปแบบการเผชิญความเครียด จะมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ใจอย่างมาก และมีการตระหนักรู้ถึงอาการเจ็บป่วยและปัญหาในระดับที่ต่ำ 4) ผู้ป่วยที่มีการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการตระหนักรู้ถึงอาการเจ็บป่วยที่ดี และไม่มีความทุกข์ใจ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ Denial ในการรับรู้ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ใจ

Copyright by Mahidol University

การศึกษาของ Ritsner, et al. (2006) ที่ศึกษาถึงรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบกับคนปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในจิตเภท จำนวน 237 คน และคนปกติ จำนวน 175 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้ รูปแบบการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการลดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น (Emotion-oriented coping style) ได้แก่ Avoidance coping สูงกว่ากลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านการเห็นความสามารถในตัวเอง (Self-efficacy) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพอใจในคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker, Bryson, Marks, Qreig, and Bell (2004) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทกับความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Neurocognitive deficits) และบุคลิกภาพโดยศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเภทจำนวน 71 ราย พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Neurocognitive deficits) และบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด จะมีวิธีการเผชิญความเครียดแบบหลีกหนี(avoidant) ที่สูงกว่าและความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Van den Bosch, Van Asma, Rombouts, and Louwerens (1992) ที่เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ซึมเศร้า และneurosis เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด จำนวนผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความวิตกกังวล (Defensive reappraisal) ได้แก่ Avoidance สูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้า และ Neurosis อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Murphy และ Moller (1993) ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน ถึงเทคนิคในการจัดการกับความเครียดและอาการ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการ เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยกับเพื่อน ฟังเพลง เต้นรำ ดูโทรทัศน์ ทำงาน ไปดูธรรมชาติ ขี่จักรยาน โต้ตอบกลับ เช่น พูดด้านบวกกับตัวเอง คิดด้านบวก ตะโกนไล่เสียง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้มีอาการ ใช้วิธีหาทางช่วยเหลือ เช่น ไปโรงพยาบาล พูดคุยกับผู้รู้ทีมสุขภาพ หาแหล่งสนับสนุนในครอบครัว ใช้วิธีทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น การกินอาหาร การใช้ยา การอาบน้ำ การทรมานสัตว์ การผ่อนคลาย ใช้วิธีการหลีกหนี เช่น การไปนอน หรือใช้วีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเหล้า

การศึกษาของ Takai, Uematsu, Kaiya, Inoue, and Ueki (1990) ในผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญปัญหาความเครียดหลายวิธี ได้แก่ 1) การแยกตัวและหลีกเลี่ยง (Withdrawal, avoidance) เช่น การนอน การเก็บความไม่สบายใจไว้ การไม่ทำอะไร 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral change) เพื่อจัดการกับความเครียด เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เล่นกีฬา 3) กลยุทธ์ในการจัดการตัวเอง (Strategic intervention) เช่น พยายามฝึกตัวเองให้ทำหน้าที่และมีพฤติกรรมสุขภาพ จัดการกับอาการทางจิต

Copyright by Mahidol University

โดยการแก้ปัญหา 4). การใช้ยา (Medical) ผู้ป่วยจิตเภทจะปรึกษากับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนการรับประทานยา 5) การดิ้นรนต่อสู้ (Struggle) ผู้ป่วยจะพยายามต่อสู้กับความเจ็บป่วยแต่ไม่พบวิธีที่ถูกต้อง

การศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร, และไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2544) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 100 รายในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญความเครียด 8 วิธี ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียดกระทำโดยตรง การทำใจและการปลง การคิดในแง่ดีของสถานการณ์ การแสวงหาที่พึ่งทางใจตามความเชื่อทางศาสนา การหลีกหนีและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ว่าในการเผชิญความเครียดคนอาจเลือกหลากหลายวิธีในเวลาเดียวกัน

4) แนวทางการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Tarrier et al., 1993) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตไม่รุนแรงและผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้ ต้องการฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดอาการทางจิตและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต

2. การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจากการเจ็บป่วย การทำงาน และในสังคม (Andres et al., 2003; Lee et al., 2006; Liberman et al., 2001; Norman et al., 2002; Tarrier et al., 1993) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดจากความเจ็บป่วย การทำงาน และปัญหาทางสังคม

3. การฝึกโยคะและการออกกำลังกาย (Duraiswamy et al., 2007) ควรใช้ร่วมกับวิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดได้เพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง และไม่มีข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือโรคทางกายที่เป็นข้อห้ามต่อการฝึกโยคะและการออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

2. กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual framework of the study)

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้เป็นกรอบแนวคิด จาก The Vulnerability / stress model of schizophrenic relapse (Nuechterlein et al., 1994) เป็นแนวคิดที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภทต่อการกลับเป็นซ้ำ ความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1) ปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล (Personal vulnerability factors) ได้แก่ ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาทโดพามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (Reduced available information-processing resources) ปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และอุปนิสัยแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) 2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์และตำหนิผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1. ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) ได้แก่ สมรรถนะและทักษะการเผชิญความเครียด การได้ยารักษาโรคจิต และ 2. ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวของผู้ป่วย และการบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ แนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง การให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยบรรเทา (Buffer) ความเปราะบางเฉพาะบุคคลและปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยความเครียดทางสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของอาการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียด จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทคือ ความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน เช่น การงาน การเงิน ไม่มีงาน ชีวิตสมรสครอบครัวการเสียบุคคลที่รัก สิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงทางอารมณ์สูง (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ, 2544; Nuechterlein et al., 1994; Yank, 1993) ผู้ป่วยจิตเภทที่รู้จักเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ จะสามารถเผชิญปัญหาความเครียดได้ดี แต่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเผชิญปัญหา หรือความเครียดได้ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่กินยาทำให้เกิดอาการกำเริบ (Keith & Kane, 2003)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นการบำบัดโดยพยาบาล ซึ่งถือเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มปัจจัย

Copyright by Mahidol University

ปกป้องเฉพาะบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี เช่น การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Tarrier et al., 1993) การจัดการกับความเครียด (Stress management) (Lee et al., 2006; Norman et al.,2002; Starley et al., 1995) การฝึกการแก้ปัญหา (Problem solving training) (Andres et al., 2002; Libreman et al., 2001) การฝึกการผ่อนคลาย เช่นการฝึกโยคะและการออกกำลังกาย (Duraiswamy et al., 2007) จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญสถานการความเครียดได้ดีขึ้น ลดการการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลงได้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการ

3.1 การเลือกรูปแบบการปฏิบัติ (Selected model for implementation)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Polit & Beck (2004) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการดำเนินการที่มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก สะดวก มีการชี้แนะในการปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นปัญหาโดยมุ่งเน้นงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีจำนวนที่มากพอ และมีความยืดหยุ่นในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ หรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ มีการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และนำไปประเมินความเหมาะสมกับผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด กระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic of problem)

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแก้ไขได้จากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะ คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-Focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ถ้าปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นปัญหาที่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานประสบจะเป็นปัญหาสำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน

1.2 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-Focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนและประเมินงานวิจัยขั้นต้น (Prelimnation assessment) ว่างานวิจัยนั้นมีความสอดคล้องในหน่วยงานหรือไม่ และสามารถใช้งานวิจัยนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้หรือไม่ โดยตอบคำถาม 5 คำถาม คือ 1) ผลงานวิจัยนั้นมีศักยภาพที่จะช่วยแก้ปัญหาในปัจจุบันของผู้ปฏิบัติงานหรือไม่ 2) งานวิจัยนั้นมีศักยภาพในการช่วยตัดสินใจในคลินิกในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ [a. การสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกที่เหมาะสม b. ระบุภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการ c. คัดเลือกการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ] 3) งานวิจัยนั้นได้ทดสอบข้อเสนอทางทฤษฎี ที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกนั้นหรือไม่ 4) ถ้างานวิจัยนั้นที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด การบำบัดนั้นมีศักยภาพในการนำไปใช้ปฏิบัติในคลินิกหรือไม่พยาบาลสามารถควบคุมการนำการบำบัดไปใช้หรือไม่ 5) การวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในงานวิจัยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในคลินิกได้หรือไม่

Copyright by Mahidol University

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอและสูงสุดสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและสหวิชาชีพ มีความคุ้มทุนและเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2. รวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เมื่อกำหนดคำถามทางคลินิกแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือการดำเนินงานสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาจำนวนมากพอ ทันสมัย เพื่อหาข้อมูลในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหา พิจารณาช่องว่างของการปฏิบัติและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบัน ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คุณภาพและความเข้มแข็งของงานวิจัย ประสิทธิผลของการบำบัด (Observed effect) การประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยกับบริบททางคลินิก ความคุ้มทุน และประสิทธิภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถ 1) ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิกใหม่ 2) ใช้ทางเลือกลำดับต่อไป คือการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัย (เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การสอบถามผู้รับบริการ) และประเมินว่าหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติหรือไม่ 3) ทำการวิจัยทางคลินิกเพื่อตอบคำถามโดยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3. ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ที่ได้จากการสรุปและการบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัย โดยการทดลองใช้ (Pilot testing) เพื่อการประเมินศักยภาพในการนำข้อสรุปไปใช้ว่ามีความเหมาะสม (Appropriate) กับบริบทที่เฉพาะเจาะจงของหน่วยงานหรือไม่ ในหัวข้อการถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) ความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับปรัชญา ประเภทและลักษณะของผู้ป่วย บุคลากร โครงสร้างการบริหารและทรัพยากรด้านการเงินของหน่วยงาน

ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) เป็นการพิจารณาว่าบุคลากร ทรัพยากร บรรยากาศขององค์กร ความต้องการและความเป็นไปได้ในการรับความช่วยเหลือจากภายนอกองค์กร พยาบาลมีความเป็นอิสระในการควบคุมวิธีการปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่

Copyright by Mahidol University

หรือไม่ หรือความต้องการความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Cooperative) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่ได้รับจากการปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร

ขั้นตอนที่ 4. พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation)

พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม ที่ได้รับการประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติแล้ว โดย 1) การพัฒนาแผนการประเมินการนำไปใช้ (An evaluation plan) เช่นการระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองการนำนวัตกรรมไปใช้ ระยะเวลาและความถี่ของการวัดผลลัพธ์ 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อแสดงผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3) เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนให้ผู้นำไปใช้เข้าใจ 4) ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับหน่วยงานหรือกับผู้ป่วย 6) ประเมินผล กระบวนการ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร

3.2 การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษา (Modified framework for study)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์การดำเนินการตามรูปแบบการใช้งานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของ Polit & Beck (2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพราะมีความชัดเจนในขั้นตอนของการระบุสิ่งกระตุ้นจากปัญหาการปฏิบัติงาน หรือจากองค์ความรู้ จนถึงขั้นตอนการติดตามผล แม้จะเป็นรูปแบบที่ใช้ระดับองค์กร แต่การระบุปัญหาเริ่มจากกลุ่มผู้ปฏิบัติ ทำให้สามารถสร้างแนวปฏิบัติใหม่ได้ และสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดจากทุกคนทำให้รู้สึกมีส่วนร่วมในงาน การเปลี่ยนแปลงจึงสามารถทำได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้น แนวคิดรูปแบบของ Polit & Beck (2004) ยังสอดคล้องกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการทำงานที่มีมาตรฐานเชิงวิชาชีพโดยสอดแทรกกิจกรรมวิจัยเข้าไปในการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาได้สรุปขั้นตอนการประยุกต์ตามรูปแบบการใช้งานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของ Polit & Beck (2004) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1. คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหาโดยตั้งคำถามทางคลินิกในการเลือกหัวข้อหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีการวิเคราะห์จาก 2 แหล่ง คือ 1. การวิเคราะห์จากประเด็นปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-Focused triggers) ในแหล่งข้อมูล คือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาใน

Copyright by Mahidol University

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจากสาเหตุความเครียดที่มากระตุ้น ร่วมกับการสังเกตการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาป่วยซ้ำเข้ารับการรักษาในสถานการณ์จริง ความเสี่ยงของหน่วยงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และ 2. การวิเคราะห์จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-Focused triggers)

1.1 ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

1.จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในจิตเวชหญิงกว่า 20 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหน่วยงานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และมักพบปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำค่อนข้างสูง จากการเก็บสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2550 ของหอผู้ป่วยหญิงลดาวัลย์ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 9 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และ 70 % ของผู้ป่วยเหล่านี้ประสบปัญหาความเครียดก่อนที่จะป่วยซ้ำในครั้งนี้เหตุผลหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำ เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น การไม่มีงานทำ ปัญหาเรื่องเงิน กลัวญาติทิ้ง และผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม บางรายใช้การดื่มสุรา ทำให้รู้สึกเครียดมากขึ้น การดูแลตนเองในการกินยาลดลง เช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง ป่วยด้วยโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลา 3 ปี อายุ 31 ปี ประสบภาวะเครียดเนื่องจากถูกออกจากงานเพราะป่วยทางจิต ทำให้ไม่มีเงินใช้ และไม่สามารถขอใครได้ ใช้วิธีการดื่มสุราเพื่อคลายเครียด คนในครอบครัวด่าว่าและไม่สนใจ ทำให้เครียดมากขึ้น ไม่รับประทานยา เริ่มมีอาการนอนไม่หลับและได้ยินเสียงสั่งให้กลับไปทำงานตามเดิม สั่งให้ออกจากบ้านเมื่อหงุดหงิดมากขึ้นจึงมีอาการก้าวร้าว ทำลายของในบ้าน และถูกส่งตัวมารับรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิงรายที่สอง ป่วยทางจิตมาเป็นเวลา 4 ปี อายุ 40 ปี เครียด เนื่องจากตนเองและสามีตกงานพร้อมกัน ไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าบ้าน ต้องย้ายบ้านเช่าใหม่ที่ถูกกว่า คิดมากเรื่องที่อยู่อาศัยและปัญหาเศรษฐกิจทำให้นอนไม่หลับ มีความรู้สึกเสร้าไม่อยากรับประทานยา มีอาการหูแว่วเป็นเสียงด่าว่าตนเองเป็นคนไม่ดี มีความคิดหลงผิดว่าคิดว่าตัวเองสามารถเสกบ้านทาวเฮาส์ให้สามีอยู่ได้ และบุกรุกไปในบ้านคนอื่นกลางคืนโดยคิดว่าเป็นบ้านที่ตัวเองเสกขึ้นมา จึงถูกนำส่งมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ พบว่า ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดอาการทางจิต และการกลับเป็นซ้ำ

2. ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้รักษาในสถาบันเป็นผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58, 57 และ 57 ในปี พ.ศ 2546, 2547 และ 2548 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน ร้อยละ 8, 9.6 และ 7.9 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำสูงกว่าเป้าหมายของสถาบันที่ตั้งเป้าหมายไว้ คืออัตราผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 2 ในปี 2551 ผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลในทางลบต่อผู้ป่วยสูง (High risk)

Copyright by Mahidol University

ได้แก่ อาการทางจิตที่รุนแรงจนก่อพฤติกรรมที่รุนแรงในครอบครัว และในสังคมส่งผลให้ญาติตลอดจนสังคมหวาดกลัว การป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลในถูกครอบครัวทอดทิ้ง

3 ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา (Cost) ผลจากการป่วยซ้ำ ทำให้เกิดผลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ กระทบต่อค่าใช้จ่ายผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ.สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เป็นแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยหรือรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 499 บาท/ ครั้ง ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 576 บาท/ ครั้ง และ ผู้ป่วยในต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวน 529 บาท/วัน เฉลี่ยการ Admitted /1 ครั้งเป็นเวลา 47.5 วัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายรวมเป็นเงิน 25,128 บาท/ ครั้ง (สถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2548) ผู้ป่วยแต่ละรายมารับบริการ 3-4 ครั้ง / ปี

1.2 การทบทวนความรู้ (Knowledge Focused trigger)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับความเครียด ตามทฤษฎี The Vulnerability / stress model of schizophrenic relapse (Nuechterlein et al.,1994) ของ Nuechterlein และคณะ อธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่า การกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท โดยการกลับเป็นซ้ำเกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าปัจจัยปกป้อง ฉะนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยบรรเทา ความเปราะบางเฉพาะบุคคลและสิ่งแวดล้อม จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดระดับมาก ในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการไม่มีงานทำ ตกงาน การไม่มีรายได้ สิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงทางอารมณ์สูง(Sonpaveerawong, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับ Nuechterlein, et al.(1994) และ Yank, (1993) ที่ศึกษาถึงสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมาจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ประจำวันหลายด้าน เช่น การเงิน การทำงาน ชีวิตสมรสครอบครัวการเสียบุคคลที่รัก สิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงทางอารมณ์สูง การได้รับอุบัติเหตุ และอาการที่รุนแรงขึ้น

จากการทบทวนความรู้ พบว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ที่ควรนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น Stress management program, Problem solving training, Coping- oriented therapy โดยพบว่าโปรแกรมเหล่านี้ สามารถลดความเครียด ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาดีขึ้น และลดการป่วยซ้ำลง (Andres et al., 2002; Lee et al., 2006; Libreman et al. 2001; Norman et al., 2002; Starley et al., 1995; Tarrier et al., 1993) และยังพบว่าการนำ Relaxation โดยวิธี Yoga therapy และ Physical Training ไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้อาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมและการงานของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (Duraiswamy et al., 2007)

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกงานวิจัยที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการบำบัดวิธีนี้สามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดในหน่วยงานได้

ข้อมูลที่ได้จากประเด็นปัญหาการปฏิบัติงาน และการทบทวนองค์ความรู้เมื่อนำมาวิเคราะห์จุดที่ต้องพัฒนาในหน่วยงาน ได้ประเด็นปัญหาทางคลินิกว่า “วิธีการบำบัดทางจิตสังคมวิธีการใดสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้”

ขั้นตอนที่ 2. รวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เมื่อสามารถสรุปสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนต่อไปเป็นการดำเนินการรวบรวมโดยการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ตามลำดับดังนี้

2.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO Frame work (Melnyk & Fineout - Overholt, 2005) ดังนี้

P = Population คือ Schizophrenia patient

I = Intervention คือ Problem solving, Coping

C = Comparison intervention คือ -

O = Outcome คือ Stress, Problem solving skill, Psychiatric symptom

2.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากระบบฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials, RCTs) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomized) งานวิจัยที่เป็น Case control หรือ Cohort studies จากฐานข้อมูล CINAHL, Ovid, MEDLINE, PubMed, Blackwell synergy, Science Direct และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในเมืองไทย

สืบค้นด้วยมือจากวารสารในห้องสมุดทั้งภาษาต่างประเทศและภาษาไทย เช่น Schizophrenia Bulletin, The American Journal of Psychiatry, American Journal of Nursing, Psychiatric Services, The American Journal of Occupational Therapy, Acta Psychiatrica Scandinavica, Hospital and Community Psychiatry, Schizophrenia research, วารสารการพยาบาล

Copyright by Mahidol University

จิตเวชและสุขภาพจิต งานวิจัยจากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list)

2.3 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (RCT) หรืองานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomization) งานวิจัยที่เป็น Case control หรือ Cohort studies ดังนี้

1) เป็นงานวิจัยฉบับสมบรูณ์ที่มีการ ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ภายในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คือปี ค.ศ. 1993 - 2007

2) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

2.4 ผลการสืบค้น

ฐานข้อมูล Guide lines	พบ Research Full text	=	0	เรื่อง	ใช้ได้	0	เรื่อง
ฐานข้อมูล Cochrane	พบ Research Full text	=	55	เรื่อง	ใช้ได้	0	เรื่อง
ฐานข้อมูล CINAHL	พบ Research Full text	=	122	เรื่อง	ใช้ได้	1	เรื่อง
ฐานข้อมูล Ovid	พบ Research Full text	=	250	เรื่อง	ใช้ได้	1	เรื่อง
ฐานข้อมูล MEDLINE	พบ Research Full text	=	70	เรื่อง	ใช้ได้	0	เรื่อง
ฐานข้อมูล Pub med	พบ Research Full text	=	57	เรื่อง	ใช้ได้	2	เรื่อง
ฐานข้อมูล Blackwell	พบ Research Full text	=	320	เรื่อง	ใช้ได้	1	เรื่อง
ฐานข้อมูลอื่น	พบ Research Full text	=	1	เรื่อง	ใช้ได้	1	เรื่อง

งานวิจัยที่สืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง นำมาคัดเลือกเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 6 เรื่อง

คัดออก 3 เรื่องคือ

1) Cole. (1997). The Effects of exercise program on chronically mentally ill outpatients a study of symptom reduction physical fitness, and stress. ศึกษาถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ในผู้ป่วยนอกจิตเวชเรื้อรังที่มีความเครียด จำนวน 28 คน พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ร่วมกับการรักษาแบบปกติ อย่างน้อยจำนวน 16 ครั้ง/ 8 สัปดาห์ ครั้งละ 35 นาที สามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวัน (DHS) ลงได้และทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

เหตุผลที่คัดออกเนื่องจากมีเฉพาะบทคัดย่อ และมี Full text 17 หน้าจากจำนวนทั้งเล่ม ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

Copyright by Mahidol University

2) Bradshaw (1993). Coping-skills training versus a problem-solving approach with schizophrenic patients.ที่ศึกษาใน Hospital day program ใน San Diego, California สหรัฐอเมริกา จำนวนผู้ป่วย 16 คน เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ Coping skill training กับ Problem-solving ในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด เพื่อลดการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า Coping skill training ดีกว่า Problem solving group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติติดตามผล 6 เดือน ต่อมา ผลคงเดิม 1 ปีต่อมาการมีส่วนร่วมในการ Coping skill training ไม่มีการป่วยซ้ำ

เหตุที่ตัดออกเนื่องจากผลลัพธ์ไม่ตรงกับการศึกษา

3) Starley, et al. (1995). Stress management for psychiatric patients in a state hospital setting ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล Urban state psychiatric hospital ที่สหรัฐโดยในผู้ป่วยจิตเภท 5 คน ถึงโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วย พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้การทำกลุ่มสั้น ๆ ให้เสริมแรงทางบวกในทักษะลดความเครียด ใช้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เทคนิคการจัดการความเครียดนำมาใช้ได้

เหตุที่ตัดออกเนื่องจากไม่ใช่เป็นงานวิจัย แต่เป็น Protocol ไม่สามารถนำมาสกัดได้

2.5 เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของ Recommendations

การประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk, & Fineout -Overholt, 2005 ได้แบ่ง Evidence ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ I หลักฐานที่ได้จากงานที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials, RCTs) หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับที่ II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials, RCTs) ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีอย่างน้อย 1 ชิ้น

ระดับที่ III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomization)

ระดับที่ IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย Case control, Cohort study

ระดับที่ V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

ระดับที่ VIหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน1ชิ้น

Copyright by Mahidol University

ระดับที่ VII หลักฐานที่เป็นความคิดเห็น หรือรายงานของผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เมื่อนำมาจัดระดับความเข้มแข็งของ Recommendations ที่ได้จากงานวิจัยได้ ดังนี้

งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Melnyk & Fineout Overholt (2005) พบว่า งานวิจัยอยู่ใน ระดับ II จำนวน 3 เรื่อง และอยู่ในระดับ III จำนวน 3 เรื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความเข้มแข็งที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย / ชื่อเรื่อง / แหล่งพิมพ์	ระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย
1	Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry 18*(4),49–154.	lll
2	Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., Gangadhar, B. N (2007) Yoga therapy as an add on treatment in the management of patients with schizophrenia a randomized controlled trial. Acta *Psychiatrica Scandinavica, 116*(3), 226-232.	ll
3	Lee, H. L., Tan, H. K. L., Ma, H. i., Tsai, C. Y., & Liu, Y. K. (2006). Effectiveness of a work – Retate Stress Management Program in Patient with Chronic schizophrenia *The American Journal of Occupational Therapy, 60*(4), 435 - 441.	ll
4	Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R (2001).Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric services. 52*(1), 31-33.	lll
5	Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T.S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., et al (2002) An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia, *Schizophrenia Research. 58*(3), 293-303.	lll
6	Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I Outcome. *British Journal of Psychiatry, 162*, 524- 532.	ll

Copyright by Mahidol University

2.6 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข นำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาโดยละเอียดใส่ตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง ตามหัวข้อคือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทุนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่าง 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) มีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (รายละเอียดดังแสดงภาคผนวก)

2.7 นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน

เพื่อการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Integrate the evidence) สรุปองค์ความรู้ในการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1

1. ขอบเขตของกลุ่มโรค ควรใช้คำว่า โรคจิตเภท แทนคำว่า ผู้ป่วยจิตเภท และคำว่า Schizophrenia patient ใน Population แทนคำว่า Schizophrenia

2. ในแนวปฏิบัติไม่ได้กล่าวถึงหัวข้อการประเมินผลการลด Relapse จึงควรเพิ่มในประเด็นนี้ด้วยควรปรับกรอบแนวคิดให้สอดคล้องกัน

3. ควรตรวจสอบในงานวิจัยแต่ละเรื่อง และระบุคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมว่าป่วยมากกว่ากี่ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่

4. แก้ไขความเหมาะสมของภาษา

5. ควรเพิ่มเติมเนื้อหาขั้นตอนการบำบัดในส่วนที่เป็นเนื้อหาการให้ความรู้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดอย่างไร แนวคิดความเปราะบางของบุคคลเมื่อระบุปัจจัยแล้ว ทำอะไรต่อหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยใด และควรมีรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบ เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2

- แก้ไขความเหมาะสมของภาษา และความตรงของเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3

- ไม่มีข้อปรับแก้ เพราะแนวปฏิบัติที่เขียนอ่านแล้วสามารถเข้าใจได้

ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

การส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดให้แก่ผู้ป่วยได้ทั้งการบำบัดรายกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ร่วมกัน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III),(Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และการบำบัดรายกลุ่มร่วมกับการบำบัดรายบุคคล เพื่อกำหนดแผนติดตามเฉพาะต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

1. คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมใช้แนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรคที่เป็นสากลของ DSM –III-R หรือ DSM- IV (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III ; Norman et al., 2002: level III) หรือ ICD- 10 (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) ที่ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 2 ปีขึ้นไป (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) เนื่องจากระยะเวลาที่ป่วยนานมากขึ้นจะยิ่งทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยลง

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน วัยผู้ใหญ่ขึ้นไป อายุระหว่าง 16-65 ปี (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III)

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ เนื่องจากแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการบำบัดจึงควรมีอาการทางจิตไม่รุนแรงสามารถรับรู้เข้าใจเนื้อหาและสามารถเรียนรู้ทักษะและฝึกปฏิบัติได้ โดยประเมินจากการได้รับยารักษาโรคจิต

Copyright by Mahidol University

คงที่ ไม่มีการปรับยาในช่วง 1-3 เดือน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Norman et al., 2002: level III) หรือจากคะแนน Clinical Global Impression Severity Scale มากกว่า หรือเท่ากับ 4 (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) หรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต (Tarrier et al., 1993: level II)

1.4 กรณีที่จะนำการฝึกโยคะและการออกกำลังกายไปใช้ร่วมกับการฝึกการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่มีความเจ็บป่วยหรือขาดความสามารถทางด้านร่างกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) กระดูกหัก ลมชัก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II)

2 ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด มีระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 สัปดาห์ (Tarrier et al., 1993: level II) และสามารถใช้ระยะเวลาในการบำบัดได้ถึง 16 สัปดาห์ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Norman et al., 2002: level III) จำนวนครั้งของการบำบัดจะมากขึ้นหากมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาร่วมด้วย (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3. ขั้นตอนการบำบัด

3.1 การเตรียมการ

ผู้ให้การบำบัด ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และควรได้รับการฝึกเทคนิคการบำบัดตามโปรแกรมต่างๆ เช่น การจัดการความเครียด โยคะ เพื่อสามารถให้การบำบัดที่มีมาตรฐาน ผู้ให้การบำบัดต้องมีความสามารถในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การสังเกตอาการนำ การปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อในผู้ป่วย และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย

อุปกรณ์ หากจะใช้การทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมควรมีคู่มือสำหรับผู้ฝึก วีดิโอเทปเพื่อใช้ในการดำเนินการกลุ่ม (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3.2 การบำบัด

เนื้อหาการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยสังเขป

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา อาการทางจิตและปฏิกิริยาของร่างกายและการรู้คิดต่ออาการทางจิต หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดเหล่านี้ควรเป็นการบำบัดที่มีลักษณะเป็นองค์รวม โดยมีเนื้อหาและวิธีการที่

Copyright by Mahidol University

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลายได้ ดังนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) ผลของความเครียดต่อความคิดและพฤติกรรม ความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดโดยใช้มุมมองด้านการรู้คิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม และแนวทางในการเผชิญความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III)

แนวคิดความเปราะบางของบุคคลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยที่เป็นความเปราะบางของบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การทำงานที่ผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง หรือระบบประสาทอัตโนมัติ ความสามารถในการคิดของผู้ป่วยลดลง 2) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ทักษะการเผชิญความเครียด การรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง(Norman et al., 2002: level III) 3) ปัจจัยปกป้องด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา การสนับสนุนช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว และ 4) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะ เกี่ยวกับ

การจัดการกับอาการทางจิต โดยการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลก ๆ หรือผิดปกติ ปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้และความคิดหลงผิด ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญและควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด พฤติกรรม หรือสรีระของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต ได้แก่ 1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การเบี่ยงแบนความสนใจ (Attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (Attention narrowing) การสอนตัวเอง (Self instruction) 2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (Reality testing) (Tarrier et al., 1993: level II; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตไม่รุนแรงและไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้

การแก้ปัญหา (Problem – solving skill) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ที่เกิดในชีวิตประจำวัน การทำงาน (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และสัมพันธภาพ ตามขั้นตอนการแก้ปัญหาดังนี้

Copyright by Mahidol University

1) การระบุปัญหา 2) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา 3) พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ได้พิจารณาแล้ว 5) วางแผนและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือก (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) โดยการสอน ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) มอบหมายงาน และนำทักษะไปฝึกเป็นการบ้าน ปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Norman et al., 2002: level III) และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ปี (Tarrier et al., 1993; level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดจากความเจ็บป่วย การทำงาน และปัญหาการใช้ชีวิตทางสังคม

3) การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียดและมีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อความเครียด ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการฝึกจิต (Autogenic training) เพื่อลดความเครียด (Norman et al., 2002: level III) การฝึกการหายใจ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II) ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลายและมีความสุข (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) การฝึกปฏิบัติวิธีที่ทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์เน้นความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจผู้พบเห็น เช่น การเดินวางมาด (strut) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) หรือการดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดดูดี เพื่อให้สามารถเผชิญกับตราบาปได้ (Norman et al., 2002: level III)

4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและลดความเครียด และพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การปรับนิสัยการรับประทานอาหารและการดื่ม การบริหารเวลา(Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III) การฝึกโยคะ (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) ควรใช้ร่วมกับวิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดได้เพิ่มขึ้น

5) พัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ การพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (Norman et al., 2002: level III)

Copyright by Mahidol University

3.3 การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินอาการทางจิต และเครื่องมือประเมินความเครียด

การประเมินผลลัพธ์การบำบัดและการติดตามผลประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ประเมินซ้ำ 6 เดือนปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) และ 1 ปี ต่อมา (Norman et al., 2002: level III)

เครื่องมือประเมินอาการทางจิต เป็นการประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตได้จากเครื่องมือดังนี้

1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดเพื่อประเมินอาการทางจิต มีจำนวน 18 ข้อ การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุดปี (Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 30 ถือว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบประเมินที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามในการประเมิน Positive syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน Negative syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน General psychopathology จำนวน 16 ข้อ การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนน 1 = ไม่มีอาการ คะแนน 7 = อาการรุนแรงมาก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) แบบวัดนี้ได้มีการใช้ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

3) Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) เพื่อประเมินอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภทและ Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) เพื่อประเมินอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ปี (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

Copyright by Mahidol University

4) Present State Examination (PSE) เพื่อประเมินอาการทางจิตแต่ละอาการภายหลังการบำบัด การให้คะแนนมี 8 ระดับของการเปลี่ยนแปลง คะแนน 0 = อาการทางจิตดีขึ้นจนกระทั่งไม่มีอาการ คะแนน 4 = อาการทางจิตคงเดิมไม่มีเปลี่ยนแปลง คะแนน 7 = อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งมีอาการรุนแรงมากที่สุด (Tarrier et al., 1993: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

ประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันและจากการทำงาน ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความเครียดได้ ดังนี้

1) The Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนน ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่เคยมีอาการ คะแนน 4 = บ่อยมาก (Norman et al., 2002: level III) แบบวัดนี้ได้มีการนำมาทดลองใช้ในการประเมินความเครียดประจำวันในผู้ป่วยฝ่ายกาย มีการหาค่าความเชื่อมั่น หากจะนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ควรต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

2) The Work – Related Stress Questionnaire for Chronic Psychiatric Patient (WSQP) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดจากการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ความสำเร็จในอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับใด โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย ดังนั้นหากจะนำมาใช้ในวัฒนธรรมไทย จะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

เครื่องมือนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนสูงกว่า 15 คะแนน ควรสนับสนุนให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานได้

นอกจากนี้ ผู้บำบัดอาจประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมร่วมด้วย โดยใช้ The Assessment of Interpersonal Problem solving Skill (AIPSS) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยาและบทบาทสมมุติ ประกอบด้วยวีดิโอเทปสถานการณ์สั้น ๆ จำนวน 13 เรื่อง ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคมระหว่างคน 2 คน

Copyright by Mahidol University

จำนวน 10 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นสถานการณ์ที่เป็นกลาง ผู้ประเมินทดสอบโดยการเปิดวีดิโอเทปสถานการณ์ให้ผู้ป่วยดูทีละสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่าปัญหาของเรื่องนี้คืออะไร? และสมมุติว่าถ้าคุณเป็นคนในเหตุการณ์นั้น (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

ขั้นตอนที่ 3. ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation potential).

การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มของ Polit & Beck (2004) ดังต่อไปนี้

3.1 การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย คือ Schizophrenia เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก Intervention ที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในระยะที่อยู่โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล มีเป้าหมายที่เหมือนกัน คือ การส่งเสริมความ สามารถในการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทด้วยตัวเอง ส่งผลให้ลดการป่วยซ้ำได้

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ ไม่ยุ่งยาก การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่ไม่ซับซ้อนและสามารถฝึกอบรมโดยวิทยากรที่มีในหน่วยงาน ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยมาแล้วสามารถทำได้ การปฏิบัติตามโปรแกรมสามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งงานเพราะเป็นงานประจำ อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา จากข้อเสนอในงานวิจัยซึ่งได้ระบุไว้ชัดเจน เกี่ยวกับการนำวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการใช้ คือ การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จากการเจ็บป่วย การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคม การฝึกโยคะ และการออกกำลังกาย รูปแบบทั้งหมดจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ข้อเสนอในงานวิจัยที่ใช้วิธี Yoga therapy อาจมีความยุ่งยากในการนำไปใช้ เนื่องจากวิธีการเหล่านี้ผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการฝึกอบรมจนมีความชำนาญจึงจะนำไปใช้ได้ จึงเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้

3.3 ความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเดิมของหน่วยงานมีความหลากหลายในการปฏิบัติ ขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลรายบุคคล ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบและไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนที่พบกับสถานการณ์ความเครียดจากการเจ็บป่วย และความเครียดในชีวิตประจำวันไม่สามารถเผชิญความเครียดได้มี

Copyright by Mahidol University

อาการกำเริบและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีวิธีการและการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลในหน่วยงานใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมีความรู้และทักษะการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย จะช่วยลดอาการทางจิต อาการกำเริบ และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทได้

ขั้นตอนที่ 4. พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation)

พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม โดย 1) การพัฒนาแผนการประเมินการนำไปใช้ เช่นการระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองการนำนวัตกรรมไปใช้ ระยะเวลาและความถี่ของการวัดผลลัพธ์ 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อแสดงผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3) เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนให้ผู้นำไปใช้เข้าใจ 4) ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ (เนื่องจากเป็นการศึกษาที่กำหนดให้ทำเพียงแนวปฏิบัติจึงยังไม่ถึงขั้นตอนนี้) 5) ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับหน่วยงานหรือกับผู้ป่วย 6) ประเมินผล กระบวนการ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอที่จะสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ใน Main issues ผู้ศึกษาวางแผนสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการคือ Stress, Problem solving skill, Psychiatric symptom

2. ผู้ศึกษาเขียนแนวปฏิบัติ ยึดรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติตาม The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ประกอบด้วย

1. ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม
3. ขอบเขตในการนำโครงการไปใช้
4. วิธีดำเนินการ
5. ข้อเสนอแนะ
6. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

Copyright by Mahidol University

7. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

8. ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

9. ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

จากนั้นผู้ศึกษาวางแผนในการประเมินความเหมาะสมกับผู้ป่วย ทรัพยากรของหน่วยงาน ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ คุณค่าหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรมเป็นลำดับต่อไปวางแผนการนำแนวปฏิบัติที่ได้ลงสู่การปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Polit & Beck (2004) เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา รวบรวมและประเมินหลักฐาน ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการ พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำสูง จากแนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (The Vulnerability / stress model of schizophrenia relapse) (Nuechterlein et al., 1994) อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง ทำให้เกิดการเสียสมดุล การให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยบรรเทา ความเปราะบางเฉพาะบุคคลและปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอีเลกโทรนิค และสืบค้นด้วยมือ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือตามการจัดระดับ ของ Melnyk และ Fineout–Overholt (2005) จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT ระดับ II จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยแบบ Controlled trials without randomization ระดับ III จำนวน 3 เรื่อง หลังการวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดเพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไข แนวปฏิบัตินี้ให้ข้อเสนอแนะในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภททั้งรายกลุ่มและรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีอาการทางจิตและได้รับยาทางจิตเวช

Copyright by Mahidol University

คงที่ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ตอบสนองต่อยาต้านโรคจิต อายุระหว่าง 16- 65 ปี วิธีการต่าง ๆ ในการบำบัดประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1.การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต 2. การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จากการเจ็บป่วย การทำงาน และในสังคม 3. การฝึกโยคะ และการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่มีความเจ็บป่วยและการขาดความสามารถทางด้านร่างกาย รายละเอียดเนื้อหาการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับแนวคิดความเปราะบางของบุคคลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ความเครียดและการเผชิญความเครียด 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การจัดการกับอาการทางจิตและการแก้ปัญหาที่เกิดในชีวิตประจำวัน 3) การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด มีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ และฝึกวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ 4) ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเครียด 5) พัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ และประสิทธิผลเมื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติ ก่อนที่จะขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สู่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

2. เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ศึกษาใช้สังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติเป็นงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือตามการจัดระดับ ของ Melnyk และ Fineout – Overholt (2005) ระดับ II จำนวน 3 เรื่อง ระดับ III จำนวน 3 เรื่อง จึงควรมีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม โดยเฉพาะในประเด็นการผ่อนคลายเพื่อการคลายเครียดเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. พยาบาลที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยการฝึกโยคะหรือการออกกำลังกายควรได้รับการฝึกให้มีความรู้เกี่ยวกับการฝึกโยคะหรือการออกกำลังกาย

4. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษา และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดต่อไป โดยผ่านการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ ฐานข้อมูลทางอีเล็กโทรนิกส์

Copyright by Mahidol University

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING COPING OF PATIENT WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA

รื่นฤดี ลิ้มฉาย 4836938 NSMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D

บทสรุปแบบสมบรูณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ความสามารถทางสติปัญญา ไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีความจำกัดทางการรู้คิด (WHO, 2006) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และทรุดโทรมเป็นส่วนใหญ่ (National Institute of Mental Health U.S.A, 2006) ก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก (Wyatt, Henter, Leary & Taylor, 1995) สถิติกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต ประเทศไทย, 2545) สถิติจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (2548) ในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 มีผู้ป่วยในที่เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 58, 57, และ57 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ

จากสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 8 ,9.6 และ 7.9 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 โรคจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำได้บ่อย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) และจากการศึกษา พบว่าร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรก หลังจากเข้ารับการรักษา (Lindstrom & Bingerfors, 2000) ตามแนวคิดความเปราะบาง/ ความเครียด ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (The Vulnerability / stress model of schizophrenia relapse) (Nuechterlein et al., 1994) Nuechterlein และคณะ เชื่อว่าการกลับเป็นซ้ำเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง

Copyright by Mahidol University

และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1) ปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล (Personal vulnerability factors) 2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม(Environmental potentiators & stressors) และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 1) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) 2) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม (Environment Protectors) การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง ทำให้เกิดการเสียสมดุล การให้การบำบัดช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยบรรเทาความเปราะบางเฉพาะบุคคล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันระดับสูง โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนก่อนการป่วย จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (Pallanti, Quercioli, & Pazzagli, 1997; Ventura, Nuechterlein, Lukoff & Hardesty, 1989) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลาย ประกอบกับความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยลดลง (Nuechterlein et al., 1994) เกิดการเสียสมดุลและป่วยซ้ำได้

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย มีความเห็นว่าปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่สุดที่ควรเร่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของสถาบัน การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงควรเน้นการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลตามแนวคิดความเปราะบาง ความเครียดต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ความรู้และการฝึกทักษะต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ได้แก่ การฝึกทักษะการคลายเครียดแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) การหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal breathing exercise) และฝึกการออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้คำแนะนำรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนและไม่มีการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องการประเมินประสิทธิผลการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) ในผู้ป่วยจิตเภท (Xia & Chunbo, 2007) พบว่าจำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่มีคุณภาพมีจำนวนน้อย งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือน้อย ไม่สามารถจะนำมาวิเคราะห์ได้และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัยที่สนใจจะวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฝึกการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่มากพอ และมีระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นวิทยาศาสตร์มาก

Copyright by Mahidol University

ขึ้น อย่างไรก็ดีผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยเดี่ยวเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธี การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Tarrier et al.,1993) การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จากการเจ็บป่วย การทำงาน และในสังคม (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; Liberman, Eckman, & Marder, 2001; Norman et al., 2002; Tarrier et al., 1993) การฝึกโยคะ และการออกกำลังกาย (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007) ซึ่งเป้าหมายหลักของการบำบัด คือ การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด แก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำพัฒนาทักษะการจัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกการตระหนักรู้และการจัดการกับอาการในทางลบ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และลดความเครียด ตลอดจนพัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัว สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การศึกษา (Purposes of the Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา รวบรวมและประเมินหลักฐานประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดำเนินการ พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม

คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic of problem)

กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงานและสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ กำหนดปัญหาโดยตั้งคำถามทางคลินิก “วิธีการใดสามารถส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทได้”

รวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

Copyright by Mahidol University

ดำเนินการรวบรวมโดยการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ตามลำดับดังนี้

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO Frame work (Melnyk & Fineout - Overholt, 2005) ดังนี้

P = Population คือ Schizophrenia patient

I = Intervention คือ Problem solving, Coping

C = Comparison intervention คือ -

O = Outcome คือ Stress, problem Solving skill, Psychiatric symptom

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากระบบฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials, RCTs) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomized) งานวิจัยที่เป็น Case control หรือ Cohort studies จากฐานข้อมูล CINAHL, Ovid, MEDLINE, PubMed, Blackwell synergy, Science Direct และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในเมืองไทย

สืบค้นด้วยมือจากวารสารในห้องสมุดทั้งภาษาต่างประเทศและภาษาไทย เช่น Schizophrenia Bulletin, The American Journal of Psychiatry, American Journal of Nursing, Psychiatric Services, The American Journal of Occupational Therapy, Acta Psychiatrica Scandinavica, Hospital and Community Psychiatry, Schizophrenia research, วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต งานวิจัยจากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (reference list)

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยฉบับสมบรูณ์ ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษภายในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คือปี ค.ศ. 1993-2007

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยเดี่ยวทั้งหมด ประเมินคุณภาพและจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk, & Fineout - Overholt (2005) พบว่าอยู่ในระดับ II (Randomized controlled trials) จำนวน 3 เรื่อง และอยู่ในระดับ III (Controlled trials without randomization) จำนวน 3 เรื่อง วิเคราะห์โดยการอ่านและนำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง ตามหัวข้อคือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทุนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่าง 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด (Intervention) 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) สรุปเพื่อนำไปใช้

Copyright by Mahidol University

12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) มีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด เพื่อการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปองค์ความรู้ในการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ 1) จิตแพทย์ จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน1 คน 3) พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อสรุปและพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์:

เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความเครียดและลดอาการทางจิต

ลักษณะกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคของ DSM –III-R หรือ DSM- lV หรือ ICD- 10 เข้ารับการบริการในแผนกผู้ป่วยใน/ ผู้ป่วยนอก

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1.ผู้ป่วยและครอบครัว

2.บุคคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. งานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Randomized controlled trials ซึ่งเป็นหลักฐานเชิง

Copyright by Mahidol University

ประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ใน ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง

2. งานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Controlled trials without randomization ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ใน ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

การส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดให้แก่ผู้ป่วยได้ทั้งการบำบัดรายกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ร่วมกัน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III), (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และการบำบัดรายกลุ่มร่วมกับการบำบัดรายบุคคล เพื่อกำหนดแผนติดตามเฉพาะต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

1. คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมใช้แนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรคที่เป็นสากลของ DSM –III-R หรือ DSM- lV (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III ; Norman et al., 2002: level III) หรือ ICD- 10 (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) ที่ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 2 ปีขึ้นไป (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) เนื่องจากระยะเวลาที่ป่วยนานมากขึ้นจะยิ่งทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยลง

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน วัยผู้ใหญ่ขึ้นไป อายุระหว่าง 16-65 ปี (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III)

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ เนื่องจากแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการบำบัดจึงควรมีอาการทางจิตไม่รุนแรงสามารถรับรู้เข้าใจเนื้อหาและสามารถเรียนรู้ทักษะและฝึกปฏิบัติได้ โดยประเมินจากการได้รับยารักษาโรคจิตคงที่ ไม่มีการปรับยาในช่วง 1-3 เดือน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III) หรือจากคะแนน Clinical Global Impression Severity Scale มากกว่า หรือเท่ากับ 4 (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra,

Copyright by Mahidol University

& Gangadhar, 2007: level II) หรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต (Tarrier et al., 1993: level II)

1.4 กรณีที่จะนำการฝึกโยคะและการออกกำลังกายไปใช้ร่วมกับการฝึกการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่มีความเจ็บป่วยหรือขาดความสามารถทางด้านร่างกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) กระดูกหัก ลมชัก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II)

2 ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด มีระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 สัปดาห์ (Tarrier et al., 1993: level II) และสามารถใช้ระยะเวลาในการบำบัดได้ถึง 16 สัปดาห์ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) จำนวนครั้งของการบำบัดจะมากขึ้นหากมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาร่วมด้วย (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3. ขั้นตอนการบำบัด

3.1 การเตรียมการ

ผู้ให้การบำบัด ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และควรได้รับการฝึกเทคนิคการบำบัดตามโปรแกรมต่างๆ เช่น การจัดการความเครียด โยคะ เพื่อสามารถให้การบำบัดที่มีมาตรฐาน ผู้ให้การบำบัดต้องมีความสามารถในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การสังเกตอาการนำการปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อในผู้ป่วย และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย

อุปกรณ์ หากจะใช้การทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมควรมีคู่มือสำหรับผู้ฝึกวีดิโอเทปเพื่อใช้ในการดำเนินการกลุ่ม (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3.2 การบำบัด

เนื้อหาการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยสังเขป ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา อาการทางจิตและปฏิกิริยาของร่างกายและการรู้คิดต่ออาการทางจิต หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดเหล่านี้ควรเป็นการบำบัดที่มีลักษณะเป็นองค์รวม โดยมีเนื้อหาและวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลายได้ ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) ผลของความเครียดต่อความคิดและพฤติกรรม ความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดโดยใช้มุมมองด้านการรู้คิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม และแนวทางในการเผชิญความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III)

แนวคิดความเปราะบางของบุคคลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยที่เป็นความเปราะบางของบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การทำงานที่ผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง หรือระบบประสาทอัตโนมัติ ความสามารถในการคิดของผู้ป่วยลดลง 2) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ทักษะการเผชิญความเครียด การรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง(Norman et al., 2002: level III) 3) ปัจจัยปกป้องด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา การสนับสนุนช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว และ 4) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะ เกี่ยวกับ

การจัดการกับอาการทางจิต โดยการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลก ๆ หรือผิดปกติ ปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้และความคิดหลงผิด ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญและควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด พฤติกรรม หรือสรีระของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต (Tarrier et al., 1993: level II; Norman et al., 2002: level III) ได้แก่ 1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การเบี่ยงแบนความสนใจ (Attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (Attention narrowing) การสอนตัวเอง (Self instruction) 2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (Reality testing) (Tarrier et al., 1993: level II; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตไม่รุนแรงและไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้

การแก้ปัญหา (Problem – solving skill) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ที่เกิดในชีวิตประจำวัน การทำงาน (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และสัมพันธภาพ ตามขั้นตอนการแก้ปัญหาดังนี้ 1) การระบุปัญหา 2) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา

Copyright by Mahidol University

3) พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ได้พิจารณาแล้ว 5) วางแผนและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือก (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) โดยการสอน ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) มอบหมายงาน และนำทักษะไปฝึกเป็นการบ้าน ปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Norman et al., 2002: level III) และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ปี (Tarrier et al., 1993; level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดจากความเจ็บป่วย การทำงาน และปัญหาการใช้ชีวิตทางสังคม

3) การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียดและมีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อความเครียด ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการฝึกจิต (Autogenic training) เพื่อลดความเครียด (Norman et al., 2002: level III) การฝึกการหายใจ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II) ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลายและมีความสุข (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) การฝึกปฏิบัติวิธีที่ทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์เน้นความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจผู้พบเห็น เช่น การเดินวางมาด (strut) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) หรือการดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดดูดีเพื่อให้สามารถเผชิญกับตราบาปได้ (Norman et al., 2002: level III)

4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและลดความเครียด และพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การปรับนิสัยการรับประทานอาหารและการดื่ม การบริหารเวลา(Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III) การฝึกโยคะ (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) ควรใช้ร่วมกับวิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดได้เพิ่มขึ้น

5) พัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ การพัฒนาและดำรงรักษามิตรภา (Norman et al., 2002: level III)

3.3 การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริม

Copyright by Mahidol University

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินอาการทางจิต และเครื่องมือประเมินความเครียด

การประเมินผลลัพธ์การบำบัดและการติดตามผลประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ประเมินซ้ำ 6 เดือนปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) และ 1 ปีต่อมา (Norman et al., 2002: level III)

เครื่องมือประเมินอาการทางจิต เป็นการประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตได้จากเครื่องมือดังนี้

1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดเพื่อประเมินอาการทางจิต มีจำนวน 18 ข้อ การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุดปี (Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 30 ถือว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบประเมินที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามในการประเมิน Positive syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน Negative syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน General psychopathology จำนวน 16 ข้อ การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนน 1 = ไม่มีอาการ คะแนน 7 = อาการรุนแรงมาก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) แบบวัดนี้ได้มีการใช้ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

3) Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) เพื่อประเมินอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภทและ Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) เพื่อประเมินอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ปี (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

4) Present State Examination (PSE) เพื่อประเมินอาการทางจิตแต่ละ

Copyright by Mahidol University

อาการภายหลังการบำบัด การให้คะแนนมี 8 ระดับของการเปลี่ยนแปลง คะแนน 0 = อาการทางจิตดีขึ้นจนกระทั่งไม่มีอาการ คะแนน 4 = อาการทางจิตคงเดิมไม่มีเปลี่ยนแปลง คะแนน 7 = อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งมีอาการรุนแรงมากที่สุด (Tarrier et al., 1993: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

ประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันและจากการทำงาน ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความเครียดได้ ดังนี้

1) The Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนน ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่เคยมีอาการ คะแนน 4 = บ่อยมาก (Norman et al., 2002: level III) แบบวัดนี้ได้มีการนำมาทดลองใช้ในการประเมินความเครียดประจำวันในผู้ป่วยฝ่ายกาย มีการหาค่าความเชื่อมั่น หากจะนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ควรต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

2) The Work – Related Stress Questionnaire for Chronic Psychiatric Patient (WSQP) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดจากการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ความสำเร็จในอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับใด โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย ดังนั้นหากจะนำมาใช้ในวัฒนธรรมไทย จะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

เครื่องมือนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนสูงกว่า 15 คะแนน ควรสนับสนุนให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานได้

นอกจากนี้ ผู้บำบัดอาจประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมร่วมด้วย โดยใช้ The Assessment of Interpersonal Problem solving Skill (AIPSS) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยา และบทบาทสมมุติ ประกอบด้วยวีดิโอเทปสถานการณ์สั้น ๆ จำนวน 13 เรื่อง ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคมระหว่างคน 2 คน จำนวน 10 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นสถานการณ์ที่เป็นกลาง ผู้ประเมินทดสอบโดยการเปิดวีดิโอเทปสถานการณ์ให้

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยดูทีละสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่าปัญหาของเรื่องนี้คืออะไร? และสมมุติว่าถ้าคุณเป็นคนในเหตุการณ์นั้น (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์การดำเนินการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) เป็นแนวในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา รวบรวมและประเมินหลักฐาน ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ พัฒนาดำเนินการและประเมินผลโครงการนวัตกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 เรื่อง เป็น RCT ระดับ II จำนวน 3 เรื่อง Controlled trials without randomization ระดับ III จำนวน 3 เรื่อง หลังการวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดเพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และนำ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไข แนวปฏิบัตินี้ให้ข้อเสนอแนะในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภททั้งรายกลุ่มและรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล วิธีการต่าง ๆในการบำบัด คือ 1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับแนวคิดความเปราะบางของบุคคลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภทความเครียดและการเผชิญความเครียด 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การจัดการกับอาการทางจิตและการแก้ปัญหาที่เกิดในชีวิตประจำวัน 3. การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด มีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ และฝึกวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ 4. ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเครียด 5. พัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ และประสิทธิผลเมื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติก่อนที่จะขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สู่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

2. เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ศึกษาใช้สังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติเป็นงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือตามการจัดระดับ ของ Melnyk และ Fineout – Overholt (2005) ระดับ II จำนวน 3 เรื่อง ระดับ III จำนวน 3 เรื่อง จึงควรมีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม

Copyright by Mahidol University

โดยเฉพาะในประเด็นการผ่อนคลายเพื่อการคลายเครียดเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. พยาบาลที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยการฝึกโยคะ หรือการออกกำลังกายควรได้รับการอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการฝึกโยคะ หรือการออกกำลังกาย

4. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองศ์กร เพื่อให้มีการศึกษา และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดต่อไป โดยผ่านการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ ฐานข้อมูลทางอีเล็กโทรนิกส์

Copyright by Mahidol University

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING COPING OF PATIENT WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA

RUENRUDEE LIMCHY 4836938 NSMH/M

M.N.S.(MENTAL HEALTH AND PYSCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D., YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of problem

Schizophrenia is a group of disorder of thought, perception and affect which inappropriate with the reality while the intelligence remains unchanged although the cognition is limited (WHO, 2006) Schizophrenia is severe, chronic and deteriorated psychiatric illness (National Institute of Mental Health, U.S.A, 2006) which causes tremendous economic and social loss (Wyatt, Henter, Leary & Taylor, 1995). According to Department of Mental Health statistics schizophrenic patient were 23% of total psychiatric patients (Department of Mental Health, Thailand, 2002). The Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry statistics (2005) revealed that in the year 2003, 2004, and 2005 the percentage of schizophrenic inpatients were 58%, 57%, and 57% of the total inpatients respectively. In addition, the same statistics source also revealed the rate of relapse within 28 days of schizophrenic which was 8%, 9.6%, and 7.9% in 2003, 2004, and 2005, respectively. Schizophrenia is an illness with high rate of relapse (Pichet Udomrat, 2005) According to the study 50-70% of schizophrenic had relapse within the first year after therapy in institution (Lindstrom & Bingerfors, 2000). The Vulnerability/stress model of schizophrenia relapse (Nuechterlein et al., 1994) hypothesized that relapse occurred due to the interaction between vulnerability and protector of schizophrenic. Vulnerability comprised of 1) personal vulnerability factors and 2) environmental potentiators & stressors. Protecting factor of schizophrenic comprised of 1) personal protectors and 2) environment protectors. Schizophrenic relapse occurs when vulnerability is higher than protecting factors

Copyright by Mahidol University

which cause imbalance. The relapse prevention therapy therefore focused on enhancing and developing the personal protectors and environment protectors to pacify personal vulnerability. From the study, schizophrenic who had high level of stress in daily living especially within 1 month before onset was at higher risk of relapse (Pallanti, Quercioli, & Pazzagli, 1997; Ventura, Nuechterlein, Lukoff, & Hardesty, 1989). After discharged from hospital, schizophrenic patient coped with various stressful situation, concurrent with lower stress coping ability (Nuechterlein, et al., 1994). which consecutively led to imbalance and finally relapse.

Investigator as a registered nurse on duty in inpatient ward agreed on the most importance of schizophrenic relapse problem which need to be solve as soon as possible which also in accordance with the target of institute. To support schizophrenic patient which promote and develop personal protector according to vulnerability/stress model to prevent relapse. In addition, providing education and skill training to enable schizophrenic to be able to cope with stress in daily living were also required. The training included progressive muscle relaxation, abdominal breathing exercise, jogging exercise, relationship therapy, personal or group therapeutic counseling. Nursing intervention for enhancing coping of patient with schizophrenia vastly differed depending on their knowledge and experience and there has been no evidence based support and clear outcome assessment on each nursing intervention.

According to the review of literature concerning psychosocial therapy to enhancing coping of patient with schizophrenic such as a systematic review on problem solving skill for schizophrenia. (Xia & Chunbo, 2007). It was found that the quality research on problem solving therapy were rare and low reliability in research methodology which cannot be taken into analysis and recommended in their work that the study on stress coping training as part of psychosocial therapy required large group of samples and more scientific research methodology. However, investigator had reviewed the study on enhancing coping of patient with schizophrenic by means of the significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological (Terrer, et al., 1993), stress management, and problem solving in daily life from illness, working, and living the social life (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; Liberman, Eckman, & Marder, 2001; Norman et al., 2002; Tarrier et al., 1993). Yoga therapy and exercise (Duraiswamy,

Copyright by Mahidol University

Thirthally, Negandra & Gangadhar, 2007). The main target of these therapies was to promote the stress coping skill of patient with schizophrenia by means of education on stress, factor related relapse, psychiatric symptom management skill development, problem solving skill development, self-awareness training, negative symptom management, life style change for health promotion, stress reduction, and social support initiating & sustaining skill development, which would favorably affect social functionality, work, and most important of all enhancing patient to be able to live with their family and society with good quality of life.

Investigator was therefore interested in developing clinical nursing practice guideline (CNPG) using evidence based practice to enhancing coping of patient with schizophrenia in order to enable patient to do stress management appropriately. Having clear and concise CNPG would enable nurse to carry out the stress coping enhancement intervention for schizophrenic in the same direction in order to reduce the relapse probability so that the patient can live with family and society with good quality of life.

Purposes of the study

Development of clinical nursing practice guideline for enhancing coping of patient with schizophrenia

Methodology

The clinical nursing practice guideline for enhancing coping of patient with schizophrenia was developed by applying Polit & Beck (2004) evidenced based practice model as a development guideline which comprising of 4 steps, i.e., Selecting a topic of problem; Assembling and Evaluating Evidence; Assessing Implementation Potential; and Developing , implementing, and evaluating the innovation.

Selecting a topic of problem

The problem was identified by problem-focused triggers and knowledge-focused triggers. The problem was identified by raising clinical question “How to enhance coping of patient with schizophrenia?

Assembling and Evaluating Evidence

Investigator searched, assembled, and evaluated the empirical evidence on the following order;

The keywords for empirical evidence searching according to PICO framework (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) were identified as follows

Copyright by Mahidol University

P = Population, i.e., Schizophrenic patient

I = Intervention, i.e., stress management, problem solving, coping

C = Comparison intervention, -

O = Outcome, i.e., stress, problem solving skill, psychiatric system

Searching empirical evidences

Searched the systematic review study evidences from the database www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au..

Searched empirical evidences with randomized controlled trials, (RCTs) or Controlled trials without randomized, case control, cohort studies from electronic database CINAHL, Ovid, MEDLINE, PubMed, Blackwell synergy, Science Direct and thesis database in Thailand.

Manual search the empirical evidence from Thai and foreign academic journal in library such as Schizophrenia Bulletin, The American Journal of Psychiatry, American Journal of Nursing, Psychiatric Services, The American Journal of Occupational Therapy, Acta Psychiatrica Scandinavica, Hospital and Community Psychiatry, Schizophrenia research, Psychiatric and mental health nurse journal, research work from Department of Mental health library, and from reference list

The evidence selection criteria are full text literature which published withing the past 15 years, i.e., from 1993 till 2007.

According to the searching, 6 evidences were obtained which all was individual research. The reliability of evidence were assessed according to Melnyk & Fineout-Overholt (2005) and found that 3 were in Level II (randomized controlled trial, RCT) and 3 were in Level III (controlled trial without randomization). The analysis of evidences were carried out by reading and analytically extract the contents into tabulating format according to the following items 1) objective of research, 2) funding, 3) research hypothesis, 4) research setting, 5) samples, 6) outcome assessing instrument, 7) intervention, 8) methodology, 9) level of research, 10) result, 11) summary for implementation, 12) clinical relevance, 13) scientific merit, 14) implementation potential. The main issue and content from all researches were summarized to integrate all empirical evidences and summarize all knowledge and recommendation of enhancing coping of patient with schizophrenia. The summary of evidences were discussed and checked for its reliability with thematic advisor then

Copyright by Mahidol University

taken into assembling CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia.

The assembled CNPG was then submitted to expert committee for content correctness and linguistic appropriateness validation. The expert committee comprised of 1 psychiatrist, 1 lecturer from Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, and Advanced mental health and psychiatric practitice nurse

The expert opinion and comment were utilized in correcting and improving the CNPG.

Summary of main issue from empirical evidences

According to the literature review and analysis to develop CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia, the recommendation was drawn as follows;

Clinical nursing practice guideline for enhancing coping of patient with schizophrenia

Objective of the study

Enhance coping of patient with schizophrenia reducing stress and psychiatric symptom.

Characteristics of study population

The study populationwho were diagnosed as schizophrenic according to DSM-III-R or DSM – IV or ICD- 10, who was treated as outpatient or inpatient

Person receiving benefits of application of nursing guideline

1. Patients and families
2. Health care personnel in organization

Outcome of CNPG implementation

1. Patient with schizophrenia got coping enhancement intervention and able to reduce stress and psychiatric symptoms leading to better quality of life.

2. The health care institution got CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia.

The source of evidences based

1. Randomized controlled trial research which was Level II evidences totally 3 evidences

2. Controlled trials without randomization researches which were Level III evidence totally 3 evidences.

The CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia

The coping enhancement intervention for patient with schizophrenia could be group intervention to enable group discussion and learning (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra,

Copyright by Mahidol University

& Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) and group intervention in combination with individual intervention in order to establish follow up plan for each patient. (Norman et al., 2002: level III)

1. Qualification of patient who participating in CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia implementation

1.1 Patients who were diagnosed as schizophrenic according to DSM-III-R or DSM – IV (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III ; Norman et al., 2002: level III) or ICD- 10 (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III).Patients with schizophrenia who were ill for more than 2 years (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) since the longer duration of illness, the lesser stress coping ability the patients possessed.

1.2 Patients who were treated as outpatient or inpatient Who were adult patient aged ranging between 16-65 years (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III)

1.3 Patients with schizophrenia demonstrated stable psychiatric symptoms since the CNPG for enhancing coping of patient educated them about stress, stress coping and management as well as train them on stress management strategies as well as giving feed back on stress management strategies implementation. Patients who participating in this intervention should have non-severe schizophrenia symptom in order to understand and learn the educating content and able to be trained which they have to be assessed by having stable drug administration without drug adjustment within 1-3 month (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III) or from Clinical Global Impression Severity Scale greater or equal 4 (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) or the patient with non-severe psychiatric

Copyright by Mahidol University

symptom but no response to antipsychotic drug (Tarrier et al., 1993: level II)

1.4 If yoga practice and exercise is planned for intervention incorporating with other coping enhancement intervention, the patient participating should have regular body motion without any illness or disorder in physical ability such as myocardia infarction, bone fracture, or seizure (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II).

2. Duration and numbers of intervention

The duration and numbers of intervention was 1 time per week for at least 5 weeks and can be extended to 16 weeks (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) the numbers of intervention increased if problem solving skill training was carried out (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3. Intervention procedure

3.1 Preparation

Therapist: who would carry out CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia intervention should have experience in schizophrenia patient care and should be trained in various therapeutic programs such as stress management program, yoga practice program to be able to conduct standard therapy. Therapist could also provide information support on drug therapy, prodome monitoring, and enhancing schizophrenia patient on misconception and mistaken belief awareness and adjustment.

Therapy material and media: manual for social skill training and problem solving, video tape for group therapy (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3.2 Therapy

The contents of stress coping enhancement intervention for patient with schizophrenia could be summarized as follows;

Patient with schizophrenia coped with many stressful situation in their life such as schizophrenic illness and treatment, psychiatric symptom and physiological and cognitive reaction to psychiatric symptom or daily life stress in terms of work or interpersonal relationship. Thus the coping enhancement intervention for schizophrenic patient should be carried out in holistic approach. The contents and strategy to enhance coping of schizophrenic patient which patient could

Copyright by Mahidol University

apply it to solve their stress problem induced by various stressful situation could be detailed as follows;

1) Educating the patients with schizophrenia in the following issues

Stress and coping (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) the effect of stress on thought and behavior, relationship between stress and physical and psychological health, stressful situation analysis using cognitive, emotion, psychological, and behavior point of view, and stress coping guideline. (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III)

The Vulnerability/ stress model of schizophrenia relapse (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) educated the patients concerning 1) vulnerability factors of schizophrenia relapse such as dysfunctions of biological in cerebral or autonomic hyperactivity, reduced available information-processing resources 2) personal protecting factors of schizophrenia relapse such as stress coping skill, continuing psychiatric drug administration compliance (Norman et al., 2002: level III), 3) Environmental protecting factor such as problem solving effectiveness, family support and encouragement, and 4) environmental stress factors in order patient can avoid from stress factor influencing relapse and enhance personal protector and environmental protector.

2) Improving patients, knowledge and skills

Psychiatric symptom management: taught patient to awareness dysfunction of perception, bizarre or dysfunction of thought, emotional and behavioral reaction to perception and delusion Trained patient to cope with and control stimulus from environment and cognitive response, behavioral response or physiological response of patient from psychiatric symptom comprising of 1) cognitive strategies, attention switching, attention narrowing, self instruction, 2) behavioral strategies: increasing more activity, more social interaction, social disengagement which may trigger schizophrenia symptom, and reality testing (Tarrier et al., 1993: level II; Norman et al., 2002: level III) This intervention was appropriate for mild symptom schizophrenics who could not manage their psychiatric symptom.

Problem solving skill.) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, &

Copyright by Mahidol University

Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) in daily living, working (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) and relationship according to the following problem solving procedure 1) identifying the problem, 2) generating alternative solution, 3) weighing the pros and cons of each alternative, 4) selecting the feasible solution, 5) planning to implement the selected alternative (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) by means of teaching and training in role play methods simulated situation (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III), giving skill practice and assignment as homework. (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Norman et al., 2002: level III) and giving feedback information to patient (Tarrier et al., 1993; level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) This intervention should be used for schizophrenic who had stress in daily living. Stress from illness, working, and living the social life.

3) Promoting Self awareness of negative emotion during stress, and negative emotion management skill (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) to reduce physiological response to stress, i.e., relaxation technique training by means of muscle relaxation or autogenic training (Norman et al., 2002: level III), breathing training (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II), performing individual relaxing and leisure activity, emotional intelligence improvement practicing focus on the important of impressive behavior and image, i.e. strut practicing (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) clean and tidy image maintaining in order to cope with stigma (Norman et al., 2002: level III)

4) Modifying living pattern to promote health status, reduce stress, and develop physical strength, i.e., adjust eating and drinking habit, time management (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III, regular and continuous exercise (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III), and Yoga practice (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II). This intervention should be used incorporating with the other intervention

Copyright by Mahidol University

to improve physical strength which enhance schizophrenic coping ability

5) Skill development in initiation, and maintenance of social support from family and community by means training communication skill, assertiveness training, (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) accepting social interaction, development and maintaining friendships (Norman et al., 2002: level III)

3.3 Assessing the outcome of CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia

The intervention outcome assessing instrument comprised of psychiatric symptoms assessing instrument and stress assessing instrument

The intervention outcome assessing instrument immediately after intervention (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III), re-assessment after 6 months (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) and 1 year later (Norman et al., 2002: level III).

Psychiatric symptom assessing instrument: assessor was able to assess positive and negative psychiatric symptom of the patient from the following;

1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) comprised of 18 question items which the therapist assessed the score on each item. The score had 7 levels ranged from 0-6 0 = no symptom to 6 highest severe. (Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) If the total score was less than 30, the patient was able to participate in the group therapy of intervention. This instrument was used widely in psychiatric care service in Thailand and passed the validation

2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) to assess positive and negative psychiatric syndrome of patient. The instrument contained 30 questions which were assessed by therapist. Seven questions were for positive syndrome assessment, other 7 questions were for negative syndrome assessment and 16 questions were for general psychopathology assessment. The assessing score were 7 level ranged from 1-7, score 1 = no symptom and 7 = highly severe symptom.

Copyright by Mahidol University

(Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) This instrument was used in psychiatric care service in Thailand and passed the validation

3) Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) for positive assessment of patient with schizophrenia and Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) to assess negative symptom of patient with schizophrenia. (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) This instrument was developed by foreign researcher and had never been trial in Thais patient context, thus the validation and reliability test need to be carried out to use this instrument in Thailand

4) Present state examination (PSE): this instrument could be used to assess psychiatric symptom after therapy the score represented of 8 level of change; score 0 = the psychiatric symptom getting recover until no symptom exist, score 4 = the psychiatric symptom remain unchanged, score 7 = the psychiatric symptom exacerbates till getting the most severe. (Tarrier et al., 1993: level II) This instrument was developed by foreign researcher and had never been trial in Thais patient context, thus the validation and reliability test need to be carried out to use this instrument in Thailand

Stress in daily life and work assessing instrument, CNPG practitioner could select the stress perception level assessing instrument as follows;

1) Perceived Stress Scale (PSS) was used to assess perceived stress of patient in daily living within the past 1 month comprising of 14 questions each contains 5 interval assessment score which the patient report their self-assessment ranged from score 0-4; score = 0 represented no symptoms, and 4 represented very often (Norman et al., 2002: level III). This instrument was used to assess perceived stress of patient in daily living in physiological patient had never been trial in Thais psychiatric patient context, thus the validation and reliability test need to be carried out to use this instrument in Thailand

2) The work –related stress questionnaire for Chronic Psychiatric Patient (WSQP) this instrument aimed at assessing chronic psychiatric patient's work related perceived stress comprising of 6 component totally 26 question, i.e., factor affecting work, structure and atmosphere of work place, working colleague relationship, career success, relationship between work place and home, psychiatric

Copyright by Mahidol University

symptom. The stress situation in the above 6 components within 1 month was assessed. The score in each question ranged from 0-3 represented the level of stress the higher score represented higher level of stress. This instrument was developed by foreign researcher and had never been trial in Thais patient context, thus the validation and reliability test need to be carried out to use this instrument in Thailand (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II).

This instrument was used to assess the stress level of patient. If the total stress score was higher than 15, the patient should be encouraged to participate in work related stress management program.

In addition, therapist might assess social problem solving skill using The Assessment of Interpersonal Problem Solving Skill (AIPSS) which was a psychological and role playing questionnaire comprising of videotape telling 13 short situations to assess social problem solving skill of patient with schizophrenia. The situation comprised of 10 interpersonal relationship situations between 2 persons and the other 3 neutral situations. The assessor played videotape by each situation and ask the patient what is the problem of this situation and then gave the role play if the patient was the person in that situation (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

Summary of the study

This study aimed at developing CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia by applying Polit & Beck (2004) evidence-based model which comprised of 4 steps, i.e., Selecting a topic of problem; Assembling and Evaluating Evidence; Assessing Implementation Potential; and Developing , implementing, and evaluating the innovation. Totally 6 evidences concerning enhancing coping of patient with schizophrenia were obtained which 3 of these were RCT level II and 3 were Control trial without Randomization level III. The evidences were analyze and synthesize to develop CNPG for enhancing coping of patient with schizophrenia which was submitted to expert committee who gave the comment for correction and improvement. This CNPG contained recommendation for schizophrenic therapy either in group therapy or individual concurrent with group therapy. The intervention in therapy were 1) educate patient with schizophrenia concerning vulnerability/stress model on schizophrenia relapse, stress and stress coping, 2) Support patient to possess

Copyright by Mahidol University

knowledge and skill on psychiatric symptom management and daily living problem solving, 3) promote patient's self-awareness in negative emotion during stress, negative emotion management skill, and emotional intelligence, 4) adjust living pattern to promote health status and reduce stress, 5 develop social support initiative and maintaining from family and community.

Recommendation

1. Since this study was in the step of analysis and synthesis of 6 evidences which had never been implemented in Thai context, the pilot project should be carried out to evaluate the outcome and effectiveness to compare cost benefit ratio and survey patient and health care personnel satisfaction in order to improve this CNPG before extend it to the other health care organization.

2. The 6 evidences analyzed and synthesized in this study were 3 level II and 3 level III evidences according to Melnyk and Fineout-Overhaolt (2005) strength of evidence qualification. The additional evidence should be searched especially in stress relaxation intervention evidences to improve the strength of evidences.

3. Nurse who used this CNPG for enhancing coping in patient with schizophrenia by means of Yoga practicing or exercise should be well trained on that matter.

4. Publish this CNPG and distribute to health care personnel and related organization both internally and externally of the setting to enable further study and development of CNPG continuously to get the best possible CNPG via academic seminar, journal publishing, article publishing, and electronic database.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2545). *แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ด้านสาธารณสุข*.นนทบุรี: สยามอินเสริทมาเก็ตติ้ง.

เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2548). *ต้นทุนต่อหน่วยของสถาบันจิตเวชศาสตรสมเด็จเจ้าพระยา*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร และ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ. (2544). *การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44*(2), 171-179.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่2.)*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์.(พิมพ์ครั้งที่ 9.)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). *รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทย*. Retrieve March 13, 2007, form http://service.nso.go.th/nso/home.html.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition Text Revision DSM-IV-TR ™ (Text Revision ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry, 18*(4),149-154.

Bradshaw, W. H. (1993). Coping-skills training versus a problem-solving approach with schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(11), 1102-0014.

Copyright by Mahidol University

Brekke, J. S., Raine, A., Ansel, M., Lencz, T., & Bird, L. (1997). Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 23*(1), 19-2.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 55*, 547-552.

Cancro, R., & Lehman, H. E. (2000). *Schizophrenia: Clinical features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock(Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1).* Philadelphia: Williams & Wilkins.

Cole, J. D. (1997). *The effects of exercise program on chronically mentally ill outpatients: A study of symptom reduction physical fitness, and stress*. The degree of doctor of philosophy in psychology in the graduate college of the Illinois institute of technology.

Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P. P., Aasen, I., Kuipers, E., et al. (2007). Insight distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 94,* 12-22.

Cutting, L. P., Aakre, J. M., & Docherty, N. M. (2006). Schizophrenic patientsperceptions of stress, expressed emotion, and sensitivity to criticism. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 743-750.

Das, M. K., Kulhara, P. L., & Verma, S. K. (1997). Life events preceding relapse of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry, 43*, 56-63.

Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 28*, 143-155.

Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add - on treatment in the management of patients with schizophrenia– a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(3), 226-232.

Flashman, L. A., McAllister, T. W., Andreasen, N. C., Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *American Journal of psychiatry, 175*(7), 1167-1169.

Copyright by Mahidol University

Gaebel, W., & Frommann, N. (2000). Long-term course in schizophrenia:concepts, methods and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 49-53.

Horan, W. P., Ventura, J., Keith, H., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Hwang, S. S., et al. (2005). Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies and altered subjective appraisals. *Schizophrenia Research, 75*, 363-374.

Keith, S. J., & Kane, J. M. (2003). Partial compliance and patient consequences in psychiatry. *Journal Clinical Psychopharmacal, 64*(11), 1308-1315.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lee, H. L., Tan, H. K. L., Ma, H. I., Tsai, C. Y., & Liu, Y. K. (2006). Effectiveness of a work – Relate Stress Management Program in Patient with Chronic schizophrenia. *The American Journal of occupational Therapy, 60*(4), 435-441.

Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons with Schizophrenia. *Psychiatric services, 52*(1), 31-33.

Lindstrom, E., & Bingerfors, K. (2000). Patients compliance with drug therapy. *Schizophrenia pharmacoeconomics, 18*(2), 105-124.

Lysaker, P. H., Bryson, Q. J., Marks, K., Qreig, T. C., & Bell, M. D. (2004). Coping style in schizophrenia: associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophrenia Bulletin, 30*(1), 113-121.

Melnyk, B. M., & Fineout - Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry, 14*, 264-269.

Murphy, F. M., & Moller, D. (1993). Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy Symptom Management Assessment Tool. *Archives of Psychiatric Nursing, 7*, 226-235.

National Institute of Mental Health. (2006). Schizophrenia. Retrieved 25 May 2006, from http://www.nimh.nih.gov/ publicat/schizoph.cfm

Copyright by Mahidol University

Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., & Voruganti, L. P., et al. (2002). An Evaluation of a stress management Program for individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia research, 58*, 293-303.

Nuechterlein, H. K., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., & Snyder, K. S. (1994). The Vulnerability-stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica scandinavica, 89*(supple 382), 58- 64.

Pallanti, S., Quercioli, L., & Pazzagli, A. (1997). Relapse in Young Paranoid Schizophrenic Patients: A prospective study of stressful life events, p300 measures, and coping. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 792-798.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles & Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ritsner, M. S., Gibela, A., Ponizovsky, A. M., Shinkarenkoa, E., Ratner, Y., & Kursd, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 114*, 139-152.

Selye, H. (1956). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.

Sheila, L., & Videbeck. (2006). *Schizophrenia Psychiatric – Mental Health nursing* (2 nd ed.). New York: Olters Kluwer Company.

Shives, L. R. (2005). *Basic Concept of Psychiatric – Mental Health nursing* (2 nd ed.). New York: Wolters Kluwer Company.

Sonpaveerawong, J. (2001). *Steategies used by schizophrenia patient to cope with stress in their dailt living: A study at somdetchaopraya hospital*. A thesis for the degree of master of nursing science. Mental health and psychiatric nursing faculty of graduate studies, Mahidol University.

Starkey, D., Deleon, H., & Flannery, R. (1995). Stress management for psychiatric patients in a state hospital setting. *American Journal Orthopsychiatry, 65*(3), 446-450.

Takai, A., Uematsu, M., Kaiya, H., Inoue, M., & Ueki, H. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 82*, 289-294.

Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug

Copyright by Mahidol University

resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I Outcome. *The British Journal of Psychiatry, 162*, 524-532.

Van den Bosch, R. J., Van Asma, M. J., Rombouts, R., louwerens, J. W. (1992). Coping Style and Cognitive Dysfunction in Schizophrenia patient. *British Journal of Psychaitry, 161(*suppl18), 123-128.

Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Diamond, P. L., Hazleton, B. C., Eckert, S. L., & Miller, A. L. (1997). The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 25*, 21-31.

Wiedl, K. H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia: Stressors, appraisals and coping behavior. *The British Journal of Psychiatry, 161*, 114-122.

World Health Organization. (2006). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.

Wyatt, R. J., Henter, I., Leary, M. C., & Taylor, E. (1995). An economic evaluation of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 30*(5), 196-205.

Wyatt, R. J., & Kirch, D. G. (1989). *Delisi, Schizophrenia: Biochemical, Endocrine and Immunological studies. In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive. Textbook of Psychiatry / V. Baltimare*. Baltimare: Williams & Wilkins.

Xia, J., & Chunbo, L. (2007). Problem solving skill for schizophrenia (review). *The cochrane library, issue 2*. Retrieve October 20, 2007, form http://www. Thecochranelibrary.com

Yank, R. G., Bentley, J. K., & Hargrove, S. D. (1993). The vulnerability-stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *American Journal orthopsychiatry, 63*(1), 55-69.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม

รื่นฤดี ลิ้มฉาย, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, ยาใจ สิทธิมงคล. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*.สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้:

3.1 กลุ่มโรค/ กลุ่มอาการ: โรคจิตเภท

3.2 กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวชและบุคลากรในทีมสุขภาพจิต

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล: เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อลดความเครียดและลดอาการทางจิต

3.4 ประชากรเป้าหมาย: ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคของ DSM –III-R หรือ DSM- lV หรือ ICD- 10 ที่เข้ารับการบริการในแผนกผู้ป่วยใน/ ผู้ป่วยนอก

3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ:

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4. วิธีดำเนินการ

โดยประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) ดังนี้

4.1 คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic of problem)

Copyright by Mahidol University

กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงานและสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ กำหนดปัญหาโดยตั้งคำถามทางคลินิก “วิธีการใดสามารถส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้”

4.2 รวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมโดยการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ตามลำดับดังนี้

4.2.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO Frame work (Melnyk & Fineout - Overholt, 2005) ดังนี้

P = Population คือ Schizophrenia patient

I = Intervention คือ Problem solving, coping

C = Comparison intervention -

O = Outcome คือ Stress, Problem solving skill, Psychiatric symptom

4.2.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากระบบฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials, RCTs) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (controlled trials without randomized) งานวิจัยที่เป็น case control หรือ cohort studies จากฐานข้อมูล CINAHL, Ovid, MEDLINE, PubMed, Blackwell synergy, Science Direct และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในเมืองไทย

สืบค้นด้วยมือจากวารสารในห้องสมุดทั้งภาษาต่างประเทศและภาษาไทย เช่น Schizophrenia Bulletin, The American Journal of Psychiatry, American Journal of Nursing, Psychiatric Services, The American Journal of Occupational Therapy, Acta Psychiatrica Scandinavica, Hospital and Community Psychiatry, Schizophrenia research, วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต งานวิจัยจากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (reference list)

4.2.3 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (RCT) หรืองานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (controlled trials without randomization) งานวิจัยที่เป็น case control หรือ cohort studies

Copyright by Mahidol University

เป็นงานวิจัยฉบับสมบรูณ์ที่มีการ ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษภายในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คือปี ค.ศ. 1993 - 2007

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยเดี่ยวทั้งหมดประกอบด้วยงานวิจัยประเภท (RCTs) จำนวน 3 เรื่อง และงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (controlled trials without randomization) จำนวน 3 เรื่อง

4.2.4 ประเมินคุณภาพและจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ตามลำดับ ดังนี้

ระดับที่ I หลักฐานที่ได้จากงานที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับที่ II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีอย่างน้อย 1 ชิ้น

ระดับที่ III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (controlled trials without randomization)

ระดับที่ IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย case control, cohort study

ระดับที่ V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

ระดับที่ VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ชิ้น

ระดับที่ VII หลักฐานที่เป็นความคิดเห็น หรือรายงานของผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อนำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมาจำแนกหลักฐานตาม Melnyk, & Fineout - Overholt (2005) พบว่า งานวิจัยอยู่ในระดับ II จำนวน 3 เรื่อง และอยู่ในระดับ III จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

1. Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry, 18*(4), 149–154. (controlled trials without randomization), level III

Copyright by Mahidol University

2. Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add on treatment in the management of patients with schizophrenia a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(3), 226-232. (RCT), level II

3. Lee, H. L., Tan, H. K. L., Ma, H. i., Tsai, C. Y., & Liu, Y. K. (2006). Effectiveness of a work – Retate Stress Management Program in Patient with Chronic schizophrenia. *The American Journal of occupational Therapy, 60*(4), 435 - 441. (randomized crossover design), level II

4. Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric services. 52*(1), 31-33. (controlled trials without randomization) , level III

5. Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T.S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia, *Schizophrenia Research, 58*(3), 293-303. (quasi experiment) , level III

6. Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I Outcome. *British Journal of Psychiatry, 162*, 524 - 532. (RCT), level II

4.2.5 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง โดยการอ่านและนำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตารางทีละเรื่องจนครบทุกเรื่อง ตามหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทุนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่าง 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) มีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ

4.2.6 นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด เพื่อการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Integrate the evidence) สรุปองค์ความรู้ในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.3 การตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

Copyright by Mahidol University

1. จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน

2. อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

3. พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อสรุปและพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

การส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดให้แก่ผู้ป่วยได้ทั้งการบำบัดรายกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ร่วมกัน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III),(Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และการบำบัดรายกลุ่มร่วมกับการบำบัดรายบุคคล เพื่อกำหนดแผนติดตามเฉพาะต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

1. คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมใช้แนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรคที่เป็นสากลของ DSM –III-R หรือ DSM- IV (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III ; Norman et al., 2002: level III) หรือ ICD- 10 (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) ที่ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 2 ปีขึ้นไป (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) เนื่องจากระยะเวลาที่ป่วยนานมากขึ้นจะยิ่งทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยลง

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน วัยผู้ใหญ่ขึ้นไป อายุระหว่าง 16-65 ปี (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III)

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ เนื่องจากแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการบำบัดจึงควรมีอาการทางจิตไม่รุนแรงสามารถรับรู้เข้าใจเนื้อหาและสามารถเรียนรู้ทักษะและฝึกปฏิบัติได้ โดยประเมินจากการได้รับยารักษาโรคจิต

Copyright by Mahidol University

คงที่ ไม่มีการปรับยาในช่วง 1-3 เดือน (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Norman et al., 2002: level III) หรือจากคะแนน Clinical Global Impression Severity Scale มากกว่า หรือเท่ากับ 4 (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) หรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิต (Tarrier et al., 1993: level II)

1.4 กรณีที่จะนำการฝึกโยคะและการออกกำลังกายไปใช้ร่วมกับการฝึกการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่มีความเจ็บป่วยหรือขาดความสามารถทางด้านร่างกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) กระดูกหัก ลมชัก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II)

2 ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด มีระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 สัปดาห์ (Tarrier et al., 1993: level II) และสามารถใช้ระยะเวลาในการบำบัดได้ถึง 16 สัปดาห์ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Norman et al., 2002: level III) จำนวนครั้งของการบำบัดจะมากขึ้นหากมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาร่วมด้วย (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3. ขั้นตอนการบำบัด

3.1 การเตรียมการ

ผู้ให้การบำบัด ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และควรได้รับการฝึกเทคนิคการบำบัดตามโปรแกรมต่างๆ เช่น การจัดการความเครียด โยคะ เพื่อสามารถให้การบำบัดที่มีมาตรฐาน ผู้ให้การบำบัดต้องมีความสามารถในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การสังเกตอาการนำ การปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อในผู้ป่วย และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย

อุปกรณ์ หากจะใช้การทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมควรมีคู่มือสำหรับผู้ฝึก วีดิโอเทปเพื่อใช้ในการดำเนินการกลุ่ม (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

3.2 การบำบัด

เนื้อหาการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยสังเขป

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา อาการทางจิตและปฏิกิริยาของร่างกายและการรู้คิดต่ออาการทางจิต หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือ

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดเหล่านี้ควรเป็นการบำบัดที่มีลักษณะเป็นองค์รวม โดยมีเนื้อหาและวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ความเครียดที่หลากหลายได้ ดังนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) ผลของความเครียดต่อความคิดและพฤติกรรม ความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดโดยใช้มุมมองด้านการรู้คิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม และแนวทางในการเผชิญความเครียด (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III)

แนวคิดความเปราะบางของบุคคลต่อการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยที่เป็นความเปราะบางของบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การทำงานที่ผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง หรือระบบประสาทอัตโนมัติ ความสามารถในการคิดของผู้ป่วยลดลง 2) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ทักษะการเผชิญความเครียด การรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง(Norman et al., 2002: level III) 3) ปัจจัยปกป้องด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา การสนับสนุนช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว และ 4) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะ เกี่ยวกับ

การจัดการกับอาการทางจิต โดยการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลก ๆ หรือผิดปกติ ปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้และความคิดหลงผิด ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญและควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด พฤติกรรม หรือสรีระของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต ได้แก่ 1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การเบี่ยงแบนความสนใจ (Attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (Attention narrowing) การสอนตัวเอง (Self instruction) 2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (Reality testing) (Tarrier et al., 1993: level II; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตไม่รุนแรงและไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้

การแก้ปัญหา (Problem – solving skill) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ที่เกิดในชีวิตประจำวัน การทำงาน (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II;

Copyright by Mahidol University

Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) และสัมพันธภาพ ตามขั้นตอนการแก้ปัญหาดังนี้ 1) การระบุปัญหา 2) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา 3) พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ได้พิจารณาแล้ว 5) วางแผนและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือก (Tarrier et al., 1993: level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III) โดยการสอน ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) มอบหมายงาน และนำทักษะไปฝึกเป็นการบ้าน ปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Norman et al., 2002: level III) และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ปี (Tarrier et al., 1993; level II; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดจากความเจ็บป่วย การทำงาน และปัญหาการใช้ชีวิตทางสังคม

3) การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียดและมีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อความเครียด ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการฝึกจิต (Autogenic training) เพื่อลดความเครียด (Norman et al., 2002: level III) การฝึกการหายใจ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Tarrier et al., 1993: level II) ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลายและมีความสุข (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III) การฝึกปฏิบัติวิธีที่ทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์เน้นความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจผู้พบเห็น เช่น การเดินวางมาด (strut) (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) หรือการดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาดดูดี เพื่อให้สามารถเผชิญกับตราบาปได้ (Norman et al., 2002: level III)

4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและลดความเครียด และพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การปรับนิสัยการรับประทานอาหารและการดื่ม การบริหารเวลา(Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002: level III) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II; Norman et al., 2002: level III) การฝึกโยคะ (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) ควรใช้ร่วมกับวิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดได้เพิ่มขึ้น

5) พัฒนาทักษะการริเริ่มและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Lee, Tan, Ma,

Copyright by Mahidol University

Tsai, & Liu, 2006: level II) การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ การพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (Norman et al., 2002: level III)

3.3 การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินอาการทางจิต และเครื่องมือประเมินความเครียด

การประเมินผลลัพธ์การบำบัดและการติดตามผลประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; level II; Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III; Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III; Norman et al., 2002: level III) ประเมินซ้ำ 6 เดือนปี (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) และ 1 ปี ต่อมา (Norman et al., 2002: level III)

เครื่องมือประเมินอาการทางจิต เป็นการประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตได้จากเครื่องมือดังนี้

1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดเพื่อประเมินอาการทางจิต มีจำนวน 18 ข้อ การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุดปี (Tarrier et al., 1993; level II; Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; level III) หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 30 ถือว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบประเมินที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามในการประเมิน Positive syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน Negative syndrome จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมิน General psychopathology จำนวน 16 ข้อ การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนน 1 = ไม่มีอาการ คะแนน 7 = อาการรุนแรงมาก (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007: level II) แบบวัดนี้ได้มีการใช้ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

3) Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) เพื่อประเมินอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภทและ Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) เพื่อประเมินอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ปี (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003: level III; Norman et al., 2002:

Copyright by Mahidol University

level III) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

4) Present State Examination (PSE) เพื่อประเมินอาการทางจิตแต่ละอาการภายหลังการบำบัด การให้คะแนนมี 8 ระดับของการเปลี่ยนแปลง คะแนน 0 = อาการทางจิตดีขึ้นจนกระทั่งไม่มีอาการ คะแนน 4 = อาการทางจิตคงเดิมไม่มีเปลี่ยนแปลง คะแนน 7 = อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งมีอาการรุนแรงมากที่สุด (Tarrier et al., 1993: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย และจะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

ประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันและจากการทำงาน ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความเครียดได้ ดังนี้

1) The Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน เป็นแบบวัดที่ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนน ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่เคยมีอาการ คะแนน 4 = บ่อยมาก (Norman et al., 2002: level III) แบบวัดนี้ได้มีการนำมาทดลองใช้ในการประเมินความเครียดประจำวันในผู้ป่วยฝ่ายกาย มีการหาค่าความเชื่อมั่น หากจะนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ควรต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

2) The Work – Related Stress Questionnaire for Chronic Psychiatric Patient (WSQP) เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดจากการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ความสำเร็จในอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับใด โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง (Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006: level II) แบบวัดนี้พัฒนาจากงานวิจัยในต่างประเทศ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้ในบริบทของผู้ป่วยไทย ดังนั้นหากจะนำมาใช้ในวัฒนธรรมไทย จะต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อน

เครื่องมือนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนสูงกว่า 15 คะแนน ควรสนับสนุนให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานได้

นอกจากนี้ ผู้บำบัดอาจประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมร่วมด้วย โดยใช้ The Assessment of Interpersonal Problem solving Skill (AIPSS) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยา และ

Copyright by Mahidol University

บทบาทสมมุติ ประกอบด้วยวีดิโอเทปสถานการณ์สั้น ๆ จำนวน 13 เรื่อง ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคมระหว่างคน 2 คน จำนวน 10 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นสถานการณ์ที่เป็นกลาง ผู้ประเมินทดสอบโดยการเปิดวีดิโอเทปสถานการณ์ให้ผู้ป่วยดูทีละสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่าปัญหาของเรื่องนี้คืออะไร? และสมมุติว่าถ้าคุณเป็นคนในเหตุการณ์นั้น (Liberman, Eckman, & Marder, 2001: level III)

6. หลักฐานใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะ

หลักฐานที่ใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะปรากฏในภาคผนวก ง. ตารางการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยแต่ละเรื่องหัวข้อการสรุปเพื่อนำไปใช้

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต ความเครียดในชีวิตประจำวันจากการเจ็บป่วย การทำงานและในสังคมได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในรูปแบบการบำบัดและผลการบำบัด

3) พยาบาลในคลินิกมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่มุ่งเป็นเลิศทางด้านจิตเภท

7.2 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทนี้ได้จากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งงานวิจัยแต่ละเรื่องไม่พบผลเสียหายแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่การใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้ผู้ป่วยทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดที่ประสบอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นในขณะได้รับการบำบัด อย่างไรก็ตามผู้ใช้แนวปฏิบัติควรประเมินระดับความเครียด สถานการณ์ความเครียด และลดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทขณะรับการบำบัดทุกครั้ง

7.3 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรผ่านการฝึกการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), The Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นตรง

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

Copyright by Mahidol University

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน (นำร่อง) มีขั้นตอนดังนี้

8.1 วางแผนการประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการตัดสินใจเลือกเวลาและการประเมิน

8.2 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับความเครียด และอาการทางจิต

8.3 พัฒนาและเขียนแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และสะดวกในการใช้งาน

8.4 ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ

8.5 ทดสอบการใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานหรือกลุ่มตัวอย่าง

8.6 ประเมินผลโครงการนำร่อง ในรูปของกระบวนการและผลลัพธ์

9. ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1 วันที่สร้าง

16 มีนาคม 2552

9.2 ผู้สร้าง

1. นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ:

1.นายแพทย์สินเงิน สุขสมปอง นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.นางสาวภาวินี ขนบธรรมจารี พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. อาจารย์ ดร. อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.4 รายการอ้างอิง:

Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry, 18*(4), 149-154.

Copyright by Mahidol University

Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add - on treatment in the management of patients with schizophrenia– a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(3), 226-232.

Lee, H. L., Tan, H. K. L., Ma, H. I., Tsai, C. Y., & Liu, Y. K. (2006). Effectiveness of a work – Relate Stress Management Program in Patient with Chronic schizophrenia. *The American Journal of occupational Therapy, 60*(4), 435-441.

Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons with *Schizophrenia. Psychiatric services, 52*(1), 31-33.

Melnyk, B. M., & Fineout - Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., & Voruganti, L. P., et al. (2002). An Evaluation of a stress management Program for individuals with *Schizophrenia. Schizophrenia research, 58*, 293-303.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles & Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I Outcome. *The British Journal of Psychiatry, 162*, 524-532.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

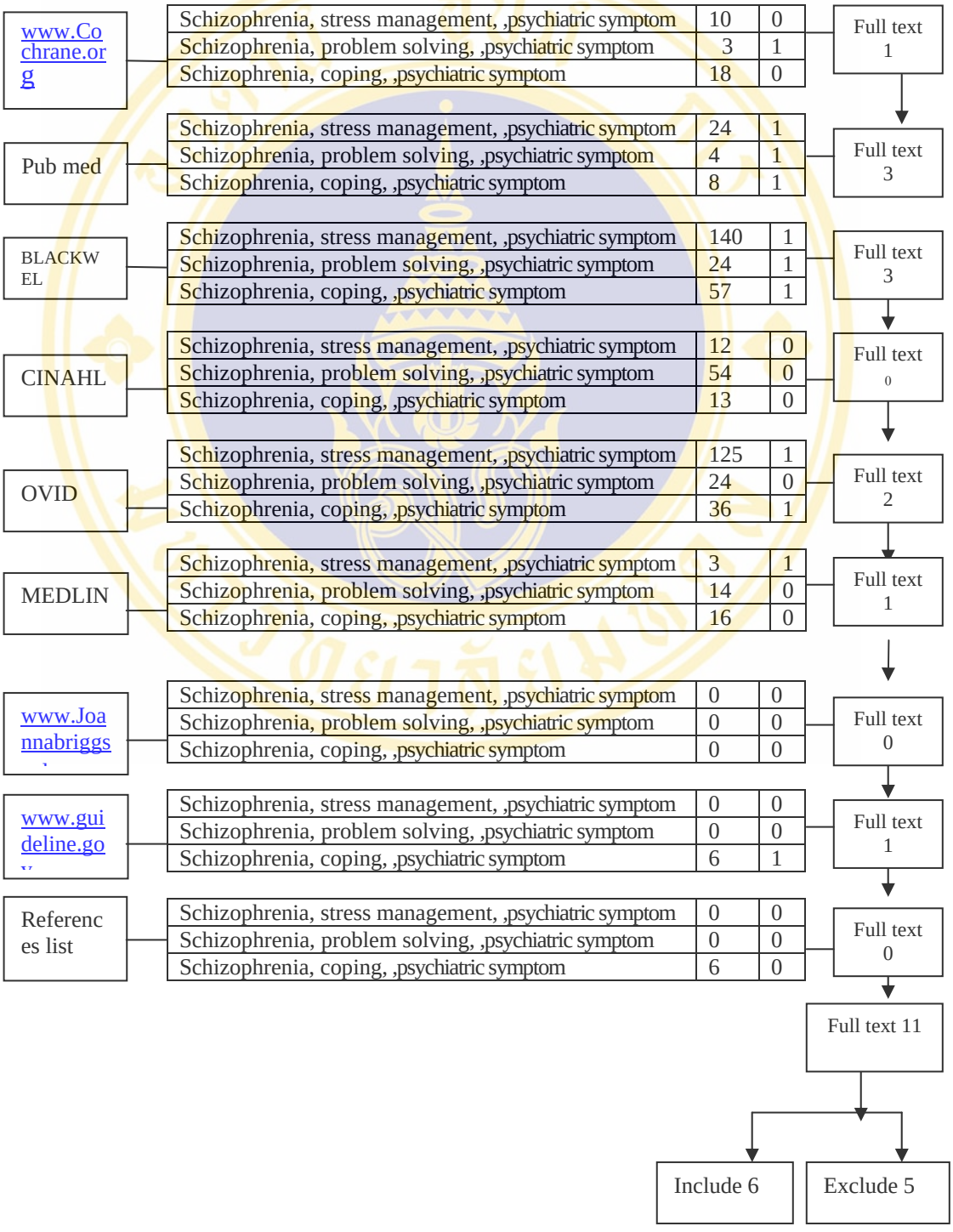
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นตรง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นายแพทย์สินเงิน สุขสมปอง พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป นายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญรักษาการผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. อาจารย์ ดร. อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง Ph.D. (Nursing) อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวภาวินี ขนบธรรมจารี พย.ม.(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

แผนภูมิที่ 3 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์



Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่องที่ 1: The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia.
การบำบัดทางจิตใจเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003.

แหล่งที่พิมพ์ : European Psychiatry

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อทดสอบผลของกลุ่มบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วย Schizoaffective 2. เพื่อทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท
ทุน	Swiss National Science Foundation and the Ciba-Geigy-Jubilee Foundation
สมมุติฐาน	-
Setting งานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วย Schizoaffective ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD- 10 จำนวน 32 คน ได้รับการแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยไม่มีการสุ่ม เนื่องจากเหตุผลทางคลินิก ลักษณะกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่มมีดังนี้ กลุ่มทดลอง ได้รับกลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping- oriented therapy group) จำนวน 17 คน เป็น ชาย 12 คน หญิง 5 คน อายุเฉลี่ย 30.4 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8.7 ปี จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.5 ครั้ง จำนวนวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 573.1 (S.D= 411.6) กลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มสนับสนุน (Supportive therapy group) จำนวน 15 คน เป็น ชาย 9 คน หญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 31.6 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6.1 ปี จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.5 ครั้ง จำนวนวันที่รับ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 519.6 วัน (S.D= 601.9) กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การบำบัดรักษาและการประเมินจนมีความเข้าใจก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมกลุ่ม (Inform consent) ลักษณะทางประชากร ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนการบำบัด หลังการบำบัด 6 เดือน 12 เดือน และ18 เดือน เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีดังนี้ 1.Knowledge Questionnaire (Hahlweg, Dürr, Muller & Familienbetreuung, 1995) ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)(Overall & Gorham,1962) ใช้ประเมินอาการทางจิต 3. The Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen, 1984) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านลบ 4. Social Interview Schedule (SIS) (Hecht, Faltermaier & Wittchen, 1987) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 5. The Scale for Concept of Illness (Linden, Nather & Wilms, 1988) ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา 6. Stress Coping Questionnaire (Janke, Erdmann & Boucsein, 1985) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย 7. The Freiburg Questionnaire (Muthny & Freiburger, 1989) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย 8. The Competence and Self-control Questionnaire (Krampen, 1991) ใช้ประเมินสมรรถนะและการควบคุมตัวเอง 9. ประเมินการเผชิญกับความเครียดตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Reicherts & Perrez, 1993) สถิติที่ใช้ คือ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน และต่างกลุ่ม ใช้สถิติ Multiple regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
การบำบัด การบำบัด (ต่อ)	ทั้งกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping- oriented therapy) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มการสนับสนุน(Supportive therapy group) ซึ่งเป็นการบำบัดรายกลุ่มใช้เวลาในการดำเนินกลุ่มกิจกรรมครั้งละ 24-90 นาที กระจายออกในระยะเวลา 3 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่ม ละ 4 -7 คน กลุ่มบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping-oriented therapy) ประกอบ ด้วย 4 ส่วน คือ 1. กลุ่มจิตศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แนวคิดความเปราะบางของบุคคล การเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรคจิตเภท การดำเนินโรค และการรักษา 2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด สมาชิกกลุ่มเป็นผู้เลือกสถานการณ์ความเครียด และวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดโดยใช้มุมมองด้านการรู้คิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม และฝึกพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยใช้การแก้ปัญหา (Problem solving) ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมุติ (Role play) 3. การเน้นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ สมาชิกกลุ่มร่วมกันระบุสถานการณ์ที่ทำให้มีความสุข และวิธีการจัดแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีความสุข อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อการผ่อนคลายในชีวิตจริง 4.การให้จิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มสนับสนุน (Supportive therapy group) โดยใช้หลักการบำบัดที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือผู้ป่วยสามารถเลือกหัวข้อที่จะสนทนาได้ตามที่ต้องการอย่างอิสระ ไม่มีการเจาะจงว่าจะเป็นการบำบัดทางการรู้คิด หรือการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งญาติของผู้ป่วยมีโอกาสในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเนื่องจากเหตุผลทางคลินิก
ระดับ	Level III (Controlled trials without randomization)
ผลการวิจัย	การทดสอบในกลุ่มเดียวกัน พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี - ความรู้ในเรื่องโรคและการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.000$) - ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการทางจิตด้านลบลดลงเมื่อสิ้นสุด

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.001, 0.002$) - คุณภาพด้านที่อยู่อาศัย และการทำงานดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.001, 0.000$) - คุณภาพและจำนวนการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.017$) การทดสอบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผลในเรื่องเกี่ยวกับยาและพฤติกรรมการเผชิญ
การสรุป เพื่อนำไปใช้	1. กลุ่มบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping-oriented therapy group) และกลุ่มการสนับสนุน(Supportive therapy group) สามารถใช้กับผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. การบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping- oriented therapy group) และกลุ่มการสนับสนุนช่วยทำให้ - ความรู้ในเรื่องโรคและการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น - ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการทางจิตด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทลดลง - คุณภาพด้านที่อยู่อาศัย การทำงานเพิ่มขึ้น - คุณภาพและจำนวนการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้น 3. กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping oriented therapy) และกลุ่มการสนับสนุนให้ผลในการบำบัดต่อผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการบำบัดนานถึง 18 เดือน 4. กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping-oriented therapy) เป็นการบำบัดรายกลุ่มโดย - จัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มเล็ก ๆ กลุ่ม ละ 4-7 คน - ใช้เวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 24-90 นาที กระจายออกในระยะเวลา 3 เดือน กิจกรรมประกอบ ด้วย 4 ส่วน 1) กลุ่มจิตศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดความเปราะบางของบุคคล การเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรคจิตเภท การดำเนินโรค

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	และการรักษาโรคจิตเภท 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด สมาชิกกลุ่มเป็นผู้เลือกสถานการณ์ความเครียด และวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดโดยใช้มุมมองด้านการรู้คิด อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม และฝึกพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยใช้การแก้ปัญหา (Problem solving) ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมุติ (Role play) 3) การเน้นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ สมาชิกกลุ่มร่วมกันระบุสถานการณ์ที่ทำให้มีความสุข และวิธีการจัดแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีความสุข อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อการผ่อนคลาย 4) การให้จิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว 5. กลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group) โดยใช้หลักการบำบัดที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือผู้ป่วยสามารถเลือกหัวข้อที่จะสนทนาได้ตามที่ต้องการอย่างอิสระ ไม่มีการเจาะจงว่าจะเป็นการบำบัดทางการรู้คิด หรือการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งญาติของผู้ป่วยมีโอกาสในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน 6. การประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีดังนี้ 1) Knowledge Questionnaire (Hahlweg,Dürr, Muller & Familienbetreuung, 1995) ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)(Overall & Gorham, 1962) ใช้ประเมินอาการทางจิต 3) The Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen, 1984) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านลบ 4) Social Interview Schedule (SIS) (Hecht, Faltermaier & Wittchen, 1987) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 5) The Scale for Concept of Illness (Linden, Nather & Wilms, 1988) ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา 6) Stress Coping Questionnaire ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย (Janke, Erdmann & Boucsein, 1985) 7) The Freiburg Questionnaire (Muthny & Freiburger, 1989) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	8)The Competence and Self-control Questionnaire (Krampen, 1991)ใช้ประเมินสมรรถนะและการควบคุมตัวเอง 9) ประเมินการเผชิญกับความเครียดตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Reicherts & Perrez, 1993)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วย Schizoaffective ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping-oriented therapy) และกลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group) ในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางจิตเป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร European Psychiatry ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิต ซึ่งดูแลผู้ป่วยทางจิต หรือเกี่ยวข้องโดยตรงของ Department of Social and Community Psychiatry, University Psychiatry Services Bern, Switzerland. 3.ได้รับทุนสนับสนุนจาก Swiss National Science Foundation and the Ciba-Geigy-Jubilee Foundation 4. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน คือการบำบัดทางจิตใจเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท 2) งานวิจัยนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบผลของกลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วย Schizoaffective พบว่า การบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องโรคและเรื่องการรักษาเพิ่มขึ้น ความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการทางจิตด้านลบ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ลดลง คุณภาพด้านที่อยู่อาศัย และการทำงานดีขึ้น คุณภาพและจำนวนการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้น 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน แต่ไม่มีการระบุสมมุติฐานของการวิจัย 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง ทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) การระบุกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทและ Schizoaffective เท่านั้น ไม่ได้ระบุเกณฑ์อื่น ไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ไม่ได้กล่าวถึง Reliability 7) งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (Design) แบบ Controlled trials without randomized มีการกำหนดลักษณะประชากรทั้ง 2 กลุ่มในเรื่อง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อลดอิทธิพลตัวแปรแทรกซ้อน ไม่ได้ระบุว่าผู้เก็บข้อมูล/ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมหรือไม่ 8) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย ไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9) กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดและกลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group) ในงานวิจัยนี้ระบุระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 24-90 นาที กระจายออกในระยะเวลา 3 เดือน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียด จำนวนครั้งของการบำบัดในแต่ละสัปดาห์และจำนวนครั้งของการบำบัดทั้งหมด 10) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสมคือ 1. Knowledge Questionnaire (Hahlweg, Dürr, Muller & Familienbetreuung, 1995) ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962) ใช้ประเมินอาการทางจิต

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3. The Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen, 1984) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านลบ 4. Social Interview Schedule (SIS) (Hecht, Faltermaier & Wittchen, 1987)ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 5. The Scale for Concept of Illness (Linden, Nather & Wilms, 1988) ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา 6. Stress Coping Questionnaire ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย (Janke, Erdmann & Boucsein, 1985) 7. The Freiburg Questionnaire (Muthny & Freiburger, 1989) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บป่วย 8. The Competence and Self-control Questionnaire (Krampen, 1991)ใช้ประเมินสมรรถนะและการควบคุมตัวเอง 9. ประเมินการเผชิญกับความเครียดตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Reicherts & Perrez, 1993) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างไรก็ดีกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีจำนวนเพียง 17 คน และ 15 คนเท่านั้น 10) ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือทดสอบผลของกลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด (Coping- oriented therapy group) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วย Schizoaffective ช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการทางจิตด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทลดลง คุณภาพด้านที่อยู่อาศัย การทำงาน คุณภาพและจำนวนการติดต่อทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ความรู้ในเรื่องโรคเรื่องการรักษาเพิ่มมากขึ้น 11) ไม่ได้มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย ไม่มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากร และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ Transferability กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group) แก่ผู้ป่วยรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-7 คน ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 24-90 นาที กระจายออกในระยะเวลา 3 เดือน สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียด

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 1	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ของผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพและจิตเวชสามารถนำกลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดและกลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group) ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) กลุ่มการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดและกลุ่มการสนับสนุน (Supportive therapy group)สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการทางจิตด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มคุณภาพด้านที่อยู่อาศัย การทำงาน จำนวนการติดต่อทางสังคม ความรู้ในเรื่องโรค เรื่องการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2: Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia a randomized controlled trial
การเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยการใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra & Gangadhar, 2007

แหล่งที่พิมพ์ : Acta Psychiatrica Scandinavica

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดโดยการใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นระยะเวลา 4 เดือน ต่ออาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับการออกกำลังกายร่วมกับการรักษาด้วยยา วัตถุประสงค์รอง: เพื่อทดสอบผลของการบำบัดโดยการใช้โยคะ ต่อคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับการออกกำลังกาย
ทุน	-
สมมุติฐาน	-
Setting งานวิจัย	เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกของ National Institute of Mental Heath and Neuro Science, Bangalore, India การบำบัด จัดขึ้นในสถานบำบัดเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตัวเองต่อเนื่องที่บ้านอีก 3 เดือน
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- lV และได้รับการยืนยันการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยใช้การสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้างสำหรับ DSM- lV (SCID-IV) ศึกษาช่วงระหว่างเดือน มีนาคม 2003- สิงหาคม 2004 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยจนมีความเข้าใจก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent) โดยมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ร่วมรับฟังการชี้แจง และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนน Clinical Global Impression Severity Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ได้รับยารักษาโรคจิตมาหลายเดือน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และตลอดระยะเวลาการวิจัย ยินดีเข้ารับการฝึกโยคะ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก ปัจจุบันมีความเจ็บป่วย และขาดความสามารถทางด้านร่างกาย ได้แก่โรค Myocardial infarction กระดูกหัก ลมชัก ปัญญาอ่อน ติดสารเสพติด (ยกเว้น nicotine) ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 61 คน สุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์จากตารางเพื่อรับการบำบัดด้วยวิธีโยคะ จำนวน 31 คน (ชาย19 คน หญิง 12 คน) หรือออกกำลังกาย จำนวน 30 คน (ชาย 23 คน หญิง 7 คน) ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้ง 61 คน ไม่ได้รับการบำบัดจนสิ้นสุดโปรแกรมจำนวน 16 คน เนื่องจากไม่สนใจการบำบัด และการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลมีระยะทางไกล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 45 คน ที่ได้รับการฝึกโยคะ และออกกำลังกายครบ 3 สัปดาห์ให้ข้อมูลภายหลังฝึกต่อเนื่องที่บ้านอีก 3 เดือน จำนวน 41 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มโยคะ จำนวน 21 คน และกลุ่มออกกำลังกาย จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 18-55 ปี ลักษณะทางประชากร ลักษณะอาการ และพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และครั้งที่ 2 อีก 4 เดือนต่อมา เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีดังนี้ Positive And Negative Syndrome Scale ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิเภท โดยแพทย์ที่ได้รับฝึกหัดที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 2 ปีขึ้นไปและได้รับการฝึกการใช้ PANSS score ด้วยวีดิโอเทป8ครั้ง Social and Occupational Function Scale (SOFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน Simpson Angus Scale for Extrapyramidal Symptom และ Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) ใช้ประเมินอาการข้างเคียงของยา WHO Quality of life BREF Version (WHOQOL – BREF) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	เปรียบเทียบข้อมูลก่อน และหลังการบำบัดภายในกลุ่มเดียวกันโดยใช้ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้ ANCOVA โดยใช้ อายุเพศ นภาพสมรส ระยะเวลาเจ็บป่วย ขนาดยา ชนิดของยาต้านโรคจิต คะแนนพื้นฐานก่อนการทดลองเป็น covariates
การบำบัด	ผู้ฝึกคนเดียวกันฝึกผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มโยคะ และกลุ่มออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยได้รับการฝึกสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ในสถานบำบัดและผู้ป่วยไปฝึกต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยได้รับการโทรศัพท์ และจดหมายติดตามเดือนละครั้ง กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกโยคะตามแบบ Yogasana ซึ่งเป็นการบำบัดแบบบูรณาการที่พัฒนาโดย Swami Vivekananda Yaga Ansandhana Samsthana (SVYASA) ใช้เวลาฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการฝึก 4 ท่า ได้แก่ a) Sithilikar and Vyayama b) Asanas ใน surya namaskar c) การหายใจ (Breathing practice) d) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) การฝึกแต่ละท่ามีอัตราการฝึก Vyagama : Asanas : Breathing Practice = 1:1:1 โดยไม่มีการฝึกสมาธิ (Meditation) กลุ่มควบคุม ได้รับการฝึกการออกกำลังกายที่ปรับปรุงมาจาก The National Fitness Corps ซึ่งเป็นคู่มือสำหรับการออกกำลังในโรงเรียนมัธยมศึกษา (Middle High and Higher secondary school) ใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเดินสายพาน การวิ่งเหยาะ ๆ การออกกำลังในท่ายืน ท่านั่งและการผ่อนคลาย
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยแบบ Randomized Controlled trials (RCTs)
ระดับของงาน	Level II
ผลการวิจัย	ภายหลังที่ได้รับการฝึกโยคะบำบัด และการออกกำลังผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม ($p \leq 0.01$)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกโยคะมีอาการทางจิตด้านลบ และอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) และมีการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM IV และมีคะแนน Clinical Global Impression Severity Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ไม่มีความเจ็บป่วย และขาดความสามารถทางด้านร่างกาย ได้แก่ โรค Myocardial infarction กระดูกหัก ลมชัก ปัญญาอ่อน ติดสารเสพติด (ยกเว้น nicotine) 2. การฝึกโยคะบำบัด และการฝึกการออกกำลังร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตลดลง การฝึกโยคะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตด้านลบ และอาการซึมเศร้าลดลง และการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น 3. การฝึกโยคะบำบัด ฝึกสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ในสถานบำบัดและผู้ป่วยไปฝึกต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยได้รับการโทรศัพท์ และจดหมายติดตามเดือนละครั้ง 4. การฝึกโยคะมีขั้นตอนการฝึกดังนี้ ได้รับการฝึกโยคะตามแบบ Yogasana ซึ่งเป็นการบำบัดแบบบูรณาการที่พัฒนาโดย Swami Vivekananda Yaga Ansandhana Samsthana (SVYASA) ใช้เวลาฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการฝึก 4 ท่า ได้แก่ a) Sithilikar and Vyayama b) Asanas ใน surya namaskar c) การหายใจ (Breathing practice) d) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) โดยมีอัตราการฝึก Vyagama : Asanas : Breathing Practice = 1:1:1 โดยไม่มีการฝึกสมาธิ (Meditation) 5. การฝึกการออกกำลังมีขั้นตอนการฝึกดังนี้

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ได้รับการฝึกการออกกำลังกายที่ปรับปรุงมาจาก The National Fitness Corps ซึ่งเป็นคู่มือสำหรับการออกกำลังในโรงเรียนมัธยมศึกษา (Middle High and Higher secondary school) ใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเดินสายพาน การวิ่งเหยาะ ๆ การออกกำลังในท่ายืน ท่านั่ง และการผ่อนคลาย 6. การประเมินผลลัพธ์ 1) Positive And Negative Syndrome Scale โรคจิตเภท (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิเภท โดยแพทย์ที่ได้รับฝึกหัดที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 2 ปีขึ้นไป และได้รับการฝึกการใช้ PANSS score ด้วย วีดิโอเทป 8 ครั้ง 2)Social and Occupational Function Scale (SOFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน 3) WHO Quality of life BREF Version (WHOQOL–BREF) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการตรวจสอบผลของการบำบัดโดยการใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยา เปรียบเทียบกับการออกกำลังกาย ต่ออาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอันจะช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต การใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการทางจิตเป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการและการติดตามข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Acta Psychiatrica Scandinavica ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิต ซึ่งดูแลผู้ป่วยทางจิต หรือเกี่ยวข้องโดยตรงของ Depatment of Psychiatry, National Instate of Mental Health and Neuro sciences, Bangalore, India. 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ การเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยการใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทกับ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	การออกกำลังกายร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการทางจิต 2) งานวิจัยนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดโดยการใช้โยคะร่วมกับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลา 4 เดือนในผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการทางจิต เมื่อเปรียบเทียบกับการออกกำลังกาย และทดสอบผลของการบำบัดโดยการใช้โยคะ ต่อคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกโยคะบำบัด และฝึกการออกกำลังทำให้มีระดับอาการทางจิตลดลง และมีการทำหน้าที่ทางสังคมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมดีขึ้น 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ได้ให้เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด ว่าเป็นเพราะเหตุใด 6) มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(Design) เป็น RCTs งานวิจัยนี้ระบุลักษณะทางประชากร ลักษณะอาการ และพยาธิสภาพของความเจ็บป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน 7) งานวิจัยนี้มีการระบุในเรื่องการให้ข้อมูลที่ชัดเจนทั้งกับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มญาติ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม คือ Positive And Negative Syndrome Scale โรคจิตเภท (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยแพทย์ที่ได้รับฝึกหัดที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 2 ปีขึ้นไปและได้รับการฝึกการใช้ PANSS score ด้วยวีดิโอเทป 8 ครั้ง Social and Occupational Function Scale (SOFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน WHO Quality of life BREF Version (WHOQOL-BREF) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย 10) ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ ภายหลังที่ได้รับการ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 2	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ฝึกโยคะบำบัด และฝึกการออกกำลังผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกโยคะมีอาการทางจิตด้านลบ และอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ Transferability การฝึกโยคะบำบัดและฝึกการออกกำลังกาย ฝึกสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ในสถานบำบัดและผู้ป่วยไปฝึกต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยได้รับการโทรศัพท์และจดหมายติดตามเดือนละครั้ง สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในหน่วยงานของผู้ศึกษา 2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพและจิตเวชสามารถนำกลุ่มการฝึกโยคะบำบัดและฝึกการออกกำลังกาย ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับโยคะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ อุปกรณ์การฝึกโยคะและฝึกการออกกำลังกายไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้ วิธีการปฏิบัติตัว ฯลฯ 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้(Cost-benefit ratio) การฝึกโยคะบำบัดและฝึกการออกกำลังกาย เพื่อช่วยเพิ่มในการผ่อนคลายอันส่งผลต่อความสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการทางจิตด้านลบและการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมดีขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3: Effectiveness of a Work – Relate Stress Management Program in Patient with Chronic schizophrenia
ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อผู้แต่ง: Lee, Tan, Ma, Tsai, & Liu, 2006

แหล่งตีพิมพ์: The American Journal of Occupational Therapy

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงาน
ทุน	Central Region of, Department of Health, Taiwan
สมมุติฐาน	1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานจะมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีระดับความเครียดจากการทำงานลดลงจากก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานมีระดับความเครียดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Setting งานวิจัย	เป็นผู้ป่วยใน (In patient) ที่อยู่ใน Psychiatric center in Nantou County, Taiwan.
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนของสถาบัน และผู้ป่วยเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยโรคจิตเภทเรื่อรัง (Chronic Schizophrenia) ที่ทำงานแบบบางเวลา (Part time)และได้ค่าตอบแทน ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับ 4 หรือระดับ 5 ซึ่งประเมินโดยเกณฑ์ การจัดระดับความสามารถในการทำงานของศูนย์อาชีวบำบัด (Center's part time paid job program) โดยพิจารณาจาก ขอบเขตความตั้งใจ (Attention span) ความสามารถในการใช้มือ ความสามารถในการทำงาน และความต้องการการนิเทศ ศูนย์อาชีวะบำบัดมีงานให้ผู้ป่วยทำหลายประเภท โดยผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้น ส่งเสริมให้เลือกงานตามความถนัดและความสามารถของตัวเอง เกณฑ์การคัดเข้า

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนความเครียดจากการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสูงกว่า 15 คะแนน ผู้ป่วยทุกรายยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และได้รับยารักษาโรคจิตที่คงที่ ไม่มีการปรับยาภายใน 3 เดือน ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 31 คน ชาย 22 คน หญิง 9 คน ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน 3 สัปดาห์ มีผู้ป่วยจำนวน 2 คน ขอถอนตัวออกจากการวิจัย เนื่องจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 คน และย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกายเพื่อรับการรักษาด้วยโรคมะเร็งอีก 1 คน รวมเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 29 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานจำนวน คน 14 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพื้นฟูตามปกติ จำนวน 15 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.4 ปี ลักษณะทางประชากรและระดับความเครียดจากการทำงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความเครียดจากการทำงาน (WSQP) เมื่อก่อนเริ่มต้นโปรแกรม เมื่อ 12 สัปดาห์ (สิ้นสุดการทดลองทันที) และ 24 สัปดาห์ (หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ The Work –Related stress Questionnaire for chronic Psychiatric Patient (WSQP) ใช้ประเมินความเครียดจากการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเครียด และอาการที่เกิดจากความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 ส่วน มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน 2) โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน 3) สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน 4) ความสำเร็จในอาชีพ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน 6) อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับใด โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง ผู้วิจัยประเมินความความตรง (validity) เชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และสนทนากลุ่ม (Focus group) ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 12 คน นำข้อคำถามมาปรับปรุง และนำข้อคำถามที่ได้ไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 61 คน โดยวัด 2 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ เพื่อวัด Internal consistency ด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าตั้งแต่ 0.63-0.74 วัด test-retest reliability ด้วย Interclass Correlation Coefficient (ICC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.76 - 0.88 และหาความสัมพันธ์ระหว่าง WSQP กับ Labor's Job Stress Inventory ได้ค่าตั้งแต่ 0.46 - 0.51 ผู้วิจัยใช้ Independent t-test ทดสอบสมมุติฐานที่ 1 และใช้ Paired t-test ทดสอบสมมุติฐานที่ 2 และ 3
การบำบัด	โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน (Work – Related Stress management program) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ๆ ละ1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยหลัก เป็นนักอาชีวะบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ในภาควิชาอาชีวะบำบัดของศูนย์จิตเวชไต้หวัน เนื้อหาของโปรแกรมใช้หลักการการจัดการความเครียดจากการทำงานของ Mathney et al. (1986) และ Wolfgang (1995) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ที่มีผลต่ออารมณ์ความคิด และพฤติกรรม เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความวิตกกังวลและความโกรธ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ เช่น หายใจลึก ๆ (Deep breathing) การเดินอย่างภาคภูมิ (Strut) และการออกกำลังกาย (Exercise) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) และฝึกปฏิบัติวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ พัฒนาแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดโดยการฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertiveness training) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem–Solving skill) ซึ่งการฝึกแต่ละทักษะปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์การทำงานที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤติและอุปสรรคในการทำงาน

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งผู้บำบัดคำนึงถึงอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เวลา 15-20 นาทีเพื่ออุ่นเครื่องและเพิ่มแรงจูงใจ บรรยายอย่างสั้นและกระชับ (เนื่องจาก ผู้ป่วยมีสมาธิสั้น) ให้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติเพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียดและให้การบ้านเพื่อเสริมแรงในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม
ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้วิจัยใช้ Randomized Crossover design เนื่องจากประเด็นทางจริยธรรม โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม A จำนวน 14 คน และ กลุ่ม B จำนวน 15 คน โดย กลุ่ม A ได้รับ Stress management program กลุ่ม B ได้รับการพื้นฟูตามปกติ เมื่อครบ 12 สัปดาห์ต่อมา สลับกลุ่มกันโดย กลุ่ม B ได้รับ Stress management program กลุ่ม A ได้รับการพื้นฟูตามปกติ
ระดับงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยกลุ่ม A ร้อยละ 96.1 และผู้ป่วยกลุ่ม B ร้อยละ 96.9 อยู่ร่วมงานวิจัยจนครบ 24 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการความเครียดจากการทำงาน มีคะแนนความเครียดที่เกิดจากการทำงานโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการฝึก 12 สัปดาห์แรก ($t = 2.87, p = 0.0039, r = 0.48$) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีระดับความเครียดจากการทำงานลดลงจากก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.93, p=0.0034, r=0.49$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1 โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน (work – Related Stress management program) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม ใช้ในผู้ป่วยในจิตเภทเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) ที่มีคะแนนความเครียดจากการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (WQSP) สูงกว่า 15 คะแนน มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และได้รับยาทางจิตเวชที่คงที่ ไม่มีการปรับยาภายใน 3 เดือน สามารถควบคุมตัวเองได้ เป็นผู้ป่วยจิตเวชใน (In patient)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2 โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานช่วยทำให้ผู้ป่วยในจิตเภทเรื้อรังมีความเครียดจากการทำงานโดยรวมลดลง 3 คุณสมบัติของผู้บำบัดคือ เป็นนักอาชีวะบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 4 โปรแกรมจัดการความเครียดจากการทำงาน มีรายละเอียดดังนี้ 1) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรายกลุ่ม 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 2) เนื้อหาของโปรแกรมใช้หลักการการจัดการความเครียดจากการทำงานของ Mathney et al. (1986) และ Wolfgang (1995) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ที่มีผลต่ออารมณ์ความคิด และพฤติกรรม เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความวิตกกังวลและความโกรธ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ เช่น หายใจลึก ๆ (Deep breathing) การเดินอย่างภาคภูมิ (Strut) และการออกกำลังกาย (Exercise) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) และฝึกปฏิบัติวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ พัฒนาแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดโดยการฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertiveness training) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem – Solving skill) ซึ่งการฝึกแต่ละทักษะปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์การทำงานที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤติและอุปสรรคในการทำงาน การจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งผู้บำบัดคำนึงถึงอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เวลา 15-20 นาทีเพื่ออุ่นเครื่องและเพิ่มแรงจูงใจ บรรยายอย่างสั้นและกระชับ (เนื่องจาก ผู้ป่วยมีสมาธิสั้น) ให้ป่วยแสดงบทบาทสมมุติเพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียดและให้ การบ้านเพื่อเสริมแรงในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม 5 การประเมินผลลัพธ์ The Work – Related stress Questionnaire for chronic Psychiatric Patient (WSQP) ใช้ประเมินความเครียดจากการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ความเครียด และอาการที่เกิดจากความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน 2) โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน 3) สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน 4) ความสำเร็จในอาชีพ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน 6) อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับใด โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง มีค่า Cronbach's alpha ตั้งแต่ 0.63-0.74
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงานซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน(work – Related Stress management program) ในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการและการติดตามข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร ใน The American Journal of Occupational Therapy ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันชุมชน ซึ่งดูแลผู้ป่วยทางจิต 3 ได้รับทุนสนับสนุนจาก Central Region of, Department of Health, Taiwan 4. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน คือผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงาน 2) งานวิจัยนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบผลโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงานขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	การจัดการความเครียดในเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งผลพบว่า โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความเครียดจากการทำงานโดยรวมลดลง 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมุติฐานของการวิจัยอย่างชัดเจน 4) มีการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุ กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ได้ให้เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด ว่าเป็นเพราะเหตุใด 6) เครื่องมืออ้างถึง Reliability เชื่อถือได้ วิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าสถิติเหมาะสมเชิงวิจัย 7) มีการระบุว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(Design)เป็น Randomized Crossover design ชนิด Single–blind งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนอย่างไรงานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าผู้เก็บข้อมูล/ ผู้บำบัดรู้ถึงสถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมหรือไม่ 8) งานวิจัยนี้ได้มีการระบุการรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ แต่งานวิจัยไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9) ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม คือ The Work – Related stress Questionnaire for chronic Psychiatric Patient (WSQP) ใช้ประเมินความเครียดจากการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มี 26 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน 2) โครงสร้างและบรรยากาศของสถานที่ทำงาน 3) สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน 4) ความสำเร็จในอาชีพ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและบ้าน 6) อาการทางจิต โดยประเมินว่ามีสถานการณ์ความเครียดใน 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีค่า Cronbach's alpha ตั้งแต่ 0.63-0.74 การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 3	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	10) ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการความเครียดจากการทำงานมีคะแนนความเครียดที่เกิดจากการทำงานโดยรวมลดลง 11) ไม่ได้มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย ไม่มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากร และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน (work – Related Stress management program) แก่ผู้ป่วยในเป็นรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน สามารถลดความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4: Training in social problem solving among persons with schizophrenia
การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง: Liberman, Eckman, Marder, 2001

แหล่งพิมพ์: Psychiatric Service

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่ออธิบายชุดการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก เพื่อประเมินผลชุดการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม
ทุน	The Intervention Research center for Treatment and Rehabilitation of Psychosis ทุนที่ MH-309II the National Institute of Mental Health ทุนที่ MH-41573
สมมุติฐาน	-
Setting	ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรทหารผ่านศึก คาริฟอเนีย (Veterans Affairs (VA) Hospital, California)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่อาศัยในบ้านหรืออพาตเม้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือ Schizoaffective โดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้าง (The Structured Clinical Interview) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-III- R (SSID) โดยผู้วินิจฉัยที่ได้รับการฝึกเป็นผู้ประเมินที่ถูกต้อง (accuracy) และชื่อถือได้ (reliability) และข้อมูลจาก แหล่งอื่น ๆ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม 1. กลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน ได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (Training social Problem Solving) 2. กลุ่มควบคุม จำนวน 37 คน ได้รับกลุ่มสนับสนุน (Supportive group therapy) ลักษณะทางประชากร ขนาดยารักษาโรคจิตที่ได้รับของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการทดลองจำนวน 75 คนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชาย (90 %) เนื่องจากการวิจัยทำในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก มีอายุเฉลี่ย 38.7 ± 8.8 ปี ป่วยมาแล้ว 13.2 ± 8.9 ปี และมากกว่า 85 % มีสถานภาพโสด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดมีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการประเมินทั้งก่อนและหลังการบำบัดจำนวน

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
	53 คน 48% เป็นชาวแอฟริกาอเมริกัน 13% เป็นชาวสเปน 2% เป็นชาวเอเชีย 37% เป็นชาวคอเคเซียน
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินก่อน และหลังการบำบัดทันที เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ The Assessment of Interpersonal Problem Solving Skill (AIPSS) ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม โดยการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยา และแสดงบทบาทสมมุติ ประกอบด้วย วีดิโอเทปสถานการณ์สั้น ๆ จำนวน 13 เรื่อง ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคมระหว่างคน 2 คน จำนวน 10 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นสถานการณ์ที่เป็นกลาง ผู้ประเมินทดสอบโดยการเปิดวีดิโอเทปสถานการณ์ให้ผู้ป่วยดูทีละสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่าปัญหาของเรื่องนี้คืออะไร และสมมุติว่าถ้าคุณเป็นคนในสถานการณ์นั้น คุณจะพูดอย่างไร และทำอย่างไร
การบำบัด	กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (Training social Problem solving) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มสนับสนุน (Supportive group therapy) โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการฝึกทักษะ 1 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มบำบัดแต่ละกลุ่มมีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4-6 คน การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (Training social Problem solving) มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการในการการระบุปัญหา และเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้สำเร็จ ประกอบด้วย 1. คู่มือสำหรับผู้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมซึ่งจะอธิบายขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินการกลุ่มในแต่ละครั้งอย่างละเอียด 2. วีดิโอเทปในการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 2.1 การแก้ปัญหาทางสังคม ในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหา 2) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา 3) พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก 4) ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้ 5) วางแผนในการปฏิบัติตามทางที่เลือกนั้น 2.2 สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกให้ผู้รับการฝึกมีความพร้อมในการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 15 สถานการณ์ ดังนี้ สถานการณ์ที่ 1 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง : มีสุภาพสตรีคนหนึ่งนั่งสูบบุหรี่ที่โต๊ะ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	อาหาร และเธอก็ยังสูบต่อไปแม้ว่าจะได้รับการเตือนว่าเธอสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ สถานการณ์ที่ 2 ที่บ้าน: เพื่อนกำลังช่วยเพื่อนอีกคนทำการบ้านที่ได้รับจากโรงเรียน และมีความขัดแย้งกันเมื่อเพื่อนคนหนึ่งแนะนำว่าให้หนีเรียนไปชมการแสดงดนตรีที่จะจัดขึ้น สถานการณ์ที่ 3 ที่ห้องทำงานของแพทย์: แพทย์พูดกับผู้ป่วยของเขาว่าต้องการให้เธอว่ายน้ำวันละครึ่งชั่วโมงเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น เธอบอกกับแพทย์ว่าเธอไม่ชอบว่ายน้ำ แต่แพทย์ยังยืนยันว่าการว่ายน้ำเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด สถานการณ์ที่ 4 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง: บริกรในร้านนำอาหารผิดชนิดมาส่งให้ สถานการณ์ที่ 5 ที่สำนักงาน: หัวหน้างานขอร้องให้เลขานุการอยู่ทำงานที่ได้รับมอบหมายต่อให้เสร็จหลังเลิกงาน เลขานุการบอกว่าไม่สามารถอยู่ต่อได้ เนื่องจากมีนัดไว้ก่อนหน้านี้แล้ว แต่หัวหน้างานยืนยันจะให้เธออยู่ทำงานล่วงเวลา สถานการณ์ที่ 6 ที่ร้านค้า: ลูกค้าขอดูรายการสินค้าลดราคา แต่คนขายกลับแสดงรายการสินค้ารุ่นหรูหราที่ไม่ได้ลดราคาซึ่งราคาสินค้าสูงกว่าที่ลูกค้าจะสามารถซื้อได้ ลูกค้าจึงยืนยันว่าต้องการขอดูรายการสินค้าลดราคา คนขายก็ยังยืนยันที่จะขายสินค้ารุ่นหรูหราที่ไม่ลดราคา สถานการณ์ที่ 7 ที่บ้าน: เพื่อน 2 นั่งดูรายการฟุตบอลด้วยกัน ในขณะที่นั่งดูรายการอยู่นั้นเพื่อนคนที่ 1 เปลี่ยนช่องไปดูช่องอื่น เพื่อนคนที่ 2 จึงเปลี่ยนกลับมาและบอกว่าฉันยังดูอีกช่องไม่จบ สถานการณ์ที่ 8 ที่บริษัทประกันภัย : ผู้พิการที่ขอรับเงินประกันขอร้องให้เจ้าหน้าที่ธุรการตรวจดูเช็คเงินสดงวดที่ผ่านมาเนื่องจากผู้พิการยังไม่ได้รับเช็ค และเลยเวลาจ่ายค่าเช่าบ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ธุรการแจ้งกับผู้พิการว่าเช็คอาจล่าช้าจากการส่งทางไปรษณีย์ และหันไปให้ความสนใจผู้ที่เข้าแถวรอคนต่อไป สถานการณ์ที่ 9 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง: ลูกค้าบอกกับบริกรว่าลืมกระเป๋าสตางค์และไม่มีเงินจ่ายค่าอาหาร บริกรพูดกับลูกค้าคนนั้นอย่างไม่แสดงความนับถือว่าที่นี่ไม่ได้ให้กินอาหารฟรี สถานการณ์ที่ 10 ที่ร้านเครื่องใช้ไฟฟ้า: ลูกค้าย้อนกลับมาบอกผู้ขายในวันรุ่งขึ้นว่า สเตอร์ริโอที่ซื้อไปจากร้านนั้นใช้การไม่ได้ ผู้ขายบอกว่าฉันก็ทำอะไรไม่ได้เหมือนกัน สถานการณ์ที่ 11 ที่บ้าน: เพื่อนสองคนวางแผนว่าจะไปชมการแสดง

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ดนตรีด้วยกัน คนที่หนึ่งจึงไปซื้อตั๋วชมการแสดงแต่ไม่สามารถไปชมการแสดงได้ จึงบอกเพื่อนอีกคนว่าเขากำลังจะเอาตั๋วทั้ง 2 ใบไปขายให้คนอื่น สถานการณ์ที่ 12 ที่สำนักงานแพทย์: ผู้ชายคนหนึ่งมาบอกกับพนักงานต้อนรับว่ามีนัดกับแพทย์กับผู้รักษาเวลา บ่ายโมงครึ่ง ในขณะนั้นมีผู้หญิงอีกคนเดินเข้ามาบอกว่าเธอมีนัดกับแพทย์ เวลาบ่ายสองโมง พนักงานต้อนรับได้หันไปให้ความสนใจกับผู้หญิงคนที่ 2 ขณะที่ยังไม่จบการสนทนากับชายคนที่ 1 สถานการณ์ที่ 13 ที่ร้านเครื่องใช้ไฟฟ้า: ลูกค้าคนที่ 1 มาขอความช่วยเหลือจากพนักงานขาย ซึ่งขณะนั้นพนักงานขายกำลังพูดโทรศัพท์จึงบอกให้ลูกค้าคนที่ 1 รอสักครู่ ในขณะที่พนักงานขายการพูดโทรศัพท์เสร็จจึงหันไปให้บริการลูกค้าคนที่ 2 ที่เพิ่งเดินเข้ามาก่อนลูกค้าคนที่ 1 สถานการณ์ที่ 14 ที่สำนักงาน: ผู้ชายและผู้หญิงคุยกันและพบว่ามีความสนใจเรื่องกอล์ฟเหมือนกันผู้หญิงจึงชวนผู้ชายให้ไปตีกอล์ฟด้วยกันในวันเสาร์นี้ แต่ผู้ชายปฏิเสธเพราะเขามีนัดตีกอล์ฟกับคนอื่นในวันเสาร์นี้เช่นกัน สถานการณ์ที่ 15 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง: ลูกค้าพบว่าพนักงานต้อนรับในร้านอาหารจดรายการอาหารไม่ถูกต้องเมื่อเธออ่านทวนรายการอาหารกลับให้ลูกค้าฟัง ในการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมแต่ละครั้งผู้ฝึกจะให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามสมมุติตัวเองเป็นบุคคลในสถานการณ์ เช่น เมื่อไปรับการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน แต่พนักงานต้อนรับบอกว่าผู้ที่จะสัมภาษณ์คุณกลับไปแล้ว ดังนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นคือบุคคลในสถานการณ์สมมุติพบอุปสรรคในการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน การเรียนรู้การแก้ปัญหาขั้นตอนต่อไป คือการหาทางเลือกในการจัดการอุปสรรค เช่น โดยอาจถามพนักงานต้อนรับว่ามีคนอื่นในสำนักงานนี้ที่จะสัมภาษณ์แทนได้หรือไม่ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเน้นการโต้ตอบทั้งคำพูดและ ท่าทางที่มีผลต่อปฏิกิริยาของคู่สนทนา ซึ่งผู้ฝึกจะเปิดวีดิโอเทปที่แสดงถึงการเผชิญปัญหาทางสังคมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเภทดู และให้คำแนะนำ ถามคำถามผู้ป่วยจิตเภทตามคู่มือเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจเนื้อหาในวีดิโอเทป ให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมโดยการแสดงบทบาทสมมุติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับจนกว่าจะมีทักษะเป็นที่พอใจ กลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มสนับสนุน(Supportive group therapy)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ในกลุ่มสนับสนุนผู้ฝึกใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาที่ประสบในการดำเนินชีวิตและนำเสนอการแก้ปัญหาทางสังคมแบบไม่มีโครงสร้าง ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยสมาชิกอื่นในการแก้ปัญหา แต่เป็นการแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นทางการ ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่จบปริญญาเอกและมีประสบการณ์ในการทำงาน
ระเบียบวิธีวิจัย	Controlled trials without randomized โดยแบ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม
ระดับของงาน	Level III
ผลการวิจัย	1. หลังจากให้โปรแกรมกับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือ กลุ่มการแก้ปัญหาทางสังคมและ กลุ่มสนับสนุน พบว่า 90 % ของผู้ป่วยทั้ง2 กลุ่มสามารถระบุประเด็นปัญหาได้ถูกต้อง และชัดเจนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) 2. ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มสามารถอธิบายประเด็นปัญหา อุปสรรค และเป้าหมายที่แท้จริง ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) 3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับชุดการสอนทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมจะมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใน 4 เรื่อง คือ 1) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา ($p < 0.03$) 2) เลือกทางเลือกที่เหมาะสม ($p< 0.02$) 3) คุณภาพของทักษะทั้งคำพูดและท่าทางในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมในสถานการณ์สมมุติ ($p < 0.04$) 4) คุณภาพของทักษะโดยภาพรวมในบทบาทสมมุติ ($p < 0.02$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (Training social problem solving) ใช้ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ DSM III R ว่าป่วยเป็นโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder เป็นผู้ที่มีอาการทางจิตคงที่ 2. การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภท - อธิบายประเด็นปัญหา อุปสรรค และเป้าหมายที่แท้จริงได้เพิ่มขึ้น - หาทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น - การเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- ทักษะทั้งคำพูดและท่าทางในการแก้ปัญหาในสถานการณ์สมมุติสูงขึ้น - คุณภาพของทักษะโดยภาพรวมในบทบาทสมมุติเพิ่มขึ้น 3. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มสนับสนุนสามารถระบุประเด็นปัญหาได้ถูกต้องและชัดเจนเพิ่มขึ้น 4.การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเภท (Training social problem solving) มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการในการระบุปัญหา และเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้สำเร็จระยะเวลาในการฝึกทักษะ 1 ครั้ง/ สัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือน กลุ่มบำบัดแต่ละกลุ่มมีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4-6 คน ประกอบด้วย 1) คู่มือสำหรับผู้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมซึ่งจะอธิบายขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินการกลุ่มในแต่ละครั้งอย่างละเอียด 2) วีดิโอเทปในการดำเนินการกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 2.1 การแก้ปัญหาทางสังคม ในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ ก) การระบุปัญหา ข) หาทางเลือกในการแก้ปัญหา ค) พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ง) ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้ จ) วางแผนในการปฏิบัติตามทางที่เลือกนั้น 2.2 สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกให้ผู้รับการฝึกมีความพร้อมในการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 15 สถานการณ์ ดังนี้ สถานการณ์ที่ 1 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง : มีสุภาพสตรีคนหนึ่งนั่งสูบบุหรี่ที่โต๊ะอาหาร และเธอก็ยังสูบต่อไปแม้ว่าจะได้รับการเตือนว่าเธอสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ สถานการณ์ที่ 2 ที่บ้าน: เพื่อนกำลังช่วยเพื่อนอีกคนทำการบ้านที่ได้รับจากโรงเรียน และมีความขัดแย้งกันเมื่อเพื่อนคนหนึ่งแนะนำว่าให้หนีเรียนไปชมการแสดงดนตรีที่จะจัดขึ้น สถานการณ์ที่ 3 ที่ห้องทำงานของแพทย์: แพทย์พูดกับผู้ป่วยของเขาว่าต้องการให้เธอว่ายน้ำวันละครึ่งชั่วโมงเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น เธอบอกกับแพทย์ว่าเธอไม่ชอบว่ายน้ำ แต่แพทย์ยังยืนยันว่าการว่ายน้ำเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด สถานการณ์ที่ 4 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง: บริกรในร้านนำอาหารผิดชนิดมาส่งให้ สถานการณ์ที่ 5 ที่สำนักงาน: หัวหน้างานขอร้องให้เลขานุการอยู่ทำงานที่

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ได้รับมอบหมายต่อให้เสร็จหลังเลิกงาน เลขานุการบอกว่าไม่สามารถอยู่ต่อได้ เนื่องจากมีนัดไว้ก่อนหน้านี้แล้ว แต่หัวหน้างานยืนยันจะให้เธออยู่ทำงานล่วงเวลา สถานการณ์ที่ 6 ที่ร้านค้า: ลูกค้าขอดูรายการสินค้าลดราคา แต่คนขายกลับแสดงรายการสินค้ารุ่นหรูหราที่ไม่ได้ลดราคาซึ่งราคาสินค้าสูงกว่าที่ลูกค้าจะสามารถซื้อได้ ลูกค้าจึงยืนยันว่าต้องการขอดูรายการสินค้าลดราคา คนขายก็ยังยืนยันที่จะขายสินค้ารุ่นหรูหราที่ไม่ลดราคา สถานการณ์ที่ 7 ที่บ้าน: เพื่อน 2 นั่งดูรายการฟุตบอลด้วยกัน ในขณะที่นั่งดูรายการอยู่นั้นเพื่อนคนที่ 1 เปลี่ยนช่องไปดูช่องอื่น เพื่อนคนที่ 2 จึงเปลี่ยนกลับมาและบอกว่าฉันยังดูอีกช่องไม่จบ สถานการณ์ที่ 8 ที่บริษัทประกันภัย : ผู้พิการที่ขอรับเงินประกันขอร้องให้เจ้าหน้าที่ธุรการตรวจดูเช็คเงินสดงวดที่ผ่านมาเนื่องจากผู้พิการยังไม่ได้รับเช็ค และเลยเวลาจ่ายค่าเช่าบ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ธุรการแจ้งกับผู้พิการว่าเช็คอาจล่าช้าจากการส่งทางไปรษณีย์ และหันไปให้ความสนใจผู้ที่เข้าแถวรอคนต่อไป สถานการณ์ที่ 9 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง : ลูกค้าบอกกับบริกรว่าลืมกระเป๋าสตางค์และไม่มีเงินจ่ายค่าอาหาร บริกรพูดกับลูกค้าคนนั้นอย่างไม่แสดงความนับถือว่าที่นี่ไม่ได้ให้กินอาหารฟรี สถานการณ์ที่ 10 ที่ร้านเครื่องใช้ไฟฟ้า: ลูกค้าย้อนกลับมาบอกผู้ขายในวันรุ่งขึ้นว่า สเตอร์ริโอที่ซื้อไปจากร้านนั้นใช้การไม่ได้ ผู้ขายบอกว่าฉันก็ทำอะไรไม่ได้เหมือนกัน สถานการณ์ที่ 11 ที่บ้าน: เพื่อนสองคนวางแผนว่าจะไปชมการแสดงดนตรีด้วยกัน คนที่หนึ่งจึงไปซื้อตั๋วชมการแสดงแต่ไม่สามารถไปชมการแสดงได้ จึงบอกเพื่อนอีกคนว่าเขากำลังจะเอาตั๋วทั้ง 2 ใบไปขายให้คนอื่น สถานการณ์ที่ 12 ที่สำนักงานแพทย์: ผู้ชายคนหนึ่งมาบอกกับพนักงานต้อนรับว่ามีนัดกับแพทย์กับผู้รักษาเวลา บ่ายโมงครึ่ง ในขณะนั้นมีผู้หญิงอีกคนเดินเข้ามาบอกว่าเธอมีนัดกับแพทย์ เวลาบ่ายสองโมง พนักงานต้อนรับได้หันไปให้ความสนใจกับผู้หญิงคนที่ 2 ขณะที่ยังไม่จบการสนทนากับชายคนที่ 1 สถานการณ์ที่ 13 ที่ร้านเครื่องใช้ไฟฟ้า: ลูกค้าคนที่ 1 มาขอความช่วยเหลือจากพนักงานขาย ซึ่งขณะนั้นพนักงานขายกำลังพูดโทรศัพท์จึงบอกให้ลูกค้าคนที่ 1 รอสักครู่ ในขณะที่พนักงานขายการพูดโทรศัพท์เสร็จจึงหัน

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ไปให้บริการลูกค้าคนที่ 2 ที่เพิ่งเดินเข้ามาก่อนลูกค้าคนที่ 1 สถานการณ์ที่ 14 ที่สำนักงาน: ผู้ชายและผู้หญิงคุยกันและพบว่ามีความสนใจเรื่องกอล์ฟเหมือนกันผู้หญิงจึงชวนผู้ชายให้ไปตีกอล์ฟด้วยกันในวันเสาร์นี้ แต่ผู้ชายปฏิเสธเพราะเขามีนัดตีกอล์ฟกับคนอื่นในวันเสาร์นี้เช่นกัน สถานการณ์ที่ 15 ที่ภัตตาคารแห่งหนึ่ง: ลูกค้าพบว่าพนักงานต้อนรับในร้านอาหารจดรายการอาหารไม่ถูกต้องเมื่อเธออ่านทวนรายการอาหารกลับให้ลูกค้าฟัง ในการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมแต่ละครั้งผู้ฝึกจะให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามสมมุติตัวเองเป็นบุคคลในสถานการณ์ เช่นเมื่อไปรับการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน แต่พนักงานต้อนรับบอกว่าผู้ที่จะสัมภาษณ์คุณกลับไปแล้ว ดังนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นคือบุคคลในสถานการณ์สมมุติพบอุปสรรคในการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน การเรียนรู้การแก้ปัญหาขั้นตอนต่อไป คือการหาทางเลือกในการจัดการอุปสรรค เช่น โดยอาจถามพนักงานต้อนรับว่ามีคนอื่นในสำนักงานนี้ที่จะสัมภาษณ์แทนได้หรือไม่ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเน้นการโต้ตอบทั้งคำพูดและ ท่าทางที่มีผลต่อปฏิกิริยาของคู่สนทนา ซึ่งผู้ฝึกจะเปิดวีดิโอเทปที่แสดงถึงการเผชิญปัญหาทางสังคมที่ดีและไม่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทดู และให้คำแนะนำ ถามคำถามผู้ป่วยจิตเภทตามคู่มือเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจเนื้อหาในวีดิโอเทป ให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมโดยการแสดงบทบาทสมมุติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับจนกว่าจะมีทักษะเป็นที่พอใจ 5. กลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มสนับสนุน (Supportive group therapy) ในกลุ่มสนับสนุนผู้ฝึกใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาที่ประสบในการดำเนินชีวิตและนำเสนอการแก้ปัญหาทางสังคมแบบไม่มีโครงสร้าง ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยสมาชิกอื่นในการแก้ปัญหา แต่เป็นการแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นทางการ ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่จบปริญญาเอกและมีประสบการณ์ในการทำงาน 6. การประเมินผลลัพธ์ The Assessment of Interpersonal Problem Solving Skill (AIPSS) ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม โดยการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยาและบทบาทสมมุติ ประกอบด้วย

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	วีดิโอเทปสถานการณ์สั้น ๆ จำนวน 13 เรื่อง ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคมระหว่างคน 2 คน จำนวน 10 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นสถานการณ์ที่เป็นกลาง ผู้ประเมินทดสอบโดยการเปิดวีดิโอเทปสถานการณ์ให้ผู้ป่วยดูทีละสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่าปัญหาของเรื่องนี้คืออะไร และสมมุติว่าถ้าคุณเป็นคนในเหตุการณ์นั้น
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการประเมินผลของการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงซึ่งมีความสอดคล้องตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ คือการส่งเสริความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยลดความเครียด และอาการทางจิต การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการประเมินทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Psychiatric service ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ศึกษาทำงานอยู่ที่มหาวิทยาลัยคาริฟอเนีย ลอสแองเจอรีส (UCLA) ซึ่งเป็นศูนย์กลางงานวิจัยการฟื้นฟูและรักษาผู้ป่วยจิต 3.ได้รับทุนสนับสนุนจาก the Intervention Research center for Treatment and Rehabilitation of Psychosis ทุนที่ MH-309II และ the National Institute of Mental Health ทุนที่ MH-41573 4. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท 2) ในงานวิจัยนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการในการการระบุปัญหา และเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันให้ประสบความสำเร็จ ทำในผู้ป่วยจิตเภท 53 คน พบว่า หลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมระหว่างบุคคลสามารถระบุประเด็นปัญหา

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	อุปสรรค เป้าหมายที่แท้จริงได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น คือ สามารถหาทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น สามารถเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น คุณภาพของทักษะทั้งคำพูดและท่าทางในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมในสถานการณ์สมมุติสูงขึ้น คุณภาพของทักษะโดยภาพรวมในบทบาทสมมุติเพิ่มขึ้น 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 4) มีการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด บอกว่าเมื่อสิ้นสุดการบำบัดมีผู้ร่วมการบำบัดกี่คน แต่ผู้วิจัยไม่ได้ระบุสาเหตุการออกจากกลุ่มบำบัดในระหว่างการบำบัด 6) เครื่องมือในการประเมิน เป็นแบบประเมินที่ไม่ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าสถิติเหมาะสมเชิงวิจัย 7) งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (Design) แบบ Controlled trials without randomized งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนอย่างไร ผู้เก็บข้อมูล/ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม 8) งานวิจัยไม่ได้ระบุว่าได้การรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม คือ ใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาในการสัมภาษณ์ และบทบาทสมมุติ ใช้ The Assessment of Interpersonal Problem – Solving skill (AIPSS) ประเมินทักษะทางสังคม การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย 10) ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือผู้ป่วยจิตเภทสามารถระบุประเด็นปัญหาได้ถูกต้อง และชัดเจน และสามารถอธิบายประเด็นปัญหา อุปสรรค เป้าหมายที่แท้จริง ได้เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทจะมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem Solving skill)สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 4	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	นัยสำคัญทางสถิติ ใน 4 เรื่อง คือ หาทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น การเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น คุณภาพของทักษะทั้งคำพูดและท่าทางในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมในสถานการณ์สมมุติสูงขึ้น คุณภาพของทักษะโดยภาพรวมในบทบาทสมมุติเพิ่มขึ้น 11) ไม่ได้มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย ไม่มีการสรุปอ้างอิงถึงประชากร และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1.การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดรายกลุ่มแบบผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการฝึก 1 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือนเป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล แต่การฝึกแต่ละครั้ง อาจใช้ระยะเวลานานเป็นเดือนเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องดูวีดิโอเทปและอภิปรายร่วมกัน อุปกรณ์ค่อนข้างยุ่งยากในการจัดหา เช่นคู่มือการฝึก วีดีโอเทปเครื่องมือในการประเมิน 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้(Cost-benefit ratio) การใช้ชุดการเรียนรู้ในการสอนทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทนอก มีประโยชน์ในการส่งเสริมทักษะในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ช่วยให้ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจทั้งหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องและผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5: An Evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia

การประเมินโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้แต่ง: Norman, Malla, McLean, McIntosh, Neufeld & Voruganti, et al, 2002

แหล่งที่พิมพ์: Schizophrenia Research ปี 2002

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดและฟื้นฟู
ทุน	Ontario Mental Health Foundation
สมมุติฐาน	1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด จะมีการรับรู้ความเครียด และอาการทางจิตลดลง และมีทักษะชีวิตดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด จะมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม
Setting งานวิจัย	เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ The Community Treatment and Re-Integration Program กรุงลอนดอน และอ่อนตาริโอ
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-III-R และได้รับการยืนยันการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยใช้การสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้าง (Structured Clinical Interview) สำหรับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM- III-R (SCID) เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 130 คน ผู้วิจัยจับคู่ (Matching) ผู้ป่วยตามเพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด จำนวน 64 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มกิจกรรมทางสังคม จำนวน 66 คน ผู้ป่วยจำนวน 9 คน ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เนื่องจาก เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ จำนวน 5 คน และไม่ให้ข้อมูลในระยะติดตามผล 1 ปี จำนวน 4 คน รวมเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ข้อมูลครบจำนวน 121 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน (ชาย จำนวน 41 คน และหญิง จำนวน 19 คน) และกลุ่มควบคุม จำนวน 61 คน (ชาย จำนวน 40 คน และหญิง จำนวน 21 คน) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 17-50 ปี ลักษณะทางประชากร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อน หลังการบำบัดทันที และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี ด้วยแบบวัดที่เป็นมาตรฐาน (Standardized assessments) 3 แบบ คือ 1. Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) และ Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและอาการทางจิตด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดทั้ง 2 นี้ใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชอย่างกว้างขวาง และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Intrerater reliability) เพียงพอ การให้คะแนนอาการด้านบวก และอาการด้านลบทำได้ 2 วิธี คือ คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนอาการรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ Reality distortion, Disorganization and psychomotor poverty 2. The Life Skills Profile (LSP) ใช้ประเมินทักษะชีวิตในการทำหน้าที่และการปรับตัวในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การดูแลตัวเอง (ความสะอาด การรับประทานอาหาร การใช้จ่าย) พฤติกรรมวุ่นวาย (พฤติกรรมที่เป็นอันตราย พฤติกรรมก้าวร้าว) การติดต่อทางสังคม(กิจกรรมทางสังคม การมีเพื่อน) การสื่อสาร (ความสามารถในการสื่อสาร ความสอดคล้องของคำพูด พูดไม่ต่อเนื่อง) และความรับผิดชอบ (ความร่วมมือกับผู้อื่น การดูแลของใช้) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Intrerater reliability) มีค่าสูง 3. The Perceived Stress Scale (PSS) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน ในการประเมินความเตรียด ให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	แบบสอบถาม PSS มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Intrerater reliability) และค่าความตรงในการวัด (Construct validity) ผู้ประเมินเป็นจิตแพทย์ที่ประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการบำบัด และเป็นจิตแพทย์ที่ไม่ได้ให้การรักษาและไม่รู้สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยรวบรวมจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยในก่อนเข้าร่วมการวิจัยในระยะเวลา 1 ปี และในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการความเครียด หรือกลุ่มกิจกรรมทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางจิต ทักษะชีวิต และการรับรู้ความเครียดก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 ปี โดยใช้เงื่อนไขการบำบัดเป็น Between group และใช้จำนวนครั้งของการประเมินเป็น Within group
การบำบัด	กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) และกลุ่มควบคุมกลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทางสังคม (Social activity) ทั้งสองกลุ่ม เน้นความสำคัญของการร่วมกิจกรรม ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) จะโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านรูปธรรมจากเครือข่ายทางสังคม กล่าวคือ เมื่ออยู่ร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจนสิ้นสุดจะได้รับคูปองราคา 2 ดอลลาร์ สำหรับแลกเครื่องดื่ม หรือถ้าเข้าร่วมโครงการจนครบ 5 ครั้งจะได้รับบัตรชมภาพยนตร์ สิ่งแวดล้อมขณะดำเนินกลุ่มทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีบรรยากาศที่เป็นมิตรและต้อนรับ โปรแกรมแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างที่ชัดเจน แต่สามารถยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เป็นผู้ดำเนินการกลุ่มในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแต่ละครั้ง โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management program) ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management program) ตามขั้นตอนดังนี้

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	1) การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพสำหรับคนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช 2) การศึกษารายกรณี หรือการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) ใช้ความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการเกิดความเครียดและการจัดการความเครียดเป็นข้อพิจารณาในการจัดโปรแกรม 4) ใช้ประสบการณ์ทางคลินิก และข้อมูลป้อนกลับจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดฉบับร่าง โปรแกรมการจัดการความเครียดเน้นการจัดการความเครียดใน 3 ด้าน ได้แก่ 1. ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อความเครียด โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) และฝึกจิตเพื่อลดความเครียด (Autogenic training) 2. เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 3. พัฒนาทักษะทางพฤติกรรม และการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยใช้หลักการเรียนรู้จากบทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติ ข้อมูลย้อนกลับและการมอบหมายงาน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาด้านทักษะ โปรแกรมการจัดการความเครียดมีลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดรายกลุ่มทั้ง 12 สัปดาห์จะมีการบำบัดรายบุคคลระหว่างผู้ร่วมโครงการและผู้จัดการรายกรณี รวมอยู่ด้วย โปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 12 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1: แนะนำการเผชิญความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย (Coping with stress and relaxation training) ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ชี้แจงจุดประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้าน และการฝึกปฏิบัติ ฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และแนะนำวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) และการฝึกจิตเพื่อผ่อนคลาย (Autogenic training)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 2: การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (Coping with medication stress) ฝึกรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช การจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยา แผนการได้รับยา ฝึกการอธิบายความเจ็บป่วยแก่ผู้อื่น ครั้งที่ 3: การเผชิญอาการทางจิต (Coping with symptoms) กระตุ้น ฝึกการสังเกต และการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น เรียนรู้ในการสังเกตและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นหรือทำให้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยลดอาการทางจิต เช่น เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือเทคนิคการตรวจสอบความจริงกับผู้อื่น ครั้งที่ 4: การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย การนอนหลับ และการออกกำลังกาย (Building Physical stamina – sleep and exercise) ตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับ และการออกกำลังกายในการพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกำลังกาย ครั้งที่ 5: การบริโภคและความเครียด (what you consume and stress) ตระหนักในนิสัยการกินและการดื่มที่มีผลต่อความสามารถ ในการเผชิญความเครียดระบุถึงประเภทอาหารที่แสดงถึงนิสัยการกินและการดื่มที่ไม่ถูกต้องกลยุทธ์ในการปรับนิสัยการกินและการดื่มให้ดีขึ้น ครั้งที่ 6: การจัดการการเงิน (Managing money) ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงิน และพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน และกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เช่น การซื้อของชนิดเดียวกันแต่ถูกกว่า ครั้งที่ 7: การจัดการกับเวลา (Managing your time) ระบุความท้าทายของการจัดการกับเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล กำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลา จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม และให้รางวัลตัวเองเมื่อสามารถทำตาม

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ครั้งที่ 8: การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (Personal Problem – Solving) ระบุรูปแบบความคิดที่รบกวนการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ระบุขั้นตอนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประยุกต์ใช้ใน 2 สถานการณ์ คือ การหาที่อยู่ใหม่ และการแก้ไขความขัดแย้งระหว่างบุคคลเกี่ยวกับดูโทรทัศน์ คนละช่อง ครั้งที่ 9: การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (Problem – solving – application to developing and maintaining friendship) ระบุ และฝึกปฏิบัติกลยุทธ์ในการสร้างและดำรงรักษามิตรภาพ กลยุทธ์ในการเผชิญกับความไม่เข้าใจและการมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในสัมพันธภาพ ครั้งที่ 10: การเผชิญกับตราบาป (Coping with stigma) ตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจของผู้พบเห็น ดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาด ดูดี และการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับ ครั้งที่ 11: การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Coping with stressful interpersonal interaction ระบุวิธีการและเวลาที่เหมาะสมในการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเรื่องส่วนตัวกับผู้อื่น การโต้ตอบกับการมีความเห็นไม่ตรงกันอย่างเหมาะสม และเกิดความทุกข์ใจน้อยที่สุด ครั้งที่ 12: ทบทวน วางแผนติดตามและแสดงความยินดีกับความสำเร็จ (Review, plans for Follow – up and celebration) ทบทวนโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม กำหนดแผนการติดตามต่อเนื่องเป็นรายบุคคล การฉลองความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดในครั้งแรกผู้ดำเนินการกลุ่มจะแนะนำการฝึกการผ่อนคลายและการดำเนินกลุ่มทุก ๆ ครั้งจะมีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) โดยใช้เทปบันทึกเสียงช่วยในการฝึกเป็นระยะเวลา 20- 25 นาที แต่อาจใช้เวลาน้อยลงเมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาการฝึกมากยิ่งขึ้น มีการใช้สมุดบันทึกการผ่อนคลายช่วยในการบันทึกความถี่ ความตึงเครียดก่อนและหลังการผ่อนคลาย โดยสมาชิกกลุ่มจะสังเกตการณ์ฝึกการผ่อนคลายของผู้ป่วยแต่ละคนว่าผ่อนคลายเต็มที่หรือไม่ การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้งจะใช้เวลา และการลงรายละเอียดตามความต้องการของสมาชิกกลุ่ม เช่น การจัดการกับความเครียดจากการรับประทานยาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดำเนินการกลุ่มจะเปิดประเด็นการอภิปรายโดยการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาจากการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เพื่อให้เกิดการอภิปรายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและอาการทางจิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะบอกอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และจัดกลุ่มเป็นอาการข้างเคียงทางร่างกาย และอาการทางจิตใจ ผู้ดำเนินกลุ่มใช้การฝึกการออกกำลังกาย การยกตัวอย่าง การบันทึกช่วยจำ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจและช่วยในการจดจำ โดยมีกิจกรรมตามลำดับดังนี้ - สมาชิกแต่ละคนผลัดกันรายงานการบ้านที่ได้รับมอบหมายจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งก่อน ถ้าสมาชิกกลุ่มไม่สามารถทำการบ้านมาส่ง ผู้บำบัดจะมีการมอบหมายซ้ำและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำการบ้านได้ - การฝึกการผ่อนคลาย - ช่วงระยะเวลาพักสมาชิกกลุ่มที่เหลืออยู่ แสดงบทบาทสมมุติในการรายงานอาการข้างเคียงยาต้านโรคจิต ให้แพทย์และผู้จัดการรายกรณีทราบ การเข้ากลุ่มทุกครั้งจะสรุปด้วยการมอบหมายการบ้าน เช่น ในการทำกลุ่มครั้งที่เป็นประเด็นเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบ้านให้เตรียมการแสดงบทบาทสมมุติในการรายงานให้จิตแพทย์ทราบว่าตนเองมีอาการข้างเคียงอะไรบ้าง การดำเนินกลุ่มตามโปรแกรมแต่ละครั้งจะต่อด้วยการพบกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละคนกับผู้จัดการรายกรณี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดึงประเด็นจากการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งมาใช้กับความต้องการและประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้จัดและ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ดำเนินการกลุ่มจะปฏิบัติตามคู่มือของโปรแกรมการจัดการกับความเครียด โดยหัวหน้าโครงการวิจัยจะสุ่มตรวจว่าผู้จัดและดำเนินการกลุ่มปฏิบัติตามคู่มือหรือไม่ กลุ่มกิจกรรมทางสังคม (Social activity) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งไม่มีการฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด จัดขึ้น สัปดาห์ละครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในเรื่อง ความถี่ ช่วงเวลา และขนาดของกลุ่ม กลุ่มกิจกรรมทางสังคมจะเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความช่วยเหลือเหลือซึ่งกันและกัน และให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับกิจกรรมทางสังคม และสันทนาการในชุมชนนั้น ๆ เช่น การโยนโบล์ลิ่ง การปรุงอาหาร การดูภาพยนตร์ การไปเที่ยวพิพิธภัณฑ์ โดยสมาชิกของกลุ่มจะเป็นผู้พิจารณาเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ
ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้วิจัยจับคู่ (Matching) ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้น จึงสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ระดับงานวิจัย	Level III
ผลการวิจัย	1. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดและกลุ่มกิจกรรมทางสังคมมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05, 0.01$) (ยกเว้นอาการ Disorganization) และมีการรับรู้ความเครียด และทักษะชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.01$) 2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในระยะ 1 ปี หลังการบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program)ใช้กับผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM- III-R มีอาการทางจิตคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) 2. โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management program) ช่วยทำให้ - ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ยกเว้นอาการ Disorganization

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- มีการรับรู้ความเครียด และทักษะชีวิตดีขึ้น - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทในระยะ 1 ปี หลังการบำบัดลดลง 3. กลุ่มกิจกรรมทางสังคมช่วยทำให้ - ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ยกเว้นอาการ Disorganization - มีการรับรู้ความเครียด และทักษะชีวิตดีขึ้น 4. โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) เน้นความสำคัญของการร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้จัดการรายกรณี (Case manager) จะโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สิ่งแวดล้อมขณะจัดและดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด มีบรรยากาศที่เป็นมิตรและต้อนรับ การจัดโปรแกรมแต่ละครั้ง จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน แต่สามารถยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกันเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง โปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด (Stress management Program) มีขั้นตอนดังนี้ 1) การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สำหรับคนทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช 2) การศึกษารายกรณี หรือการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) ใช้ความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการเกิดความเครียดและการจัดการความเครียดเป็นข้อพิจารณาในการจัดโปรแกรม 4) ใช้ประสบการณ์ทางคลินิก และข้อมูลป้อนกลับจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดฉบับร่าง โปรแกรมการจัดการความเครียดเน้นการจัดการความเครียดใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อความเครียด โดยใช้การผ่อนคลาย

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	กล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) และฝึกจิตเพื่อลดความเครียด (Autogenic training) 2) เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 3) พัฒนาทักษะทางพฤติกรรม และการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยใช้หลักการเรียนรู้จากบทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติ ข้อมูลย้อนกลับและการมอบหมายงาน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาด้านทักษะ โปรแกรมการจัดการความเครียดมีลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดรายกลุ่มทั้ง 12 สัปดาห์จะมีการบำบัดรายบุคคลระหว่างผู้ร่วมโครงการและผู้จัดการรายกรณี รวมอยู่ด้วย โปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 12 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1: แนะนำการเผชิญความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย (Coping with stress and relaxation Training) ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ชี้แจงจุดประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้าน และการฝึกปฏิบัติ ฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และแนะนำวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscle relaxation) และการฝึกจิตเพื่อผ่อนคลาย (Autogenic training) ครั้งที่ 2: การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (Coping with medication stress) ฝึกรายงานปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช การจัดการกับความกดดันที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่พยายามให้รับประทานยา แผนการได้รับยา ฝึกการอธิบายความเจ็บป่วยแก่ผู้อื่น ครั้งที่ 3: การเผชิญอาการทางจิต (Coping with symptoms) กระตุ้น ฝึกการสังเกต และการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น เรียนรู้ในการสังเกตและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นหรือทำให้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยลดอาการทางจิต เช่น เทคนิคการเบี่ยงเบน

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ความสนใจ หรือเทคนิคการตรวจสอบความจริงกับผู้อื่น ครั้งที่ 4: การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย การนอนหลับ และการออกกำลังกาย (Building Physical stamina–sleep and exercise) ตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับ และการออกกำลังกายในการพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกำลังกาย ครั้งที่ 5: การบริโภคและความเครียด (What you consume and stress) ตระหนักในนิสัยการกินและการดื่มที่มีผลต่อความสามารถ ในการเผชิญความเครียด ระบุถึงประเภทอาหารที่แสดงถึงนิสัยการกินและการดื่มที่ไม่ถูกต้อง กลยุทธ์ในการปรับนิสัยการกินและการดื่มให้ดีขึ้น ครั้งที่ 6: การจัดการการเงิน (Managing money) ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้เงิน และกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เช่น การซื้อของชนิดเดียวกันแต่ถูกกว่า ครั้งที่ 7: การจัดการกับเวลา (Managing your time) ระบุความท้าทายของการจัดการกับเวลาในผู้ป่วยแต่ละบุคคล กำหนดเป้าหมายในแต่ละวัน และจัดลำดับความสำคัญของงาน จัดทำตารางเวลา จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม และให้รางวัลตัวเองเมื่อสามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ครั้งที่ 8: การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (Personal Problem – Solving) ระบุรูปแบบความคิดที่รบกวนการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ระบุขั้นตอนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประยุกต์ใช้ใน 2 สถานการณ์ คือ การหาที่อยู่ใหม่ และการแก้ไขความขัดแย้งระหว่างบุคคลเกี่ยวกับดูโทรทัศน์ คนละช่อง ครั้งที่ 9: การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (Problem–solving–application to developing and maintaining friendship)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ระบุ และฝึกปฏิบัติกลยุทธ์ในการสร้าง และดำรงรักษามิตรภาพ กลยุทธ์ในการเผชิญกับความไม่เข้าใจและการมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในสัมพันธภาพ ครั้งที่ 10: การเผชิญกับตราบาป (Coping with stigma) ตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจของผู้พบเห็น ดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาด ดูดี และการมีปฏิสัมพันธ์เป็นที่ยอมรับ ครั้งที่ 11: การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Coping with stressful interpersonal interaction ระบุวิธีการและเวลาที่เหมาะสมในการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเรื่องส่วนตัวกับผู้อื่น การโต้ตอบกับการมีความเห็นไม่ตรงกันอย่างเหมาะสม และเกิดความทุกข์ใจน้อยที่สุด ครั้งที่ 12: ทบทวน วางแผนติดตามและแสดงความยินดีกับความสำเร็จ (Review, plans for Follow – up and celebration) ทบทวนโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม กำหนดแผนการติดตามต่อเนื่องเป็นรายบุคคล การฉลองความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม การบำบัดในครั้งแรกผู้ดำเนินการกลุ่มจะแนะนำการฝึกการผ่อนคลายและการดำเนินกลุ่มทุก ๆ ครั้งจะมีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) โดยใช้เทปบันทึกเสียงช่วยในการฝึกเป็นระยะเวลา 20- 25 นาที แต่อาจใช้เวลาน้อยลงเมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาการฝึกมากยิ่งขึ้น มีการใช้สมุดบันทึกการผ่อนคลายช่วยในการบันทึกความถี่ ความตึงเครียดก่อน และหลังการผ่อนคลาย โดยสมาชิกกลุ่มจะสังเกตการณ์ฝึกการผ่อนคลายของผู้ป่วยแต่ละคนว่าผ่อนคลายเต็มที่หรือไม่ การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้งจะใช้เวลา และการลงรายละเอียดตามความต้องการของสมาชิกกลุ่ม เช่น การจัดการกับความเครียดจากการรับประทานยาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดำเนินการกลุ่มจะเปิดประเด็นการอภิปรายโดยการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาจากการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	เพื่อให้เกิดการอภิปรายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและอาการทางจิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะบอกอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และจัดกลุ่มเป็นอาการข้างเคียงทางร่างกาย และอาการทางจิตใจ ผู้ดำเนินกลุ่มใช้การฝึกการออกกำลังกาย การยกตัวอย่าง การบันทึกช่วยจำ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจและช่วยในการจดจำ โดยมีกิจกรรมตามลำดับดังนี้ - สมาชิกแต่ละคนผลัดกันรายงานการบ้านที่ได้รับมอบหมายจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งก่อน ถ้าสมาชิกกลุ่มไม่สามารถทำการบ้านมาส่ง ผู้บำบัดจะมีการมอบหมายซ้ำและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำการบ้านได้ - การฝึกการผ่อนคลาย - ช่วงระยะเวลาพักสมาชิกกลุ่มที่เหลืออยู่ แสดงบทบาทสมมุติ ในการรายงานอาการข้างเคียงยาต้านโรคจิต ให้แพทย์และผู้จัดการรายกรณีทราบ การเข้ากลุ่มทุกครั้งจะสรุปด้วยการมอบหมายการบ้าน เช่น ในการทำกลุ่มครั้งที่เป็นประเด็นเกี่ยวกับยาต้านโรคจิตผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบ้านให้เตรียมการแสดงบทบาทสมมุติในการรายงานให้จิตแพทย์ทราบว่าตนเองมีอาการข้างเคียงอะไรบ้าง การดำเนินกลุ่มตามโปรแกรมแต่ละครั้งจะต่อด้วยการพบกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละคนกับผู้จัดการรายกรณี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดึงประเด็นจากการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งมาใช้กับความต้องการและประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้จัดและดำเนินการกลุ่มจะปฏิบัติตามคู่มือของโปรแกรมการจัดการกับความเครียด โดยหัวหน้าโครงการวิจัยจะสุ่มตรวจว่าผู้จัดและดำเนินการกลุ่มปฏิบัติตามคู่มือหรือไม่ 5. กลุ่มกิจกรรมทางสังคม (Social activity) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งไม่มีการฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด จัดขึ้น สัปดาห์ละครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในเรื่อง ความถี่ ช่วงเวลา และขนาดของกลุ่ม กลุ่มกิจกรรมทางสังคมจะเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความช่วยเหลือเหลือซึ่งกันและกัน และให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับกิจกรรมทางสังคม และสันทนาการในชุมชนนั้น ๆ เช่น การโยนโบล์ลิ่ง การปรุงอาหาร การดูภาพยนตร์ การไปเที่ยวพิพิธภัณฑ์ โดยสมาชิกของกลุ่มจะเป็นผู้พิจารณาเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	6. การประเมินผลลัพธ์มีดังนี้ 1) Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) และ Scale for Assessment of Negative Symptom (SANS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและอาการทางจิตด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดทั้ง 2 ใช้ประเมินอาการ ของผู้ป่วยจิตเวชอย่างกว้างขวาง และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (intrerater reliability) เพียงพอ การให้คะแนนอาการด้านบวก และอาการด้านลบทำได้ 2 วิธี คือคะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนอาการรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ Reality distortion, Disorganization and psychomotor poverty 2) The Life Skills Profile (LSP) ใช้ประเมินทักษะชีวิตในการทำหน้าที่และการปรับตัวในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การดูแลตัวเอง (ความสะอาด การรับประทานอาหาร การใช้จ่าย) พฤติกรรมวุ่นวาย (พฤติกรรมที่เป็นอันตราย พฤติกรรมก้าวร้าว) การติดต่อทางสังคม (กิจกรรมทางสังคม การมีเพื่อน) การสื่อสาร (ความสามารถในการสื่อสาร ความสอดคล้องของคำพูด พูดไม่ต่อเนื่อง) และความรับผิดชอบ (ความร่วมมือกับผู้อื่น การดูแลของใช้) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Intrerater reliability) มีค่าสูง 3) The Perceived Stress Scale (PSS) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน ในการประเมินความเตรียด ให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถาม PSS มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Intrerater reliability) และค่าความตรงในการวัด (Construct validity)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	ในงานวิจัยนี้เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดและพื้นฟู มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยลดความเครียดและอาการทางจิต โปรแกรมการจัดการความเครียดและกลุ่มกิจกรรมทางสังคมสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความเครียด และทักษะชีวิตดีขึ้นเป็นการบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคลซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Schizophrenia Research ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในภาควิชาจิตเวชศาสตร์และภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัย Western Ontario จึงเป็นนักวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ 3. งานวิจัยได้รับทุนจากองค์กรส่งเสริมสุขภาพจิต กล่าวคือ Ontario Mental Health Foundation 4. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 2) ในงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้ระบุเหตุผลของการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิต ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภท 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ได้ให้เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด ว่าเป็นเพราะเหตุใด 6) มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (Design) โดยการจับคู่ผู้ป่วยตามเพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด จำนวน 64 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มกิจกรรมทางสังคม จำนวน 66 คน งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนอย่างไร 7) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุการรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม คือ Scale for Assessment of Positive Symptom (SAPS) และ Scale for

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 5	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	Assessment of Negative Symptom (SANS) ใช้ประเมินอาการทางจิตด้านบวกและอาการทางจิตด้านลบ The Life Skills Profile (LSP) ใช้ประเมินทักษะชีวิตในการทำหน้าที่และการปรับตัวในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท The Perceived Stress Scale (PSS) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียด 9) ผลการวิจัย ตอบคำถามการวิจัยกล่าวคือ การมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีผลทำให้อาการทางจิตด้านบวกและด้านลบลดลง การรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตดีขึ้น และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการการจัดการความเครียด ทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทในระยะ 1 ปี หลังการบำบัดลดลง
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางจิตในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการจัดการความเครียดใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของการปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยมาแล้วสามารถทำได้ อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้ วิธีปฏิบัติตัว 3. ความคุมทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการความเครียดมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ช่วยให้ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจทั้งหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้อง และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I Outcome
การประเมินผลการบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรม 2 วิธีในการลดอาการทางจิตหลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อยา

ผู้แต่ง: Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, & Ugarteburu, 1993

แหล่งที่พิมพ์ : British Journal of Psychiatry

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement ,CSE) และวิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) ในการลดอาการทางจิตที่หลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภท
ทุน	North West Regional Health Authority, UK (grant No, 5107)
สมมุติฐาน	การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) จะช่วยลดอาการทางจิตซึ่งมีผลต่อการลดพยาธิสภาพทางจิต และช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมด้วยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) ช่วยเพิ่ม การทำหน้าที่ทางสังคม แต่จะไม่มีผลโดยตรงต่ออาการทางจิตด้านบวก
Setting งานวิจัย	Salford District
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการส่งต่อโดยผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตที่ทำงานใน Salford District Health Authority ได้แก่ จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-III-R มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน อย่างน้อย 6 เดือน และไม่ตอบสนองต่อยาในเรื่องอาการทางจิต ไม่มีพยาธิสภาพทางร่างกายที่ทำให้เกิดอาการทางจิต อายุระหว่าง 16- 65 ปี

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ได้รับยารักษาโรคจิตในขนาดที่คงที่ และสม่ำเสมอ มีผู้ป่วยจิตเวชเวชรับการส่งต่อ จำนวน 75 คน เป็นผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเข้าตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 49 คน ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจากการวินิจฉัยไม่ชัดเจนและมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 49 คน มีผู้ป่วยจำนวน 10 คน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยและออกจากการวิจัย เนื่องจากปฏิเสธการเข้ากลุ่มจำนวน 3 คน ภรรยาไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1 คน มีอาการพูดไม่ต่อเนื่องจำนวน 2 คน มีอาการสมองเสื่อมจำนวน 1 คน มีส่วนร่วมในอาชญากรรม 1 คน พฤติกรรมวุ่นวายจำนวน 1 คน และอีก 1 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเป็น Hypomania ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และให้ข้อมูลก่อนการวิจัย จำนวน 39 คน ในจำนวนนี้ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 12 คน เนื่องจากปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 5 คน ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 4 คน (2 คน อยู่ในห้องแยก อีก 2 คน มีอาการซึมเศร้ามาก) ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ที่ทำการวิจัย 1 คน ย้ายไปสถานบำบัดอื่น อีก 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมงานวิจัย ได้รับการบำบัดจนสิ้นสุดโปรแกรม และให้ข้อมูลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 27 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มการแก้ปัญหา (Problem solving, PS) จำนวน 12 คน และเป็นผู้ป่วยในกลุ่มการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping strategy enhancement, CSE) จำนวน 15 คน ในจำนวนผู้ป่วย 27 คน ให้ข้อมูลในการประเมินระยะติดตามผล 6 เดือน จำนวน 23 คน ผู้ป่วยจำนวน 4 คนที่ไม่ได้ให้ข้อมูลการประเมินในระยะติดตามผล เนื่องจากปฏิเสธการให้ข้อมูล จำนวน 3 คน และที่ปรึกษาไม่ต้องการให้เข้าร่วมการวิจัยอีกจำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 42.7 ปี (SD = 12.32 ปี) ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 12.2 ปี (SD= 9.21 ปี) จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.06 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งสุดท้ายเฉลี่ย 3.7 ปี ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 12 คน อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 12 คน อาศัยอยู่หอพัก จำนวน 6 คน อาศัยอยู่คนเดียว จำนวน15 คน และ อาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 4 คน เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลอง และไม่เข้าร่วมการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มเข้าร่วมการทดลองมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
	ทางสถิติ อย่างไรก็ตามคุณลักษณะด้านอื่นของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	ผู้ให้การบำบัดในทีมที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่กลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวข้องในการบำบัดทั้ง 2 วิธี เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์ ตามลำดับ ดังนี้ ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมิน จำนวนอาการ และ คะแนนรวมของความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งหมด โดยใช้ 1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินอาการทางจิต การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ; คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุด 2. Present State Examination (PSE) ใช้ประเมินอาการทางจิตแต่ละอาการ ภายหลังการบำบัด และระยะติดตามผล การให้คะแนนมี 8 ระดับของการเปลี่ยนแปลง; คะแนน 0 = อาการทางจิตดีขึ้นจนกระทั่งไม่มีอาการ คะแนน 4 = อาการทางจิตคงเดิมไม่มีเปลี่ยนแปลง คะแนน 7 = อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งมีอาการรุนแรงมากที่สุด 3. Psychiatric Assessment Scale (PAS) ประเมินความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่สัมพันธ์กันการ พูดขาดตอน (Poverty of speech) อารมณ์เฉย Incongruous affect และ Psychomotor retardation การให้คะแนนมี 5 ระดับ; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ คะแนน 4= รุนแรงมากที่สุด 4. Social Functioning Scale (SFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 5. การรับรู้ประโยชน์ของการบำบัด การให้คะแนนมี 7 ระดับ; คะแนน 1 = มีผลแย่ลงอย่างที่สุด คะแนน 4 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนน7 = มีผลดีที่สุด ทักษะการเผชิญความเครียดและความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยประเมินแต่รายงานไว้ในบทความอื่น ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่า Mean และ ค่า S.D ในการวิเคราะห์อาการทางจิต และใช้สถิติ ANOVA วิเคราะห์แบบวัดซ้ำ
การบำบัด	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัด 2 วิธีแต่ละวิธีใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 5 สัปดาห์ 1. การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2. กลุ่มการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัด (Waiting control) การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) การบำบัดรายกลุ่มเพื่อเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิต มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงโดยการฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญและควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด พฤติกรรม หรือสรีระของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต หรือเพื่อสำรวจปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้อาการทางจิตและอารมณ์ที่มีต่ออาการทางจิตคงอยู่ และมีจุดประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลดอาการทางจิต และอารมณ์ทางลบที่มีต่ออาการทางจิต ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงความจำเป็นของการได้รับการบำบัดโดยผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องประสานร่วมมือกันในการลดอาการทางจิตและอารมณ์ด้านลบที่มีต่ออาการทางจิต การทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้บำบัดว่ารับรู้ตรงกันเกี่ยวกับสาเหตุ และผลของอาการทางจิตต่อความทุกข์ใจของผู้ป่วย การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินอาการทางจิต ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ผลกระทบหรือสิ่งที่เกิดตามมาจากอาการทางจิตและกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิต ต่อจากนั้นผู้บำบัดสอนวิธีจัดการกับอาการทางจิตโดยเริ่มจากการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลก ๆ หรือผิดปกติ เช่น ความคิดหลงผิด การรับรู้ที่ผิดปกติสามารถระบุได้ง่ายเพราะส่วนใหญ่การรับรู้ที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดจะได้รับการสอนให้ตระหนักรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติเช่นเดียวกับผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยวิตกกังวล ที่ให้ตระหนักรู้ถึงรูปแบบความคิดที่ผิดปกติตามแนวทางการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) ผู้ป่วยบางรายสามารถระบุเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติของความหลงผิดขณะที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (Insight) เพียงเล็กน้อย หรือปฏิเสธความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ติดตามปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อความคิดที่เฉพาะเจาะจงที่ผู้บำบัดเรียกว่าความคิดหลงผิด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจะต้องมีความเห็นร่วมกับผู้บำบัดว่า เป้าหมายของการ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	บำบัดอยู่ที่อาการของผู้ป่วยเนื่องจาก 1)เป็นการง่ายต่อการบำบัดโดยการสอนการเผชิญกับอาการเป็นไปตามลำดับขั้น 2) การลดอาการทางจิตเป็นความสำคัญอันดับแรก (เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วย) กลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิตที่สามารถนำไปใช้ได้เดี่ยว ๆ หรือใช้ร่วมกัน ได้แก่ 1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การเปลี่ยนความสนใจ (Attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (Attention narrowing) การสอนตัวเอง (Self instruction) 2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (Reality testing) 3) กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ:เทคนิคการผ่อนคลาย และการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยและผู้บำบัดเลือกอาการทางจิตเพื่อรับการบำบัด และระบุกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิตที่เหมาะสม แจกแจงกลยุทธ์เป็นวิธีการย่อย ๆ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติวิธีการย่อย ๆ นั้นภายใต้เงื่อนไขที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการ ถ้าผู้ป่วยมีอาการในขณะที่รับการบำบัดให้ใช้สถานการณ์นั้นสำหรับฝึก ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ฝึกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการภายหลังการบำบัดแต่ละครั้งที่บ้าน และมีการทบทวนการฝึกปฏิบัติที่เป็นการบ้านก่อนเริ่มการบำบัดทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฝึกปฏิบัติ หรือไม่มีความก้าวหน้าในการฝึกปฏิบัติการเผชิญกับอาการทางจิตภายหลังการบำบัด 2-3 ครั้ง จะเปลี่ยนอาการทางจิตที่เป็นเป้าหมายในการบำบัดใหม่ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนความก้าวหน้าของการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการกับอาการทางจิตไปใช้กับอาการทางจิตอื่นในสถานการณ์อื่นต่อไป การบำบัดครั้งสุดท้ายผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต 4. การแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) การแก้ปัญหามีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางการรู้คิดของ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ผู้ป่วย โดยสอนการวางแผนในการแก้ปัญหา และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ การฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยใช้หลักการแก้ปัญหาของ D'Zurilla & Goldfriend (1971) คือ 1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ความ สามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันลดลงเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคิดอย่างเป็นระบบได้ การบำบัดจึงมีจุดประสงค์ในการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ วางแผนแก้ปัญหา นำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ และประเมินผลการแก้ปัญหานั้น 2) ให้ผู้ป่วยบันทึก สถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค และสาเหตุของ ความไม่พึงพอใจ เพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์ในการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไป 3) อธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย 3.1 การระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน 3.2 แสวงหาวิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหา 3.3 ประเมินความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก 3.4 ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด 3.5 ปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้ 3.6 ประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจ ให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่และปฏิบัติตาม ให้รางวัลแก่ตัวเองในการใช้กลวิธีแก้ปัญหาได้สำเร็จ 4) ประยุกต์กลวิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรม(abstract) เช่น หมากรุก เกมส์ OX จุดประสงค์ของการเล่นเกมส์เพื่อระบุทิศทางการเดินหมากและการประเมินผลของการเดินหมากแต่ละครั้ง ในระยะแรกผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาให้ดู และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น 5) ผู้ป่วยประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงของชีวิต เช่น การสมัครงาน การหาที่อยู่ใหม่ การทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ 6) ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริงของผู้ป่วย โดยนำอุปสรรคที่ผู้ป่วยพบในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา อภิปรายเกี่ยวกับทางเลือกและซักซ้อมการปฏิบัติ ต่อจากนั้น ให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติ และผลลัพธ์ ผู้บำบัดจะให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายแก่ผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วยให้รางวัลแก่ตัวเองเมื่อฝึกปฏิบัติวิธีการแก้ปัญหา

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) จำนวน15 คน 2) กลุ่มที่ได้รับการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) จำนวน12 คน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการคัดเลือกให้อยู่กับผู้บำบัดซึ่งเป็นนักจิตวิทยา จำนวน 4 คน ในจำนวนเท่า ๆ กัน โดยผู้บำบัดแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้การบำบัดแก่ผู้ป่วย จำนวน 10 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต จำนวน 5 คน ผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มการแก้ปัญหาจำนวน 5 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง CSE และ PS ออกเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน กลุ่มที่ 1 ของแต่ละกลุ่มได้รับ 1) การประเมินครั้งที่ 1 2) การบำบัดด้วยวิธี CSE หรือ PS เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ 3) ประเมินครั้งที่ 2 หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และ 4) ประเมินครั้งที่ 3 ในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัด กลุ่มที่ 2 ของแต่ละกลุ่ม (กลุ่มรอคอยการบำบัด) ได้รับ 1) การประเมินครั้งที่ 1 2) รอคอยการบำบัด ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3) ประเมินครั้งที่ 2 4)) การบำบัดด้วยวิธี CSE หรือ PS เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ 5) ประเมินครั้งที่ 3 หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ 6) ประเมินครั้งที่ 4 ในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัด การให้ผู้ป่วยรอคอยการบำบัดรับการบำบัดเป็นระยะเวลา 7 เดือนครึ่งโดยไม่ได้รับการบำบัดเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยขาดจริยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มรอคอยการบำบัดได้รับการบำบัดภายหลังรอคอยการบำบัดในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ระดับงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและจำนวนของอาการทางจิตลดลงภายหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P = 0.0013 และ P = 0.0048 ตามลำดับ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดรายกลุ่มเพื่อเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement ,CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving)สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM –III-R มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน อย่างน้อย 6 เดือน และไม่ตอบสนองต่อยาต้านโรคจิต

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2. การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนของอาการทางจิตและระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง 3. การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละกลุ่มเป็นเวลา 5 สัปดาห์ 4. การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิตมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงโดยการฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญและควบคุมสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด พฤติกรรม หรือสรีระของผู้ป่วยต่ออาการทางจิต หรือเพื่อสำรวจปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้อาการทางจิตและอารมณ์ที่มีต่ออาการทางจิตคงอยู่ และมีจุดประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลดอาการทางจิต และอารมณ์ทางลบที่มีต่ออาการทางจิต ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงความจำเป็นของการได้รับการบำบัดโดยผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องประสานร่วมมือกันในการลดอาการทางจิตและอารมณ์ด้านลบที่มีต่ออาการทางจิต การทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้บำบัดว่ารับรู้ตรงกันเกี่ยวกับสาเหตุ และผลของอาการทางจิตต่อความทุกข์ใจของผู้ป่วย การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินอาการทางจิต ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ผลกระทบหรือสิ่งที่เกิดตามมาจากอาการทางจิตและกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิต ต่อจากนั้นผู้บำบัดสอนวิธีจัดการกับอาการทางจิตโดยเริ่มจากการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลก ๆ หรือผิดปกติของความหลงผิด การรับรู้ที่ผิดปกติสามารถระบุได้ง่ายเพราะส่วนใหญ่การรับรู้ที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดจะได้รับการสอนให้ตระหนักรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติเช่นเดียวกับผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยวิตกกังวล ที่ให้ตระหนักรู้ถึงรูปแบบความคิดที่ผิดปกติตามแนวทางการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) ผู้ป่วยบางรายสามารถระบุเนื้อหา

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ความคิดที่ผิดปกติของความหลงผิด ขณะที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (Insight) เพียงเล็กน้อย หรือปฏิเสธความเจ็บป่วยผู้ป่วย จะได้รับการสอนให้ติดตามปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อความคิดที่เฉพาะเจาะจงที่ผู้บำบัดเรียกว่าความคิดหลงผิด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจะต้องมีความเห็นร่วมกับผู้บำบัดว่า เป้าหมายของการบำบัดอยู่ที่อาการของผู้ป่วยเนื่องจาก 1) เป็นการง่ายต่อการบำบัดโดยการสอนการเผชิญกับอาการเป็นไปตามลำดับขั้น 2) การลดอาการทางจิตเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก (เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วย) กลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิตที่สามารถนำไปใช้ได้เดี่ยว ๆ หรือใช้ร่วมกัน ได้แก่ 1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การเปลี่ยนความสนใจ (Attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (Attention narrowing) การสอนตัวเอง (Self instruction) 2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (Reality testing) 3) กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ: เทคนิคการผ่อนคลายและการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยและผู้บำบัดเลือกอาการทางจิตเพื่อรับการบำบัด และระบุกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิตที่เหมาะสม แจกแจงกลยุทธ์เป็นวิธีการย่อย ๆ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติวิธีการย่อย ๆ นั้นภายใต้เงื่อนไขที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการ ถ้าผู้ป่วยมีอาการในขณะที่รับการบำบัดให้ใช้สถานการณ์นั้นสำหรับฝึกผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ฝึกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการภายหลังการบำบัดแต่ละครั้งที่บ้าน และมีการทบทวนการฝึกปฏิบัติที่เป็นการบ้านก่อนเริ่มการบำบัดทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฝึกปฏิบัติ หรือไม่มีความก้าวหน้าในการฝึกปฏิบัติการเผชิญกับอาการทางจิตภายหลังการบำบัด 2-3 ครั้ง จะเปลี่ยนอาการทางจิตที่เป็นเป้าหมายในการบำบัดใหม่ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนความก้าวหน้าของการจัดการกับอาการทางจิต

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการกับอาการทางจิตไปใช้กับอาการทางจิตอื่นในสถานการณ์อื่นต่อไป การบำบัดครั้งสุดท้ายผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต 5. การแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) การแก้ปัญหามีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้ป่วย โดยสอนการวางแผนในการแก้ปัญหา และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ การฝึกการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยใช้หลักการแก้ปัญหาของ D'Zurilla & Goldfriend, 1971 คือ 1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ความ สามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันลดลงเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคิดอย่างเป็นระบบได้ การบำบัดจึงมีจุดประสงค์ในการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ วางแผนแก้ปัญหา นำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ และประเมินผลการแก้ปัญหานั้น 2) ให้ผู้ป่วยบันทึก สถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค และสาเหตุของ ความไม่พึงพอใจ เพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์ในการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไป 3) อธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย 3.1 การระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน 3.2 แสวงหาวิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหา 3.3 ประเมินความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก 3.4 ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด 3.5 ปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้ 3.6 ประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจ ให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่และปฏิบัติตาม ให้รางวัลแก่ตัวเองในการใช้กลวิธีแก้ปัญหาได้สำเร็จ 4) ประยุกต์กลวิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรม(abstract) เช่น หมากรุก เกมส์ OX จุดประสงค์ของการเล่นเกมส์เพื่อระบุทิศทางการเดินหมากและการประเมินผลของการเดินหมากแต่ละครั้งนั้นในระยะแรกผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาให้ดู และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น 5) ผู้ป่วยประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงของชีวิต เช่น การสมัครงาน การหาที่อยู่ใหม่ การทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ 6) ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริงของผู้ป่วย โดยนำอุปสรรค

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ที่ผู้ป่วยพบในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา อภิปรายเกี่ยวกับทางเลือกและซักซ้อมการปฏิบัติ ต่อจากนั้น ให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติ และผลลัพธ์ ผู้บำบัดจะให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายแก่ผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้รางวัลแก่ตัวเองเมื่อฝึกปฏิบัติวิธีการแก้ปัญหา 6. การประเมินผลลัพธ์ ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมิน จำนวนอาการ และ คะแนนรวมของความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งหมด โดยใช้ 1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินอาการทางจิต การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ; คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุด 2) Present State Examination (PSE) ใช้ประเมินอาการทางจิตแต่ละอาการ ภายหลังการบำบัด และระยะติดตามผล การให้คะแนนมี 8 ระดับของการเปลี่ยนแปลง; คะแนน 0 = อาการทางจิตดีขึ้นจนกระทั่งไม่มีอาการ คะแนน 4 = อาการทางจิตคงเดิมไม่มีเปลี่ยนแปลง คะแนน 7 = อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งมีอาการความรุนแรงมากที่สุด 3) Psychiatric Assessment Scale (PAS) ประเมินความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่สัมพันธ์กันการพูดขาดตอน (poverty of speech) poverty of speech อารมณ์เฉย incongruous affect และ psychomotor retardation การให้คะแนนมี 5 ระดับ; คะแนน 0 =ไม่มีอาการ คะแนน 4= รุนแรงมากที่สุด 4) Social Functioning Scale (SFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 5) การรับรู้ประโยชน์ของการบำบัด การให้คะแนนมี 7 ระดับ; คะแนน 1 = มีผลแย่ลงอย่างที่สุด คะแนน 4 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนน7 = มีผลดีที่สุด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และวิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) ในการลดอาการทางจิตที่หลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะช่วยลดอาการทางจิต 2. การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิและมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ 3. กระบวนการและการติดตามข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร British Journal of Psychiatryซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิต ซึ่งดูแลผู้ป่วยทางจิต หรือเกี่ยวข้องโดยตรงของ Department of Clinical Psychology, School of Psychiatry and Behavioral Sciences, University Hospital of South Manchester, Withington, UK. 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ การประเมินผลวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม 2 วิธีเพื่อลดอาการทางจิตที่หลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อยา 2) งานวิจัยนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement ,CSE) และวีการแก้ปัญหา (Problem Solving, PS) ในการลดอาการทางจิตที่หลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (CSE) และกลุ่มการแก้ปัญหา (PS) มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและจำนวนของอาการทางจิตลดลง 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ได้ให้เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด ว่าเป็นเพราะเหตุใด 6) เครื่องมือเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับทั่วไปเชื่อถือได้

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าสถิติเหมาะสมเชิงวิจัย 7) มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(Design) เป็น RCT งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนอย่างไร 8) งานวิจัยนี้ไม่มีการระบุในเรื่องการให้ข้อมูลงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มญาติ ไม่ได้แจ้งว่ามีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่และไม่ได้ระบุว่างานวิจัยได้การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยมีความเหมาะสม แต่ผู้วิจัยไม่ได้ระบุการประเมินคุณภาพเครื่องมือในการประเมินผล คือ 1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินอาการทางจิต และ Present State Examination (PSE) ใช้ประเมินอาการทางจิตแต่ละอาการภายหลังการบำบัด และระยะติดตามผล 2. Psychiatric Assessment Scale (PAS) ประเมินความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่สัมพันธ์กัน Poverty of speech อารมณ์เฉย Incongruous affect Psychomotor retardation 3. Social Functioning Scale (SFS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 4. การรับรู้ประโยชน์ของการบำบัด 10) ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ การเข้าร่วมการบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (CSE) และการแก้ปัญหา (PS) ทำให้มีระดับมีความรุนแรงของอาการทางจิตและจำนวนของอาการทางจิตลดลงภายหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ Transferability การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement ,CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 5 สัปดาห์ สามารถนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของ ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation)

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องที่ 6	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	พยาบาลสุขภาพและจิตเวชสามารถนำการบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE และการแก้ปัญหา (Problem Solving)ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้ วิธีการปฏิบัติตัว ฯลฯ 3. ความคุมทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การบำบัดโดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (Coping Strategy Enhancement, CSE) และการแก้ปัญหา (Problem Solving) ส่งผลต่อความสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย
วัน/เดือน/ปีเกิด	24 มกราคม 2505 อายุ 47 ปี
จังหวัดที่เกิด	จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, 2527
	จังหวัดชลบุรี
	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
	โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา, 2534
	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน
	เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
	โทร 02-4370199 ต่อ 4429 มือถือ 081- 8663634
	E-Mail address ru.en.rudee@hotmail.com

Copyright by Mahidol University