



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA

PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS

ฐิติวรดา แคนดา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ


พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA
PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS

ฐิติวรดา แคนดา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

พ.อ.ศด.ตจ. 

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายสมร เฉลยกิตติ
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



รองศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
กรรมการ




อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
กรรมการ



รองศาสตราจารย์อัสยา จันทร์วิธานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ฐิติวรดา แคนตา 576111

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทวีศักดิ์ กสิผล, ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

ชญาภา ประเสริฐทรง, กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรื้อฟื้นโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561- ธันวาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็นแบบอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ 1) คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยเนื้อหาประกอบด้วย เรื่องย่อยทั้งหมด 4 หน่วย ดังนี้ 1) กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) แบบประเมินอาการทางจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล และ 4) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ และวัดประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีจำนวน 72 ข้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอน รูปแบบซิปปาเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้การจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม กระบวนการเรียนการสอนของรูปแบบซิปปา ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การทบทวนความรู้เดิม 2) การแสวงหาความรู้ใหม่ 3) การศึกษาทำความเข้าใจ ข้อมูล/ความรู้ใหม่ และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม 4) การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม 5) การสรุปและจัดระเบียบความรู้ 6) การปฏิบัติและ/หรือการแสดงผลงาน และ 7) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลเวชปฏิบัติ

THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA
PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS

THITIVARADA CANDA 576111

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TAWEESAK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

CHADAPA PRASERTSONG, RN.Ed.D. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

ABSTRACT

Objective: To study the effect of training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioner

Material and Method: This study was a quasi-experimental research, which had two group pretest-post test experiment. The sample was thirty professional nurses who received four-month training on nurse practitioner curriculum (primary medical care) and worked at health promoting hospital in Buriram province during October to December 2018. The sample was selected by simple random sampling. The experimental group received the schizophrenia care training Program for nurse practitioner and the control group was an usual nursing care. The research instruments were 1) Manual of training Program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners and Evaluate by seventy-two items schizophrenia knowledge test. The researcher applied the CIPPA Model as a framework of teaching, which focused on student center, to the training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners. Data analysis were used descriptive statistics, mean, percentage, and t-test statistics for comparison of knowledge scores on schizophrenia.

Results: The experimental group who participated in the schizophrenia care training program had higher score on knowledge of schizophrenia patient care than the control group with statistical significance at the level .01. Also, the experimental group had higher score on knowledge of schizophrenia patient care after participating the schizophrenia care training program than before participating program with statistical significance at the level .01 (mean before 46.10, mean after 62.10)

Keywords: Training program, Schizophrenia, Nurse practitioners

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยการได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล และอาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางด้วยความปรารถนาดีอย่างสม่ำเสมอ และคอยให้กำลังใจตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ และรู้สึกประทับใจในความเมตตาที่คณาจารย์ทุกท่านได้มอบให้ตลอดในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ประธานกรรมการ และรองศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว กรรมการสอบปากเปล่าที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยกิตติ พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ธีระศิลป์ และนางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลลักษณ์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณพยาบาลเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อปาน คุณแม่ไข แคนดา และครอบครัว ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายหน้ากิจการพยาบาล หัวหน้าตึกรสสุคนธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ เอื้ออาทร และให้กำลังใจด้วยดีตลอดการศึกษา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ กัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด นอกจากนี้ ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ขอขอบคุณ ด้วยความรู้สึกในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ฐิติวรดา แคนดา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.6 คำนิยามศัพท์	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	8
2.2 แบบประเมินอาการทางจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)	21
2.3 โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
2.4 ทฤษฎีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็น ศูนย์กลาง : โมเดลซิปปา (CIPPA Model)	31
2.5 บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชระดับปฐมภูมิ	37
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2 แบบแผนการวิจัย	42
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	46
3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ	47
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	53
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อตกลงเกี่ยวกับการแปลผล และการวิเคราะห์ข้อมูล	55
4.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	62
5.2 อภิปรายผล	64
5.3 ข้อเสนอแนะ	66
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	72
ภาคผนวก ข คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS	73
ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	117
ภาคผนวก ง หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	118
ประวัติผู้เขียน	119

สารบัญ ตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท	14
2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8)	22
3 การแปลผล	23
4 แบบแผนการวิจัย	42
5 แบบแผนโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ	50
6 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับ คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
7 คะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายบุคคล	58
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง	59
9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุม	59
10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
11 เปรียบเทียบความแตกต่างของการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	61

สารบัญ แผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

40



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้าน สังคม เศรษฐกิจ ภัยธรรมชาติหรือแม้แต่ภัยจากการกระทำของมนุษย์ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสหพันธ์สุขภาพจิตโลก (World Federation for Mental Health : WFMH) ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาระดับโลกโดยเฉพาะโรคจิตเภท ในปี 2015 พบผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการรับการบำบัดรักษา ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการบำบัดรักษา (กรมสุขภาพจิต. 2556) สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชจากผลสำรวจระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิตในปี 2556 พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศเจ็บป่วยจากโรคจิตเวช มีปัญหาสุขภาพจิต ตึ่มสุราและใช้สารเสพติดเฉลี่ยร้อยละ 14 หรือประมาณ 7.16 ล้านคน จากรายงานกรมสุขภาพจิตตัวเลขการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอกด้านจิตเวชเพิ่มสูงถึง 1.5 ล้านคน พบเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดประมาณ ร้อยละ 60 ของกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมดทั่วประเทศมีประมาณ 600,000 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย และมีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการแล้ว 480,000 คน (กรมสุขภาพจิต. 2560) และผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของโรคจิตเภทในผู้ป่วยไทย ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 0.7 อายุเริ่มป่วยครั้งแรกในผู้ป่วยชายและผู้หญิง 20 ปี และ 24 ปี ตามลำดับ (ปทานนท์ ขวัญสุนิห์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. 2561 : 50-62)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทมัก มี ทัศนคติ ภูมิ ของโรคที่เรื้อรัง ไม่หายขาด และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยครั้ง และยังพบปัญหาในด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลง ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ในที่สุด เป็นภาระแก่ครอบครัวญาติ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ส่งผลกระทบต่องบประมาณของภาครัฐในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งงบจิตเวชในปีงบประมาณ 2559 จำนวนถึง 49 ล้านบาท ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมดรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2558) ในขณะที่จำนวนของบุคลากรสุขภาพจิตยังมีน้อยและขาดแคลนพบมีจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องมีตามมาตรฐานจากผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วประเทศมีประมาณ 6 แสนคน เข้าถึงบริการรักษามากกว่าเดิมถึงเท่าตัว

ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 70 โดยจิตแพทย์ทั้งประเทศมีเพียง 675 คน ซึ่งต่ำกว่าจำนวนที่น่าจะเป็น คือ 1,319 คน คิดตามอัตราเฉลี่ยจิตแพทย์ 2 คนต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนจำนวนพยาบาลจิตเวช ปัจจุบันมีเพียง 3,422 คน ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งต้องมีค่าเฉลี่ยพยาบาลจิตเวช 7.1 คนต่อประชากร 1 แสนคน และยังขาดพยาบาลจิตเวชสำหรับเด็กและวัยรุ่นอย่างมาก ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้เร่งแก้ไขปัญหา การขาดแคลนบุคลากรและการกระจายตัวให้ครอบคลุมเขตสุขภาพ 13 เขตทั่วประเทศ เพื่อให้ ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงบริการใกล้บ้านที่สุดและทั่วถึงเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทั่วไป โดยใช้ 2 มาตรการหลัก คือ จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นให้แพทย์และพยาบาลทั่วไป และผลิตจิตแพทย์ เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษาโรคที่ย่างยากซับซ้อน จากการประเมินผล พบว่า สามารถบรรเทาปัญหา ขาดแคลนบุคลากรได้ดีขึ้น โดยมีจำนวนจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชทำงานเพิ่มขึ้นในพื้นที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากกว่าเดิม เช่น โรคซึมเศร้าซึ่งมีผู้ป่วยประมาณ 1.5 ล้านคน เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวเป็นเกือบร้อยละ 50 โรคจิตเวชซึ่งทั่วประเทศมีเกือบ 6 แสนคน เข้าถึงบริการรักษาได้มากกว่าเดิมถึงเท่าตัว ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 70 เด็กสามารถเข้าถึงบริการเพิ่ม มากขึ้น ถึงร้อยละ 10 เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต. 2556)

ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในแต่ละอำเภอควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ควรได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และจิตเวชและพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อตอบสนองนโยบาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมถึงสมรรถภาพของผู้ให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต. 2555) รัฐบาลจึงได้กำหนดให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อ บุคคลสังคมและประเทศชาติซึ่งผลกระทบเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการบรรลุเป้า หมายในการพัฒน์ นางาน ด้านสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต. 2555) อีกทั้งมีการมุ่งเน้นพัฒนาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาจะมุ่งเน้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านสถานบริการ และ 3) ด้านความสามารถ ของระบบบริการ ทั้งการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต ระบบยา การส่งต่อ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในด้านบุคลากรจะเพิ่มศักยภาพและความรู้แก่บุคลากร ทีมสหวิชาชีพในงานสุขภาพจิตและจิตเวชทุกระดับผ่านโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และโครงการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการ สาธารณสุข (กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต. 2556) ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่มี ศักยภาพความรู้ความสามารถในงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เพียงพอ เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพจิต ในปี 2561 เน้นยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งระดับหมู่บ้าน ชุมชน ตำบลทั่วประเทศ เนื่องจากเป็นพื้นที่

ส่วนใหญ่ของประเทศเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมอบหมายให้ศูนย์สุขภาพจิต ทั้ง 13 แห่งทั่วประเทศ อบรมพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มี 9,826 แห่งทั่วประเทศ เป็น ปีแรก อบรมแห่งละ 1 คน สามารถดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้ และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขหลักสูตรเชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน ให้มีอย่างน้อยตำบลละ 1 คน เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน สามารถให้การปฐมพยาบาลจิตใจในภาวะวิกฤติ ดูแลสุขภาพจิตรายกลุ่ม และส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามบัญญัติสุข 10 ประการ และเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กรมสุขภาพจิต. 2561 : ออนไลน์)

สถานบริการในระดับปฐมภูมิ ถึงแม้จะเน้นการให้บริการโรคทางกายเป็นหลักแต่ก็มีโอกาสได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชรวมถึงผู้ป่วยจิตเภท จากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้รับบริการผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลรัฐด้วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ดังนั้น การพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติจึงเป็นประโยชน์ต่อการนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิให้เหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ พ.ศ. 2557 ที่ต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในแต่ละอำเภอควรมีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชอย่างน้อย 1 คน (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. 2557 : 299-312) รวมถึงบุคลากรอื่น ๆ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติมีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นนั้น เป็นบทบาทที่ปฏิบัติมากที่สุดถึงร้อยละ 70.4 รองลงมา คือ บทบาทให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ บทบาทการค้นหาผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรค การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงบทบาทในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. 2555) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พยาบาลเวชปฏิบัติจึงมีความสำคัญในการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวช การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพจิตและจากการศึกษาของคณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (สิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ. 2558 : 101-118 อ้างถึงใน สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. 2555 : 25-38) พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกระดับสถานบริการยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และขาดความพร้อมในด้านความรู้เรื่องยาทางจิตเวช ในขณะที่จำนวนผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน (บุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ. 2550 : 481-489) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดา

กาญจนโจน์กุล และศิริพร ทองบ่อ (2542 : 201-212) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนแหล่งสนับสนุนในการทำงานทั้งในด้านบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ ในเรื่องสุขภาพจิตโดยตรง ขาดการสนับสนุนด้านความรู้ เอกสารวิชาการ การอบรมฟื้นฟู ความรู้ สุขภาพจิตและจิตเวช และการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ มีปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็น ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมาก จากข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป กรณีศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ปฏิบัติหน้าที่การตรวจรักษาโรคทั่วไปงานคลินิก ผู้สูงอายุคลินิกโรคเรื้อรังคัดกรองภาวะสุขภาพก่อนพบแพทย์ เยี่ยมบ้าน งานดูแลสุขภาพชุมชน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับการอบรมเพิ่มเติม พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปสามารถใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการอย่างเป็นระบบและองค์รวม กระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องอยู่ในลักษณะที่ดี ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปได้รับการยอมรับจากผู้บริหารผู้ร่วมงานและประชาชนที่มาใช้บริการในระดับที่ดี (สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. 2555 : 25-38) อย่างไรก็ตาม การอบรมในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชมีอยู่น้อยมากในพยาบาลเวชปฏิบัติ หากเปรียบเทียบกับ การอบรมในเรื่องที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งมีการศึกษาความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (สิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ. 2558 : 101-118)

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติเพื่อขยายขอบเขตการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งต้องการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น (สำนักการพยาบาล. 2550) โดยจังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินกิจกรรมสุขภาพดีบนวิถีแห่งความปรองดองสู่ครอบครัวเดียวกันพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้าน ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้รับการดูแลด้วยบริการที่ดีซึ่งการพัฒนาระบบบริการที่ดีจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่เท่าเทียมด้านการติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบทั้งระดับบุคคลและชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้กำหนดกิจกรรมพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้าน ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้รับการดูแลด้วยบริการที่ดีควบคู่กันไป ลดความรู้สึกที่ไม่เท่าเทียมกัน สร้างความมั่นใจและความพึงพอใจของประชาชน สำหรับพื้นที่ของจังหวัดบุรีรัมย์มีผู้สูงอายุ จำนวน 207,403 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 2,293 คน คนพิการทุกประเภท จำนวน 51,196 คน เป็นคนพิการกลุ่มติดเตียงหรือคนพิการที่จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ จำนวน 2,547 คน และมีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3,394 คน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป (สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์. 2557) แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาและการฝึกอบรมเพื่อพัฒนา ศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต การคัดกรอง การประเมินผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยง การบำบัดรักษาเบื้องต้น สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การฟื้นฟูจิตใจ การให้บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านสังคมในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับเข้าชุมชน รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาด้านบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบถึงความต้องการที่จะพัฒนาตนเองเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชเบื้องต้นในชุมชน ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และยังไม่พบการศึกษาในเรื่อง การพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในลักษณะของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติ ได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับปฐมภูมิเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

1.2 คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่ม ทดลอง กับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
2. พยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
3. พยาบาลเวชปฏิบัติที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทำการวัดคะแนนจากแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ประชากร (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

1.6 คำนิยามศัพท์

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (Training program on schizophrenia patient care for nurse practitioners) หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ที่เรียกว่า โมเดลชิปปา (CIPPA Model) มาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ โดยหลักการของรูปแบบชิปปาได้ยึดหลักการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) รวมถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์พฤติกรรม การรับรู้ การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2556)

อนามัยโลก (The 10th Edition of International Classification Disease : ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่บุคคลมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ

มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาและสติสัมปชัญญะมักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดในช่วงที่มีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (World Health Organization [WHO]. 2006)

3. พยาบาลเวชปฏิบัติ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) เป็นผู้มีสิทธิกระทำการรักษาโรคเบื้องต้นภายใต้ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นที่สภาการพยาบาลกำหนด (สภาพยาบาล. 2554)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพยาบาลจากพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสม ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

2. พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำไปประกอบการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

3. พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำไปประกอบการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้ทีมพยาบาลวิชาชีพในสาขาอื่น ๆ ในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน โดยมีรายละเอียดในแต่ละข้อดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

2.3 โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4 ทฤษฎีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง : โมเดลชิปปา (CIPPA Model)

2.5 บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่าง ๆ มีความบกพร่องด้านมนุษยสัมพันธ์ เช่น เงียบเฉย ไม่ค่อยสนใจผู้อื่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดมากกระตุ้นอาจทำให้มีอาการผิดปกติเด่นชัดขึ้นมา มักเริ่มปรากฏเด่นชัดในช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตหรือวัยรุ่น สาเหตุของความผิดปกติยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนจึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคทำได้ค่อนข้างยาก โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมค่อนข้างมาก จำเป็นที่พยาบาลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในทุกด้าน (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2556)

2.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “Skizo” หมายถึง การแยกออก “Split” และ “Phren” หมายถึง จิตใจ (Mind) เมื่อรวมกันจึงหมายถึงบุคคลที่มีจิตใจแตกแยก ในทางจิตเวชศาสตร์ โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ (Perception) อารมณ์ (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนปัจจุบันโดยที่ Bleuler เห็นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Cognitive) และไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2556)

2.1.2 อุบัติการณ์

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 0.9 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นโรคนี้ โรคจิตเภทเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพบได้มากในครอบครัวที่มีฐานะยากจน โรคนี้เกิดในผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 15 – 34 ปี ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่อายุน้อยจึงไม่สามารถทำให้เรียนสูงได้ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชาวผิวดำเป็นมากกว่าผิวขาว (สมภพ เรื่องตระกูล. 2556)

2.1.3 ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

สามารถแบ่งได้ 4 ปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วย เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การเกิดโรคนี้มีความสัมพันธ์กันในฝาแฝด พบว่า คนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งเป็นได้ถึงร้อยละ 77.60 และในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันที่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 91.50

2) ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง (Biological factors) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบ 3 ประการ คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณ Dopamine ที่ Synapse ในสมองมากเกินไป มีจำนวน Post synaptic receptor มากเกินไปมีความไม่สมดุล ระหว่าง Excitatory action ของ Acetylcholine กับ Inhibitory action ของ Dopamine และ Gamma-amino butyric acid สันนิษฐานว่าความผิดปกติของ Catecholamine metabolism โดยมี Hyperactivity ของ Dopamine เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของโรคจิตเภท นอกจากนี้ ยังมี การศึกษาค้น พบว่า ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ Monoamine oxidize ต่ำใน Blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการตรวจวินิจฉัยโรค ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อประกอบการวินิจฉัยหาความผิดปกติ (Computerized tomography scan) บางรายพบว่า มีการขยายของ Lateral ventricles บางรายพบว่า มีปริมาณ ของ Salcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางราย พบว่า มีการฝ่อของ Anterior vermis ของ Cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอนเหมือนโรคทางกายอื่น ๆ

3) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎี จิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด การจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้ ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติและสามารถ ตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทง่ายจะมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พุดน้อย ไม่ไวใจคน ระแวง ขาดน้ำใจ ประหม่าง่าย

เวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าธรรมดา ความผิดปกติของอุปนิสัยดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม

4) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ประชากรที่มีฐานะยากจนจะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง นอกจากนี้ ยังมีรายงาน พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันพยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตนในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (Ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภทหรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป Over possessive และ Over control ทำให้เด็กเติบโตมาเป็นแบบ Dependent ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม ผลจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว การมีประวัติทางพันธุกรรมในหมู่เครือญาติเป็นบุคคลมีแนวโน้มจะเป็นโรคนี้นี้ได้ง่ายจากการได้รับยีนส์ (Gene) ที่เป็นโรคมานี้ เมื่อเติบโตขึ้นมาภายใต้ภาวะที่กดดันจะเป็นตัวส่งเสริมทำให้เป็นโรคจิตเภทง่ายขึ้น อาการและอาการแสดง โรคนี้อาจเริ่มเป็นในวัยหนุ่มสาวพบบ่อยในอายุระหว่าง 20-30 ปี พบได้น้อยมากในอายุ 40 ปีขึ้นไป อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งเป็นความผิดปกติที่พบได้ออกเป็น 4 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1) ความผิดปกติของความคิด เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยเกือบทุกรายมี 2 ชนิด คือ

(1) รูปแบบความคิดผิดปกติ (Disorder of form) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตาม ขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้น เวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่องเพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกัน เป็นเรื่องราว จะเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง มักพูดไม่ตรงจุดอาจพูดซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย บางรายพูดสัมผัสอักษรแต่ไม่ได้ใจความหรือเพิ่มเติมรายละเอียดซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องที่พูด ความผิดปกตินี้เรียกว่า Loosening of association ซึ่งจะพบได้ในวัยหนุ่มสาว โดยที่ Consciousness ของผู้ป่วยดี ไม่มีโรคทางกายหรือพิษจากยา และมีอาการไม่สบายมานานกว่า 2 สัปดาห์ รูปแบบความคิดเมื่อผิดปกติมากขึ้น คำพูดจะเป็นแบบ Incoherence คือ การพูดไม่ต่อเนื่องกัน ขาดเป็นช่วง ๆ อาจพูดเป็นคำเป็นพยางค์หรือเป็นประโยคที่ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ฟังแล้วไม่เข้าใจ ผู้ป่วยมัก สัมผัส พูดเรื่องอะไร รูปแบบความคิดผิดปกติอย่างอื่นที่สามารถพบได้มีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

(1.1) Blocking คือ กระแสความคิดหยุดชะงักทันทีเพราะความคิดขาดหายไปเฉย ๆ หรือมีความคิดอย่างอื่นมาแทรกทำให้นึกไม่ออกว่ากำลังพูดเรื่องอะไรอยู่ก่อน

(1.2) Perseveration คือ คำพูด (หรือการกระทำ) ซ้ำ ๆ ติดต่อกัน โดยไม่มีความหมาย แม้จะเปลี่ยนไปพูดเรื่องอื่นแล้วผู้ป่วยยังคงพูดอยู่ (หรือกระทำ) ซ้ำ ๆ อยู่เช่นนั้น

(1.3) Circumstantiality ผู้ป่วยพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด เพิ่มเติมรายละเอียดมากเกินไป แต่สุดท้ายก็จบลงได้ใจความตามต้องการ

(1.4) Tangentiality ผู้ป่วยพูดออกนอกเรื่องไม่ตรงกับเรื่องราวที่ต้องการจะพูด ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องที่ ต้องการจะพูด

(2) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Disorder of content) ความผิดปกติของการคิด โดยขาดการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นจริงและเหตุผล ผู้ป่วยจะมีความคิด เขาหาตนเอง (Autism) ไม่มองสิ่งแวดล้อมจนในที่สุดมีอาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

(2.1) Delusion of persecution หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย

(2.2) Delusion of reference หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน ว่าร้ายนินทาตนเอง

(2.3) Delusion of being controlled หลงผิดคิดว่าการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจ ภายนอก

(2.4) Delusion of somatic หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย

(2.5) Delusion of grandeur หลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่

(2.6) Delusion of nihilistic หลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป

4.2) ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorder of perception) อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอกมีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

(1) Auditory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรือหูแว่ว พบบ่อยในผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอกอาจเป็นคำพูดหรือเสียงที่พบบ่อย คือ เสียงคนมาพูดว่าหรือเสียงคนพูดเรื่องของผู้ป่วย อาจเป็นเสียงของคน ๆ เดียวหรือหลายคน บางรายเป็นเสียงคนคุ้นเคยหรือเสียงคนอื่นที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ บางรายกลัวและบางรายพูดโต้ตอบด้วย

(2) Visual hallucination อาการประสาทหลอนทางการเห็น ภาพหลอนเห็นภาพเป็นคนหรือ สิ่งของ บางรายเห็นภาพคนจะมาทำร้าย

(3) Gustatory hallucination อาการประสาทหลอนทางการรับรส รุ้สึกรสแปลก ๆ

(4) Tactile hallucination อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส

(5) Alfactory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น รุ้สึกกลิ่นแปลก ๆ

นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่ปรากฏ ได้แก่ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียก Illusion อาการประสาทหลอนที่ช่วยสนับสนุนว่าเป็นโรคจิตเภท ถือเป็น Schneider's first rank symptom ได้แก่ ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ได้ยินเสียงคนพูดโต้ตอบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตน

4.3) ความผิดปกติด้านอารมณ์ (Disorder of affect) ความผิดปกติด้านอารมณ์จะเป็นอาการสำคัญ แต่การแปลผลค่อนข้างยาก นอกจากรายที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะทางอารมณ์ผิดปกติ 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

(1) Apathy ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ออกมาให้เห็นเลยทั้ง ๆ ที่เพิ่งทราบว่าญาติสนิทถึงแก่กรรม

(2) Appropriate mood แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับความคิดหรือเหตุการณ์ขณะนั้น

4.4) ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Disorder of motor behavior) มักพบในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงและเรื้อรัง หรือเฉียบพลัน อาการที่พบบ่อย คือ Steriotypy เป็นการกระทำซ้ำ ๆ เกิดขึ้นเองเรื่อย ๆ และสม่ำเสมอ เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา Catalepsy ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ Waxy flexibility คล้าย Catalepsy ถูกจับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งก็จะคงอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานาน Stupor ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว Mutism ผู้ป่วยไม่พูด มักพบร่วมกับอาการ Stupor เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณะของตน ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

2.1.4 อาการเริ่มต้นทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

- 1) อาการเริ่มต้นด้วยพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง
- 2) ไม่สนใจตนเอง แต่งกายสกปรก
- 3) แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สีหน้าเฉยเมย
- 4) ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจการเรียนและการทำงาน
- 5) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
- 6) พูดคนเดียว

2.1.5 การจำแนกชนิดของโรคจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกชนิดของโรคจิตเภท สามารถจำแนกได้เป็น 7 ชนิด ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

1) Simple type ผู้ป่วยขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยสิ้นเชิง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางเสื่อม เก็บตัวอยู่ตามลำพังคนเดียว ละเลยกิจวัตรประจำวัน

อารมณ์เฉยเมย ไม่คิดว่า ตนผิดปกติ ไม่มีความคิดหลงผิดประสาทหลอน มักเกิดกับวัยรุ่นน้อยเป็น
น้อยไป ถ้าญาติไม่ดูแลหรือพามาปรึกษาอาจประพฤติดี เช่น ลักขโมย เป็นโสเภณีหรือเป็นคนจรจัด

2) Disorganized type (Hebephenic) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและความคิด
หลงผิด มีความคิดและคำพูดไม่สอดคล้องกัน (Incoherence) อารมณ์เฉยเมย Apathy หรือ Inappropriate
ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ มักมีความผิดปกติ
ทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหายและเป็นภาระของสังคม
ต้องมีคนคอยดูแลตลอดชีวิต

3) Catatonic type ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว
อาจเป็นได้ทั้งแบบไม่เคลื่อนไหว (Stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (Negativism) อยู่ในท่าเดิม (Rigidity) หรือ
ตื่นเต้นวุ่นวาย (Excitement)

4) Paranoid type ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว
ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก อาการ
ค่อนข้างคงที่การพยากรณ์โรคมักจะดีกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

5) Schizoaffective มีอาการเฉียบพลัน อาการเข้าได้กับโรคจิตเภท มีอารมณ์เศร้า
ร่วมกับอาการ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดซ้ำ รู้สึกว่าตนมีความผิด เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีอัตรา
การฆ่าตัวตายบ่อยกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

6) Undifferentiated type ผู้ป่วยประเภทนี้มีอาการของโรคจิตเภทไม่ชัดเจนไม่สามารถ
จัดเข้าประเภทอื่น ๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

7) Residual type ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จะเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว
อาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น ชอบนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว สีหน้าเฉยเมย ไม่ค่อยแสดง
ความรู้สึก ขาดความคิดริเริ่ม มักคิดและพูดอะไรแปลก ๆ พบว่ายังมี Loosening of association อยู่บ้าง
ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

2.1.6 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคมักไม่เด่นชัดเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปแต่ระยะแตกต่างกันมากเมื่อเป็น
โรคนี้แล้วโอกาสจะหายเป็นปกติมีน้อย ส่วนมากผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพเหลืออยู่มีเพียง
ส่วนน้อยที่เป็นปกติ เมื่อเป็นหลาย ๆ ครั้งผู้ป่วยจะยิ่งผิดปกติมากจนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและ
การทำงาน บางรายต้องอยู่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานาน ๆ หรือเป็นภาระต่อญาติพี่น้องอย่างมาก
เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยมักอยู่ตามลำพังในบ้านขาดความสัมพันธ์ตามปกติ
ที่ควรมีกับคนในบ้าน มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด (สมภาพ เรื่องตระกูล.
2557)

ตารางที่ 1 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก	1. เริ่มมีอาการขณะอายุยัง น้อย
2. มีสาเหตุกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบสาเหตุกระตุ้น
3. อาการเกิด ชั่วฉับ บพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการค้ำ นอรรวมด้วย	4. อารมณ์รยี้ บเฉยแยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบหวาดระแวง หรือวุ่นวาย	5. ลักษณะอาการเป็นแบบเรื้อรียเปื้อย คาดเดาไม่ได้
6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมไม่ดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติโรคอารมณ์แปรปรวนในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรส หรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

2.1.7 หลักการวินิจฉัยโรค มีดังต่อไปนี้

- 1) อาการของโรคเริ่มเป็นก่อนอายุ 40 ปี
- 2) อาการเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เป็นเดือน หรือเป็นปี ระยะเวลาไม่สบายต้อง ไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์
- 3) มีอาการดังต่อไปนี้
 - 3.1) มีความผิดปกติของรูปแบบของความคิด
 - 3.2) มีอาการหลงผิด
 - 3.3) มีอาการประสาทหลอน
 - 3.4) พฤติกรรมของผู้ป่วยผิดปกติ
 - 3.5) มีอารมณ์แบบ Apathy หรือ Inappropriate
 - 3.6) insight เสีย
- 4) ถ้ามีอาการ Schneider's first rank symptom เช่น ผู้ป่วยคิดว่าคนอื่นได้ยิน ความคิดของตนจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- 5) ผู้ป่วยมี Consciousness ดี และความจำไม่เสีย
- 6) ไม่มีโรคทางกายหรือพิษจากยา ซึ่งจะเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตดังกล่าว
- 7) ถ้ามีญาติสนิทเป็นโรคจิตเภทจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรคที่ อาจมีอาการคล้ายกันได้ คือ โรคอารมณ์แปรปรวน โรคประสาทย้ำคิดย้ำทำและโรค Organic brain syndrome

2.1.8 การบำบัดรักษา

การบำบัดที่ได้ผลและมักนิยมใช้มีดังนี้

1) Cognitive behavioral therapy คือ เป็นการรักษาโดยนักจิตบำบัดเพื่อช่วยเรื่องความคิดและพฤติกรรม นักจิตบำบัดอาจสอนเกี่ยวกับการตรวจสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องจริงหรือไม่ และช่วยแนะนำวิธีการเผชิญต่อเสียงที่ได้ยิน

2) Self-Help groups คือ การที่ผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะเดียวกันมาพบและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ซึ่งปกติแล้วนักจิตบำบัดจะไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

3) Family therapy คือ การพบนักจิตบำบัดพร้อมกับครอบครัว ครอบครัวควรทราบเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เป็นอยู่มากที่สุด นักจิตบำบัดจะช่วยครอบครัวของคุณเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขหรือการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

4) Rehabilitation คือ การบำบัดนี้รวมถึงการแนะนำอาชีพ การจัดการเรื่องเงิน และการฝึกการสื่อสาร โดยจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำงานได้ดีขึ้นภายในสิ่งแวดล้อมของตน

5) การบำบัดการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยบางคนที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการติดสารเสพติดร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการดีขึ้นเมื่อมีการบำบัดการใช้สารเสพติดเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคจิตเภท

6) Milieu therapy เน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดภาวะเครียด พัฒนาความสามารถในการปรับตัวรายบุคคล

7) Electroconvulsive therapy ใช้ในรายต่อไปนี้

7.1) Severe schizophrenia ผู้ป่วยรายที่ใช้ยาไม่ได้ผล หรือเป็นชนิด Catatonia แบบ Stupor หรือ Excitement ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเร็วมาก ภายหลังจาก 2-3 ครั้ง โดยให้ยาจิตบำบัดร่วมไปด้วย

7.2) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างมากร่วมด้วย บางรายมีอาการรุนแรงและคิดฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจะช่วยลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายได้

7.3) ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งมาก ไม่สามารถควบคุมด้วยยาได้

8) การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ซึ่งการรักษาที่มี 2 ช่วง ได้แก่ ระยะเวลาควบคุมอาการการรักษา คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้สงบ (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้

เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล และระยะให้ยาต่อเนื่องหลังจากที่อาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นี้ ต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมีอาการกำเริบซ้ำ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Honestdocs. 2560 : ออนไลน์)

8.1) ความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทพยาบาลเวชปฏิบัติควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาจิตเวชดังนี้

(1) ความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยา กระบวนการดูดซึมของยา การกระจายยา และการขับยา

(2) วิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช

(3) การปฏิบัติพยาบาลที่สำคัญในยาจิตเวชแต่ละกลุ่ม

8.2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาจิตเวชมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยนำยาจิตเวชไปใช้ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเข้าใจในการใช้ยาจิตเวชและไม่เกิดอันตรายขณะใช้ยา จึงควรให้ความรู้ในด้านดังต่อไปนี้

(1) การปฏิบัติตนโดยทั่วไปขณะได้รับยาจิตเวช

(2) ปฏิกริยาของยาจิตเวชนี้กับยาหรือสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยควรระวัง

(3) อาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยควรรายงานผู้บำบัด

(4) อาการข้างเคียงบางอย่างที่ไม่เป็นอันตรายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยาต่อไป

(5) เป้าหมายในการใช้ยาจิตเวชและแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง

8.3) ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

8.4) การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชใหม่อยู่เสมอ พยาบาลเวชปฏิบัติต้องพัฒนาตนเองในด้านความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประเภทของยาทางจิตเวชสามารถจัดเป็นกลุ่มที่สำคัญได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2557)

1. ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs/Major tranquillizers) ใช้รักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia)

2. ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant drugs) ใช้รักษาโรคซึมเศร้า (Depressive disorder)

3. ยาคลายกังวล (Antianxiety drugs/Anxiolytic drugs/Minor tranquillizers) ใช้รักษาโรควิตกกังวล (Anxiety disorder)

4. ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizing drugs/Antimanic drugs) ใช้รักษา
ภาวะโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder)

ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs /Major tranquilizers) กลไกการออกฤทธิ์
ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมองโดยเฉพาะกระบวนการทางชีวเคมีของสารสื่อประสาท
(Neurotransmitters) ช่วยให้อาการทางจิตของโรคจิตเภทดีขึ้น

ข้อบ่งใช้

1. รักษาโรคจิตเฉียบพลันและโรคจิตเรื้อรัง
2. โรคจิตเภท Schizophrenia
3. ใช้ควบคุมอาการทางจิตที่สำคัญได้แก่อาการหลงผิดอาการประสาทหลอนซึ่งเป็น
อาการที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่นที่มีสาเหตุมาจากได้รับสารเสพติด หรือ ฤทธิ์
ด้วยยาบางอย่าง
4. โรคทางกายที่มีอาการทางจิต (Organic brain syndrome with psychosis)
5. รักษาอาการ Agitation ในผู้ป่วย Alzheimer และ Bipolar disorder
6. รักษาอาการก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ป่วย Delirium
7. ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการสับสนวุ่นวายอะอะอาละวาดหรือมีพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ
8. Mood disorder ให้ยารักษาอาการทางจิตเพื่อบำบัดในช่วงแรกขณะที่รอออกฤทธิ์
การรักษาของ Lithium นอกจากนี้ ยังใช้ในการรักษาอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นในช่วงของโรคใน
Bipolar disorder หรือ Major depressive disorder

ตัวอย่างยาที่ใช้

1. Typical antipsychotic drugs หรือ Dopamine Antagonists (DA) เป็นยา
รักษาโรคจิตกลุ่มกลุ่มเก่า
 - Chlorpromazine (Largactil) 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg
 - Thioridazine (Melleril, Tidazine, Thiomed) 10 mg, 25 mg, 50 mg,
100 mg
 - Perphenazine (Trilafon, pernazine, Pernamed) 2 mg, 4 mg, 8 mg
 - Trifluoperazine (Stelazine, Triflazine, Psyrazine) 1mg, 2 mg, 5 mg,
10 mg
 - Fluphenazine (Fendec, Phenezine, Prolixin) 25 mg/ml
 - Zuclopenthixol Acetate (Clopixol acuphase) 50 mg/ml, 200 mg/ml
 - FlupenthixolDecanoate (Fluanxol depot) 20 mg/ml, 40 mg/ml

- Haloperidol (Haldol, Halop, Haridol) ชนิดรับประทาน 0.5 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg และชนิดฉีด 5 mg/ml

- Bromperidol (Impromen) 5 mg, 10 mg มีทั้งชนิดรับประทานและฉีด

2. Atypical antipsychotic drugs หรือ Serotonin-Dopamine Antagonists (SDA) เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ซึ่งยากกลุ่มใหม่นี้มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาต่างจากยากกลุ่มเดิม มีการตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงประเภท Extrapyramidal symptoms น้อยกว่ายากกลุ่มเดิมแต่ราคาจะค่อนข้างสูงกว่ายากกลุ่มใหม่ ได้แก่

- Clozapine (Clozaril, Clopaze) 25 mg, 100 mg

- Risperidone (Risperdal) 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg

- Olanzapine (Zyprexa) 5 mg, 7.5 mg, 10 mg

- Quetiapine (Seroquel) 25 mg, 100 mg, 200 mg

- Ziprasidon (Geodon) 20 mg, 40 mg

- Abilify (Aripiprazonle) 10 mg 15 mg

ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงต่อไปนี้แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดกับผู้ป่วยทุกรายฤทธิ์ข้างเคียงและการรักษาพยาบาลหรือการให้คำแนะนำในการแก้ไขฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ประกอบด้วย

1. ผลจากฤทธิ์ที่เกิดจากการปิดกั้นที่อวัยวะรับสัมผัสอัลฟา-อะดรีเนอร์จิก (Anti-alpha-adrenergic receptor effect)

1.1 ความดันเลือดตกเมื่อยืนขึ้น

1.2 อาการง่วงนอน

2. ผลจากฤทธิ์ของแอนติโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic side effect)

2.1 ปากแห้งคอแห้ง

2.2 ตาพร่า

2.3 ท้องผูก

2.4 ปัสสาวะลำบาก

3. ผลจากฤทธิ์ที่เกิดจากการปิดกั้นโดปามีนทำให้จำนวนโดปามีนลดลง (Antidopaminergic effect)

3.1 ฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Extrapyramidal

3.2 อาการยึกยือเหตุยาที่เกิดซ้ำ (Tardive dyskinesia)

3.3 อาการนั่งไม่ติด (Akathisia)

3.4 อาการยึกยือเหตุยาคือ มีจังหวะการเคลื่อนไหวไม่สม่ำเสมอสาเหตุจากยาที่เกิดจากกับกล่องเสียงและคอหอย (Laryngeal – pharyngeal dyskinesia)

3.5 กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ร้ายแรง (Neuroleptic Malignant Syndrome : NMS)

4. ผลของฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ

4.1 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

4.2 ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

4.3 มีน้ำตาลในเลือด

4.4 สมรรถภาพทางเพศลดลง

5. ผลของฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

6. ผลของฤทธิ์ข้างเคียงต่อการสีจับที่ลูกตา (Ocular pigmentation)

7. ผลของฤทธิ์ข้างเคียงต่อการชัก (Convulsion)

2.1.9 อาการไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง)

1) Extrapyramidal Symptoms (EPS) ทำให้เกิดเกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว
ดังนี้

1.1) Pseudoparkinsonism /Parkinsonism มีอาการเหมือนกับคนเป็นโรค Parkinson เช่น เคลื่อนไหวช้า (Akinesia) เดินขาลากมีอาการสั่น (Tremor) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (Rigidity) สีหน้าเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (Mask Face) กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้มีน้ำลายเต็มปาก

1.2) Acute dystonia ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle spasm) คอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้างกล้ามเนื้อที่หน้ากระดูกขากรรไกรแข็งน้ำลายไหลลิ้นคัมปากพูดไม่ชัดกลืนลำบากตาเหลือกขึ้นค้างบนตลอดเวลาหลังแอน

1.3) Akathisia เป็นความรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่น มีอาการคล้าย Agitation

1.4) Tardive dyskinesia จะมีอาการของการเคลื่อนไหวช้า ๆ ของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าลิ้น และลำคอ ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้สิดตัวหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น ดูดปาก แลบลิ้น เลียริมฝีปาก เคี้ยวปาก แสยะใบหน้า กลืนลำบาก ซึ่งเกิดจากการใช้ยาในขนาดสูงเป็นระยะเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน เป็นอาการที่ติดต่อการรักษา

2) Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก อาการสำคัญ คือ มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรงไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ปัสสาวะ

ออกน้อย ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ระดับการรู้สึกตัวลดลง อาจเกิดภาวะการดำเนินงานของระบบหายใจล้มเหลว และอาจเสียชีวิตได้

3) Anticholinergic side effect จะทำให้มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดจากการใช้ยา Thioridazine เป็นส่วนใหญ่

สรุปได้ว่า การรักษาด้วยยามีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการคลุ้มคลั่ง หรือซึมเศร้ารุนแรง จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อระงับอาการดังกล่าว และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วก็ใช้การบำบัด ด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การทำจิตบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นต้น การดูแลเรื่องการรับประทานยา การรับประทานยาถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เนื่องจากยาจะไปออกฤทธิ์ปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทต่าง ๆ ที่มีผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลด้านนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช เพื่อที่จะส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยมากที่สุด

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะสำคัญและมีการแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้อารมณ์ที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น อาการหลงผิด มีความคิดไม่อยู่ในความเป็นจริง มีความเชื่อที่ผิด ๆ ไม่เป็นความจริง เช่น หลงผิดหวาดระแวง เชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือจะทำร้ายตน ความคิดผิดปกติอื่น ๆ เช่น พูดไม่เป็นเรื่องไม่เป็นราว พูดไม่ต่อเนื่อง ตอบไม่ตรงคำถาม เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีเหตุผล มีอาการผิดปกติของการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน มีการรับรู้ทางประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัງ โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจริงที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางเสียง หรือหูแว่ว บางรายอาจมีอาการภาพหลอนร่วมกับอาการหูแว่วได้ ซึ่งการรักษาโรคจิตเภทมีวิธีการรักษาที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การรักษาด้วยยาทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บางรายอาจทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) และมีกิจกรรมรักษาอื่น ๆ เสริม เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัดต่าง ๆ และการทำจิตบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติโดยเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเป็นแนวทางในการพยาบาลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปฐมภูมิ เพื่อ นำ ไปสู่ ทัศนคติ , คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

ความสำคัญของการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต

1. เพื่อประเมินความผิดปกติทางจิตของบุคคล
2. เพื่อใช้จำแนกความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3. เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยปัญหาทางจิต

แนวทางและการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของบุคคล

ปัญหาสุขภาพจิตมีความซับซ้อนและไม่สามารถใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาความผิดปกติได้เหมือนการเจ็บป่วยทางกาย ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติในด้านสุขภาพจิตมีทั้งการสร้างเครื่องมือแบบวัดในการคัดกรอง เช่น การใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยารูปแบบต่าง ๆ และการกำหนดเกณฑ์ตามอาการแสดงเพื่อวินิจฉัยโรคและความผิดปกติทาง

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานของพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีส่วนช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถทำงานได้สะดวกและมีความเที่ยงตรง โดยสามารถอธิบายการใช้เครื่องมือประเมินด้านสุขภาพจิตช่วยในงานพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ของคู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์ (กรมสุขภาพจิต. 2558ก) มาประกอบใช้ในโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติโดยเน้นการฝึกปฏิบัติการประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิตในกลุ่มเสียงหรือผู้ที่มีอาการทางจิตได้อย่างถูกต้องและสามารถแจ้งผลแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับแบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภทในงานวิจัย คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข (กมลสุภา ภาพจิต . 2558ข) และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับแกนนำชุมชน) โรงพยาบาลสวนปรง. (โรงพยาบาลสวนปรง. 2552) และสำหรับความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคจิตเภท พบว่า แบบประเมินอาการโรคจิตเภท (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.267 - 0.710 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.794 ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน CGI-SCH มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.741 (P-value<0.001) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio พบว่า ในระดับอาการน้อยมีค่าความไว ค่าความจำเพาะ

และค่า Likelihood Ratio เท่ากับ ร้อยละ 98.89 และ 8.80 (1.39–55.90) ระดับอาการปานกลาง เท่ากับร้อยละ 18, 98 และ 8.49 (1.14–63.05) ส่วนระดับอาการรุนแรง เท่ากับร้อยละ 89, 98 และ 40.89 (5.80–288.05) เจษฎา ทองเถาว์ (2553 : ออนไลน์) ได้ศึกษาแบบประเมินอาการโรคอาการโรคจิตเภท (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) มีความเที่ยงในระดับดี และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล สามารถนำมาประเมินอาการทางจิตและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีการนำแบบประเมินอาการโรคจิตเภท (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ไปประกอบการจัดทำ คู่มือให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตสุขภาพได้ เช่น คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต. 2558ข) คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์ (กรมสุขภาพจิต. 2558ก) เป็นต้น

ตารางที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8)

อาการที่ประเมิน	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. อาการแยกตัวจากสังคม (Passive /Apathetic social)					
2. อาการหลงผิด (Delusions)					
3. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)					
4. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior)					
5. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)					
6. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)					
7. กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น (Lack of spontaneity and flow of conversation)					
8. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)					
รวมคะแนน					
ระดับ					

หมายเหตุ หากผู้ป่วยมีค่าคะแนนตรงกับช่องแรกแต่เพียงช่องใดช่องหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จากตารางที่ 2 การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนพิจารณาจากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งประวัติจากญาติ/ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตารางที่ 3 การแปลผล

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
1	<p>อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic social) ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ออกไปพูดคุยกับคนอื่นนอกบ้านหรือไม่</p> <p>- ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ไปร่วมงานบุญหรือสังสรรค์กับเพื่อนบ้างหรือไม่</p> <p>ถ้าคุณ ได้คุย กับใครบ้าง อย่างไร บ่อยไหม ถ้าไม่เพราะอะไร</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย แสดงความสนใจในกิจกรรมทางสังคมเป็นบางครั้ง แต่มักไม่เป็นผู้เริ่มจะเข้าร่วมต่อ เมื่อคนอื่นเป็นผู้เข้าหาก่อนเท่านั้น</p> <p>3. มีอาการปานกลาง เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามที่ถูกชักนำ และทำไปอย่างแค้น ๆ และมักพยายามทำตัวเป็นส่วนที่ไม่สำคัญในกลุ่ม</p> <p>4. มีอาการรุนแรง ยอมเข้าร่วมกิจกรรมบ้างเล็กน้อย เมื่อ ได้รับความชักจูงแต่จะไม่สนใจหรือร่วมกิจกรรมในกลุ่มเลย โดยทั่วไปจะใช้เวลาอยู่ร่วมกับคนอื่นน้อย ยาก</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีลักษณะเฉยเมยไร้อารมณ์ แยกตัวจากสังคมอย่างมาก และไม่สนใจดูแลตัวเองเลย</p>	
2	<p>อาการหลงผิด (Delusions) ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- คุณเคยคิดว่ามีใครซุบซิบ นินทา หรือมีบางคนสะกดรอยตาม หรือมีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่ ถ้ามีแล้วคุณทำอย่างไร</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย มีอาการหลงผิดหนึ่งหรือสองประการ ซึ่งมีลักษณะคลุมเครือ ไม่ค่อยชัดเจนและผู้ป่วยไม่ได้ยึดถืออย่างจริงจังและความหลงผิด นี้ไม่มีผลรบกวนความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือพฤติกรรม</p>	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
	<p>- คุณคิดว่ามีใครบางคนอ่านใจคุณได้ หรือไม่หรือคุณสามารถอ่านใจคนอื่นได้หรือไม่ ถ้ามีแล้วคุณทำ อย่างไร</p> <p>- คุณติดต่อกับผู้อื่นทางกระแสดิจิทัลหรือไม่ ถ้ามีแล้ว รายละเอียดใดให้ฟังได้ใหม่ เกิดขึ้นบ่อยไหม ถ้ามีแล้วคุณทำ อย่างไร</p> <p>- คุณมีความคิด ที่ไม่ใช่ของคุณสอดแทรกเข้ามาในหัวคุณหรือไม่ ถ้ามี แล้วคุณทำ อย่างไร</p>	<p>3. มีอาการปานกลาง มีอาการหลงผิด หลายเรื่อง ที่ผู้ป่วยยึดถือ อย่างจริงจัง และมีผลกระทบต่อความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือ พฤติกรรมเป็นบางครั้ง</p> <p>4. มีอาการรุนแรง มีอาการหลงผิดหนึ่งเรื่อง ที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง มีลักษณะเป็นเรื่อง เป็นราวค่อนข้างมาก โดยผู้ป่วยยึดถือ อย่างจริงจัง และมีผลกระทบต่อ ความคิดความสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมอย่างชัดเจน</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีอาการหลงผิดอย่าง ชัดชัด ยึดมั่นเรื่อง ที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง และมีลักษณะเป็นเรื่อง เป็นราวที่ชัดเจนมาก จนมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วย ในด้านต่างๆ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมและขาดความรับผิดชอบ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้</p>	
3	<p>เนื้อหาความคิดผิด ปกติ (Unusual thought content) ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- คุณรู้สึกเหมือนตัวคุณเองถูกควบคุมจากคนอื่น หรือจากพลังภายนอกหรือไม่ หรือเคยรู้สึกมีอะไรมาสิงหรือไม่</p> <p>- คุณเคยได้รับการสื่อสารถึงตัวคุณโดยตรงผ่านทางโทรศัพท์ นิ่ง พังวิทย์ หรืออ่านหนังสือ พิมพ์ หรือไม่ ถ้ามีแล้ว รายละเอียดใดให้ฟังได้ใหม่ (เช่น ใครบ้าง เนื้อหาอะไร อย่างไร)</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย เนื้อหาความคิดแปลก ๆ หรือมีลักษณะเฉพาะตัวอยู่บ้าง อาจนำเอาแนวคิดธรรมดา ๆ ไปใส่ในเค้าโครงที่ผิดปกติ เช่น “คุณหมอยืนยันครับ ว่าโลกมันไม่น่าอยู่เพราะคนมันกินกันเยอะมาก พุงกาง คนไม่สะอาด”</p> <p>3. มีอาการปานกลาง แนวความคิดค่อนข้างบิดเบือนไปจากความจริง และบางครั้งอาจดูแปลกประหลาด</p> <p>4. มีอาการรุนแรงผู้ป่วยมีความคิด แปลก ๆ และเพ้อฝันหลายเรื่อง (เช่น เป็นลูกบุญธรรมของพระเจ้าแผ่นดิน เป็นนักโทษประหารที่หนีออกมาได้) หรือมีความคิด หลวมไหล (เช่น มีลูกหลายร้อยคน รับคลื่นวิทยุ ากนอกโลกได้)</p>	

ตารางที่ 3 การแปลผล (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
	<p>- คุณเคยได้รับการติดต่อสื่อสารกับคนดัง (ดารา นักร้อง นักการเมือง) เป็นการส่วนตัวหรือไม่ สื่อสารกับใคร</p> <p>- คุณคิดว่าคุณมีความพิเศษเกินคนอื่นหรือไม่ เช่น เป็นเทวดาหรือเป็นเทพ มีดี ความฉลาดเหนือมนุษย์ ฯลฯ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังหน่อย</p>	<p>5. มีอาการรุนแรงมาก เต็มไปด้วยความคิดที่เหลวไหลไม่เป็นเหตุผล แปลกประหลาด พิลึกพิลั่น เช่นมีสามหัว เป็นมนุษย์ต่างดาว</p>	
4	<p>อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- คุณเคยได้ยินเสียงในขณะที่ยังคนอื่นไม่ได้ยินหรือไม่ (เช่น เสียงคนพูด โดยไม่เห็นตัว) หรือไม่ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม คุณทำอะไรเมื่อได้ยินเสียงนั้น</p> <p>- คุณเคยเห็นภาพในขณะที่คนอื่นไม่เห็น (เช่น ผี เทวดา) หรือไม่ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม คุณทำอะไรเมื่อเห็นภาพนั้น</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย มีการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งไม่ชัดเจน หรือมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสองอย่าง นาน ๆ ครั้ง และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิด หรือพฤติกรรม</p> <p>3. มีอาการปานกลาง มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ แต่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา และมีผลกระทบต่อความคิดแลพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย</p> <p>4. มีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ อาจมีอาการในระบบเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิด หรือพฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ด้วยอาการหลงผิด และแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ หรือ ในบางครั้งอาจพูด โต้ตอบ</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบตลอดเวลา และจะพูดและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ต่อบอกอาการประสาทหลอนรวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอน ทำให้มีความผิดปกติทางความคิด และพฤติกรรมอย่างมาก จนทำให้หน้าที่การงานต่าง ๆ ของผู้ป่วยถูกรบกวน</p>	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน	คะแนน
5	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) ใช้สังเกต ลักษณะกิริยาท่าทาง พื้นอารมณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์	<p>1. ไม่มี อาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย การเปลี่ย นแปลงสีหน้าและกิริยาท่าทางในการสื่อ สารดูแข็ง ๆ ผื่น ๆ ไม่เป็นธรรมชาติหรือไม่ค่อยมีการเปลี่ย นแปลง</p> <p>3. มีอาการปานกลาง แสดงสีหน้าและท่าทางในการสื่อสารน้อย ยกให้ดู ซึ่ง ที่อ ไม่มีชีวิตชีวา อารมณ์โดยทั่ว ไปจะเฉยเมย นาน ๆ จึง จะมีการเปลี่ย นแปลงสีหน้าบ้างและมีการแสดงท่าทาง ประกอบการพูดน้อย ยมาก</p> <p>4. มี อาการรุนแรง อารมณ์เฉยเมยมาก แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลยเกอี่ บตลอดเวลา และอาจมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ โดยไม่ควบคุม เช่น อาการตื่นเต้นบันดาลโทสะ หรือหัวเราะอย่าง ควบคุมไม่ได้ ออกมาโดยไม่เหมาะสมเป็นพัก ๆ</p> <p>5. มี อาการรุนแรงมากไม่มีการเปลี่ย นแปลงของสีหน้า หรือไม่มีการแสดงกิริยาท่า ทางประกอบการสื่อสารเลย</p>	
6	ความคิด สับสน (Conceptual disorganization) ใช้การสังเกต ลักษณะการใช้คำ พูดขณะสัมภาษณ์	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย ความคิดอ้อ มคั ม ไม่อยู่ในประเด็นหรือมีเหตุผลแปลก ๆ มีปัญหาบ้างในการควบคุมความคิด ให้เป็นไปตามเป้าหมายและอาจมีอาการความคิด ไม่ปะติดิ ะต่อ บ้างเมื่อ อยู่ภายใต้ความกดดัน</p> <p>3. มีอาการปานกลาง ยัง สามารถรวบรวมความคิดให้อยู่ในประเด็นได้ในการสื่อ สารที่สั้น ๆ และมีกรอบชัดเจน แต่ ะเริ่มมี คิวความคิด ไม่ปะติดิ ะต่อ และตอบไม่ตรงประเด็นเมื่อเผชิญกับการสื่อ สารที่ซับซ้อนขึ้นหรือมี คิวกดดันแม่เพยี่ งเล็กน้อย ย</p>	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อ	ข้อความคำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
		<p>4. มีอาการรุนแรง ความคิด มีลักษณะสะเปะสะปะ พูดไม่ตรงประเด็น ไขว่คว้าหรือมีความคิด ไม่ปะติดปะต่อ อยู่บ่อย ๆ จนถึง ตลอดเวลา และมี ลักษณะการขาดตอนของกระบวนการในการคิด อยู่ตลอดเวลา</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีการขาดตอนของความคิด มากถึงขั้นที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถเข้าใจ ความคิด และคำพูดของผู้ป่วยได้ มีอาการความคิด และคำพูด ไม่ปะติดปะต่อ อย่างมากทำให้ไม่สามารถ สื่อสารได้เช่น มี “Word salad” หรือมีอาการ ไม่พูด “Mutism”</p>	
7	<p>กระแสรสนทนาขาดการต่อเนื่อง ไม่ราบรื่น (Lack of spontaneity and flow of conversation) ใช้การสังเกตจากการพูด ขณะ สัมภาษณ์</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย มีการริเริ่มในการสนทนา น้อยมากมักจะตอบคำถามสั้น ๆ โดยไม่มีรายละเอียด ทำให้ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามนำหรือคำถามที่ เฉพาะเจาะจงในประเด็นนั้นโดยตรง</p> <p>3. มีอาการปานกลาง การสนทนาไม่ลื่นไหลไป อย่างต่อ เนื่อง มีลักษณะไม่สม่ำเสมอหรือหยุดชะงัก เป็นพัก ๆ มักต้อง ใช้คำถามนำเพื่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ตอบและดำเนินการสนทนาต่อไป</p> <p>4. มีอาการรุนแรง ขาดการสนทนาอย่างเป็น ธรรมชาติและมีลักษณะไม่เบ็ด เฝยอย่างมาก การตอบคำถามของผู้ป่วยจะจำกัดอยู่เพียงสองสามคำ หรือวลีสั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ ด้อยความตั้งใจที่จะ ดัดบทหรือหลีกเลี่ยงการสนทนา (เช่น “ไม่รู้สิ” “พูดไม่ได้”) หรือยาวสุด ก็เพียง 1-2 ประโยค เท่านั้น ทำให้มีปัญหาในการสนทนา และการสัมภาษณ์เกือบ จะไม่ได้เนื้อหาอะไรเลย</p>	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน	คะแนน
		5. มีอาการรุนแรง มีอาการรุนแรงมาก แทบจะ ไม่มีการพูดเลย นอกจากการเปล่งเสียงต่าง ๆ ออกมา เป็นครั้งคราว ทำให้ไม่สามารถทำการพูดคุยได้เลย	
8	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) ใช้การสังเกตท่าทางที่แสดงออก ระหว่างสัมภาษณ์ ละเอียดจากประวัติ	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย การเคลื่อนไหวดูเกร็งก้ำกึ่ง หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวเมื่อสัมผัสกัน หรือท่าทางดูแข็ง ๆ อยู่บ้างหรือมีการทำท่าแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติ เป็นช่วงสั้น ๆ</p> <p>3. อาการปานกลาง มีกระบวนการของพฤติกรรมซ้ำ ๆ เป็นชุด ๆ (Ritual) ที่แปลกประหลาด หรือท่าท่า แปลก ๆ เป็นบางครั้ง หรือมีการค้างอยู่ในท่าที่ ผิดปกติเป็นเวลานาน ๆ</p> <p>4. มีอาการรุนแรง มีกระบวนการของพฤติกรรมซ้ำ ๆ เป็นชุด ๆ (Ritual) ที่แปลกประหลาด มี Mannerisms หรือ Stereotyped movements ซ้ำ ๆ อยู่บ่อย ๆ หรือท่าท่าทางที่แข็ง ๆ ไม่เป็นธรรมชาติ ค้างอยู่นาน ๆ</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก การปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จากการที่ผู้ป่วย ใช้เวลาไปกับการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น Ritual, Mannerism หรือ Stereotyped movements หรือท่าท่าแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติ ค้างอยู่เกือบ ตลอดเวลา</p>	

ระดับคะแนน

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผล

ระดับปกติ / น้อย	คะแนนรวม 8 – 16 **โดยข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อมีค่าคะแนน น้อยกว่า 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนรวม 17 – 30 **โดยข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อมีค่าคะแนน น้อยกว่า 4 คะแนน
ระดับรุนแรง	คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไป หรือ*** มีค่าคะแนน ในข้อ 2, 3, 4, 6 หรือ 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน (ตอบว่าใช่ในช่องที่รุนแรง)

2.3 โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถสรุปได้ดังนี้

ชญาภัช มิ่งขวัญใจ และคณะ (2558 : 60 – 66) ได้ศึกษา “ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้า” ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่ม ควบคุม มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บำบัดรักษาที่เหมาะสม จากครอบครัวผู้ดูแล

ธงรบ เทียนสันต์ และคณะ (2558 : 106 – 114) ได้ศึกษา “ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ผลการวิจัย พบว่า

1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรม การให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชัชฎา คมขำ (2556 : 101-1109) ได้ศึกษา “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุติมา ทองอยู่ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2560 : 75-87) ได้ศึกษา “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อการสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท” ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับสูง โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อการสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และยอมรับอาการทางจิต มีทัศนคติต่อความเจ็บป่วย มีความตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษา มีอาการทางจิตน้อยลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

สมลักษณ์ เขียวสด และคณะ (2555 : 74) ได้ศึกษา “ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=28.71, P<.05$) และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=33.84, P<.05$) แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้ดำเนินโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มากขึ้นซึ่งจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

Development and Evaluation of a Psychoeducation Practitioner Training Program (PPTP) Mitsunobu Matsuda & Ayumi Kono (2015)

The objective of this study was to develop a psychoeducation practitioner training program (PPTP) and to evaluate its usefulness with regard to nursing competencies (knowledge, self-efficacy, attitude, motivation, skills). A mixed-method research design was applied in this study. Some of the quantitative data were a one-group pretest–posttest study. Forty nurses participated in the PPTP, of whom 38 (17 men and 21 women) completed a 2-consecutive-day curriculum (dropout rate : 5%). The PPTP significantly improved nurses' knowledge of, self-efficacy for, and attitude toward psychoeducation. However, the program did not lead to the acquisition of psychoeducational skills.

การพัฒนาและประเมินผลโครงการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานจิตเวช Mitsunobu Matsuda & Ayumi Kono (2015)

Mitsunobu Matsuda & Ayumi Kono (2015) ทำการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานจิตเวช (PPTP) และประเมินผลที่ได้รับเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาล (ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการพยาบาล) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณบางส่วน เป็นการศึกษาแบบกลุ่มก่อนและหลังการทดลองพยาบาลเข้าร่วมใน PPTP จำนวน 38 คน สำเร็จหลักสูตร 2 วันติดต่อกัน (อัตราการออกกลางคัน : 5%) PPTP ช่วยปรับปรุงความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและทัศนคติต่อการศึกษาด้านจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การให้ความรู้ทางสุขภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทกับพยาบาลเวชปฏิบัติต่อความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำหลักฐานงานวิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปกำหนดวิธีป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพตลอดจนการนำไปสู่การพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิให้เหมาะสม จึงต้องมีการพัฒนาและการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต การคัดกรอง การประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยง การบำบัดรักษาเบื้องต้น สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การฟื้นฟูจิตใจ การให้บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องรวมถึงการช่วยเหลือด้านสังคมในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภทเมื่อกลับเข้าชุมชน รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.4 ทฤษฎี รูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง : โมเดลชิปปา (CIPPA Model)

ทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง : โมเดลชิปปา (CIPPA Model) มาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้โดยหลักการของโมเดลชิปปา ได้ยึดหลักการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญในตัวหลักการ คือ การช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้เรียนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ให้มากที่สุด มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ความคิดเห็นและประสบการณ์ ผู้เรียนได้เรียนรู้กระบวนการต่าง ๆ ร่วมกับการผลิตผลงานซึ่งมีความคิดสร้างสรรค์ที่หลากหลายและสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ให้นักเรียนเป็นผู้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivist Theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการสร้างความรู้ของผู้เรียน (ทิตนา แชมมณี. 2561)

รูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง : โมเดลชิปปา (CIPPA Model) หรือรูปแบบการประสานห้าแนวคิดได้พัฒนาขึ้นโดย ทิตนา แชมมณี (2561) ได้พัฒนารูปแบบจาก

ประสบการณ์ในการสอน พบว่า แนวคิดจำนวนหนึ่งสามารถใช้ได้ผลดีตลอดมาจึงได้นำแนวคิดเหล่านั้นมาประสานกันเกิดเป็นแนวคิด “CIPPA” ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุดโดยการให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ด้วยตนเองจากแนวคิดข้างต้นสรุปเป็นหลักซีปปา (CIPPA) ได้ดังนี้

1. “C” มาจากคำว่า Construction of knowledge

หลักการสร้างความรู้ หมายถึง การให้ผู้เรียนสร้างความรู้ตามแนวคิดของ Constructivism ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้เป็นประสบการณ์เฉพาะตนในการสร้างความหมายของสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเอง กล่าวคือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสสร้างความรู้ได้ด้วยตนเองทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายต่อตนเอง ซึ่งการที่ผู้เรียนมีโอกาสได้สร้างความรู้ด้วยตนเองนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางสติปัญญา

2. “I” มาจากคำว่า Interaction

หลักการปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งตามทฤษฎี Constructivism และ Cooperative learning เชื่อว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลจะต้องอาศัยและพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการอยู่ร่วมกัน กล่าวคือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ดีจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลและแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางสังคม

3. “P” มาจากคำว่า Process learning

หลักการเรียนรู้กระบวนการ หมายถึง การเรียนรู้กระบวนการต่าง ๆ เพราะทักษะกระบวนการเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้ ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสาระ (Content) ของการเรียนรู้ กล่าวคือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ดีควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการคิด กระบวนการทำงาน กระบวนการแสวงหาความรู้ กระบวนการแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่ม ฯลฯ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งที่ผู้เรียนจำเป็นต้องใช้ตลอดชีวิต รวมทั้งเป็นการช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางด้านสติปัญญาอีกทางหนึ่ง

4. “P” มาจากคำว่า Physical participation /Involvement

หลักการมีส่วนร่วมทางร่างกาย หมายถึง การให้ผู้เรียนมีโอกาสได้เคลื่อนไหวร่างกาย โดยการทำกิจกรรมในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางกาย กล่าวคือ การเรียนรู้ต้องอาศัยการเรียนรู้การเคลื่อนไหวทางกายจะช่วยให้ประสาทการรับรู้ “Active” และรับรู้ได้ดีดัง นั้น ในการสอนจึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมให้ผู้เรียนต้องเคลื่อนไหวที่หลากหลาย และเหมาะสมกับวัยและความสนใจของผู้เรียนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการรับรู้และเรียนรู้

5. “A” มาจากคำว่า Application

หลักการประยุกต์ใช้ความรู้ หมายถึง การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ กล่าวคือ การนำความรู้ไปใช้ในชีวิตจริงหรือการปฏิบัติจริง จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์จากการเรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติมขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งขึ้น กิจกรรมการเรียนรู้ที่มีแต่เพียงการสอนเนื้อหาสาระให้ผู้เรียนเข้าใจ โดยขาดกิจกรรมการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จะทำให้ผู้เรียนขาดการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้ไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร การจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้นี้เท่ากับเป็นการช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้าน แล้วแต่ลักษณะของสาระและกิจกรรมที่จัด นอกจากนี้ การนำความรู้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนมีวัตถุประสงค์เพื่อรูปแบบนี้มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่เรียนอย่างแท้จริงโดยการให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเองโดยอาศัยความร่วมมือจากกลุ่ม นอกจากนั้นยังช่วยพัฒนาทักษะกระบวนการต่าง ๆ จำนวนมาก อาทิ กระบวนการคิด กระบวนการกลุ่ม การปฏิสัมพันธ์สังคมและกระบวนการแสวงหาความรู้ เป็นต้น

กระบวนการเรียนการสอนของรูปแบบชิปปา (CIPPA MODAL)

เป็นหลักการซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียน การจัดกระบวนการเรียนการสอนตามหลัก “CIPPA” นี้ สามารถใช้วิธีการและกระบวนการที่หลากหลายซึ่งอาจจัดเป็นแบบแผนได้หลายรูปแบบ รูปแบบหนึ่งซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอไว้และได้มีการนำไปทดลองใช้แล้วได้ผลดี ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้ (ทีศนา เขมมณี. 2561)

ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม

ขั้นนี้เป็นการดึงความรู้เดิมของผู้เรียนในเรื่องที่จะเรียนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมของตน ซึ่งผู้สอนอาจใช้วิธีการต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย

ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่

ขั้นนี้เป็นการแสวงหาข้อมูลความรู้ใหม่ของผู้เรียนจากแหล่งข้อมูลหรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ซึ่งครูอาจจัดเตรียมมาให้ผู้เรียนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนไปแสวงหาก็คได้

ขั้นที่ 3 การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูล/ความรู้ใหม่และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจกับข้อมูล/ความรู้ที่หามาได้ ผู้เรียนจะต้องสร้างความหมายของข้อมูล/ประสบการณ์ใหม่ ๆ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น ใช้กระบวนการคิดและกระบวนการกลุ่มในการอภิปรายและสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงกับความรู้เดิม

ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนอาศัยกลุ่มเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของตนเองรวมทั้งขยายความรู้ความเข้าใจของตนเองให้กว้างขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนได้แบ่งปันความรู้ความเข้าใจของตนแก่ผู้อื่น และได้รับประโยชน์จากความรู้ ความเข้าใจของผู้อื่นไปพร้อม ๆ กัน

ขั้นที่ 5 การสรุปและจัดระเบียบความรู้

ขั้นนี้เป็นขั้นของการสรุปความรู้ที่ได้รับทั้งหมด ทั้งความรู้เดิม และความรู้ใหม่ และสิ่งที่เรียนให้เป็นระบบระเบียบเพื่อช่วยให้ผู้เรียนจดจำสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่าย

ขั้นที่ 6 การปฏิบัติ และ/หรือการแสดงผลงาน

ข้อความรู้ที่ได้เรียนรู้มาเมื่อมีการปฏิบัติจะเป็นขั้นที่ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงผลงาน การสร้างความรู้ของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้เป็นการช่วยให้ผู้เรียนได้ต่อยอดหรือตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนใช้ความคิดสร้างสรรค์แต่หากต้องมีการปฏิบัติตามข้อความรู้ที่ได้ ขั้นนี้จะเป็นขั้นปฏิบัติและมีการแสดงผลงานที่ได้ปฏิบัติด้วย

ขั้นที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้

ขั้นนี้เป็นขั้นของการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการนำความรู้ความเข้าใจของตนไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความชำนาญ ความเข้าใจ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความจำ ในเรื่องนั้น ๆ

หลังจากการประยุกต์ใช้ในความรู้ว่าจะมีการนำเสนอผลงานจากการประยุกต์อีกครั้งก็ได้ หรืออาจไม่มีการนำเสนอผลงานในขั้นที่ 6 แต่นำมารวมแสดงในขั้นตอนท้ายหลังขั้นการประยุกต์ใช้ก็ได้เช่นกัน

ขั้นตอนตั้งแต่ขั้นที่ 1-6 เป็นกระบวนการของการสร้างความรู้ (Construction of knowledge) ซึ่งครูสามารถจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนมีโอกาสปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน (Interaction) และฝึกฝนทักษะกระบวนการต่าง ๆ (Process learning) อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขั้นตอนแต่ละขั้นตอนช่วยให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมหลากหลายที่มีลักษณะให้ผู้เรียนได้มีการเคลื่อนไหวทางกาย ทางสติปัญญา ทางอารมณ์ และทางสังคมอย่างเหมาะสม คุณสมบัติตามหลักการ CIPP

ส่วนขั้นตอนที่ 7 เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้ (Application) จึงทำให้เป็นรูปแบบที่มีคุณสมบัติครบตามหลัก CIPPA

ผลที่ผู้เรียนรู้ที่จะได้รับจากการเรียนตามรูปแบบชิปปา (CIPPA MODAL)

ผู้เรียนจะเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียน สามารถอธิบาย ชี้แจง ตอบคำถามได้ดี นอกจากนั้น ยังได้พัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นกลุ่ม การสื่อสาร รวมทั้งเกิดความใฝ่รู้ด้วย

CIPPA Model นอกจากจะเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัด หรือเป็นเครื่องตรวจสอบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนได้ว่า กิจกรรมนั้นเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางหรือไม่ โดยนำเอากิจกรรมในแผนการสอนมาตรวจสอบตามหลัก CIPPA (การจัดการเรียนการสอนแบบ CIPPA)

การจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้น ก็คือ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา สังคมและอารมณ์

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมนั้น มิใช่หมายความว่าให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมอะไร ๆ ก็ได้ที่ผู้เรียนชอบ กิจกรรมที่ครูจัดให้ผู้เรียนจะต้องเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การเรียนรู้ตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ และเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ จึงจะสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ในการออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้เหมาะสมโดยประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม

ขั้นนี้เป็นการดึงความรู้เดิมของผู้เรียนในเรื่องที่จะเรียนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมของตน ซึ่งผู้สอนอาจใช้วิธีการต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย เช่น วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมาและรู้สึกอย่างไรในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่

ขั้นนี้เป็นการแสวงหาข้อมูลความรู้ใหม่ของผู้เรียนจากแหล่งข้อมูลหรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ซึ่งครูอาจจัดเตรียมมาให้ผู้เรียนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนไปแสวงหากันได้ โดยกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นกิจกรรมในส่วนของเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน ภาพเรื่องเล่าข้างถนน และวิดีโอเรื่องราวชีวิตข้างถนน ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทางอารมณ์เกิดความเชื่อมโยงสู่เนื้อหาของการเรียนการสอนต่อไป

ขั้นที่ 3 การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูล/ความรู้ใหม่ และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจกับข้อมูล/ความรู้ที่หามาได้ ผู้เรียนจะต้องสร้างความหมายของข้อมูล/ประสบการณ์ใหม่ ๆ กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นส่วนของเนื้อหาเรื่องโรคจิตเภท การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น ใช้กระบวนการคิด และกระบวนการกลุ่มในการอภิปรายและสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงกับความรู้เดิมของผู้เข้าร่วมอบรม

ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนอาศัยกลุ่มเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของตนเองรวมทั้งขยายความรู้ความเข้าใจของตนเองให้กว้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองการใช้แบบประเมินประกอบการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและ/หรือเสมือนจริงวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างโดยจับคู่กัน 2 คน สลับกันประเมินอาการ ในรูปแบบบทบาทสมมติทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนได้แบ่งปันความรู้ความเข้าใจของตนแก่ผู้อื่น และได้รับประโยชน์จากความรู้ ความเข้าใจของผู้อื่นไปพร้อม ๆ กัน และนำเสนอผลการประเมินอาการทางจิตที่ได้จากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

ขั้นที่ 5 การสรุปและจัดระเบียบความรู้

ขั้นนี้เป็นขั้นของการสรุปความรู้ที่ได้รับทั้งหมด ทั้งความรู้เดิมและความรู้ใหม่และสิ่งที่เรียนให้เป็นระบบระเบียบเพื่อช่วยให้ผู้เรียนจดจำสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่ายโดยผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้ เรื่อง โรคจิต เภท โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญ ในการประเมินอาการผู้ป่วยรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากยารวมถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อเนื่องในชุมชน

ขั้นที่ 6 การปฏิบัติ และ/หรือการแสดงผลงาน

ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมวิเคราะห์สถานการณ์ ตัวอย่าง กรณีศึกษา 3 กรณี ซึ่งสถานการณ์แต่ละกรณีจะแตกต่างกันไป และตอบคำถามตามความคิดเห็นของตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงผลงานการสร้างความรู้ของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ เป็นการช่วยให้ผู้เรียนได้ต่อยอดหรือตรวจสอบความเข้าใจ ของตนเองและช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนใช้ความคิดสร้างสรรค์แต่หากต้องมีการปฏิบัติตามข้อความรู้ที่ได้ ขั้นนี้จะเป็นขั้นปฏิบัติ และมีการแสดงผลงานที่ได้ปฏิบัติด้วย

ขั้นที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้

กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในส่วนของการนำความรู้ที่ได้ในการเข้า ร่วมอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติไปประยุกต์ในหน่วยงานของตนเอง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ ขั้นนี้เป็นขั้นของการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้นำความรู้ความเข้าใจของตนไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนตาม CIPPA Model สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งทางด้านกาย สติปัญญา และสังคม ส่วนการมีส่วนร่วมทางด้านอารมณ์นั้น ความจริงแล้วมีเกิดขึ้นควบคู่ไปกับทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านกาย สติปัญญา และสังคม ซึ่งหากสามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ตามหลักดังกล่าวแล้ว การจัดการเรียนการสอนจะมีลักษณะที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง วิธีการที่จะจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับ CIPPA

Model สามารถทำได้โดยอาจเริ่มต้นจากแผนการสอนที่มีอยู่แล้ว และนำแผนดังกล่าวมาพิจารณาตาม CIPPA Model หากกิจกรรมตามแผนการสอนขาดลักษณะใดไป ก็พยายามคิดหากิจกรรมที่จะช่วยเพิ่มลักษณะดังกล่าวลงไป หากแผนเดิมมีอยู่บ้างแล้ว ก็ควรพยายามเพิ่มให้มากขึ้น เพื่อกิจกรรมจะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อทำเช่นนี้ได้จนเริ่มชำนาญแล้ว ต่อไปครูก็จะสามารถวางแผนตาม CIPPA Model ได้ไม่ยากนัก

ในการให้ความรู้โดยมีการจัดการเรียนการสอนที่ดี ส่งผลต่อผู้เรียนโดยตรงสอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งจะนำไปสู่ ทักษะ ความรู้ ระเบียบวิธี จิตใจ เกษ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น (สำนักการพยาบาล. 2550)

2.5 บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ

2.5.1 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ในประเทศไทยกฎหมายของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อนุญาตให้ พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อยและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2552) และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพยาบาลจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนรวมถึงเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามที่สภาการพยาบาลกำหนดและเอกลักษณ์ที่เป็นไปตามบรรพตกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สุวรรณงา จันทร์ประเสริฐ. 2550 : 1-5) สำหรับข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ผ่านมากรอบหลักสูตรระยะสั้นและขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาลมี บทบาทในการปฏิบัติงานดังนี้

- 1) ประเมินภาวะสุขภาพวินิจฉัยแยกโรคการดูแลที่เหมาะสมเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 2) รักษาโรคและอาการที่พบบ่อยรวมถึงการทำหัตถการและการส่งต่อเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม
- 3) ติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือ
- 4) รับผิดชอบต่อการให้การดูแลต่อเนื่อง

2.5.2 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในงานสุขภาพจิตและจิตเวช

ในงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องใช้ความรู้ในการปฏิบัติ การพยาบาลตามกระบวนการการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สามารถปรับตัวได้ดีในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งเป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้เจ็บป่วยทางจิตรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทยอมรับ การเจ็บป่วย สามารถเผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างในทางที่เหมาะสม ยินยอมรับการรักษาและ สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วยรวมถึงการฟื้นฟูสภาพการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข. 2551) ดังกล่าวพยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ การดูแลสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคม ซึ่งบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในด้านต่าง ๆ คือ (ทัศนาศา บัญทอง. 2542)

- 1) มีความชำนาญในการปฏิบัติกรพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
- 2) เป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องต่าง ๆ รอบตัว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ชุมชน และเข้าใจปัญหาสุขภาพชุมชน
- 3) มีความสามารถในการสร้างสรรค์ความร่วมมือกับชุมชน เครือข่ายสหวิชาชีพ และ องค์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บทบาทในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมี บทบาทในการให้ บริการที่หลากหลายและเบ็ดเสร็จในชุมชนดังนี้

3.1) ให้การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเฝ้าระวัง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม

3.2) การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ การดูแล

3.3) การฟื้นฟูสมรรถผู้ป่วยในชุมชน

3.4) การวินิจฉัยชุมชน โดยการเน้นวินิจฉัยร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนา ชุมชนที่เข้มแข็งในอนาคต

สำหรับแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับระดับ ปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต. 2553) และเกณฑ์มาตรฐานระดับปฐมภูมิ สาขาโรคจิตเวช โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2556) ตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 6 ด้าน ดังนี้

- 1) การตรวจวินิจฉัยและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้น
- 2) การให้การดูแลทางสังคมและจิตเวชพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การบูรณาการงาน การดูแลทางสังคมและจิตใจให้เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของโรงพยาบาลระดับ ปฐมภูมิจนถึงการจัดระบบการให้การดูแลทางสังคมจิตใจในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ
- 3) การส่งเสริมป้องกัน พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ร่วมกับชุมชนเพื่อให้มีความสอดคล้องตามปัญหาความต้องการของชุมชน มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทญาติผู้ป่วยและ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการใน เด็กปกติและกลุ่มเสี่ยงและทุกกลุ่มวัย เช่น หญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอด เด็กวัยรุ่นวัยผู้ใหญ่วัยทอง และวัยสูงอายุ เป็นต้น โดยเปิดโอกาส ให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตเวชของโรงพยาบาล ระดับปฐมภูมิ
- 4) การดูแลการใช้ยาทางจิตเวชพยาบาลเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการติดต่อประสานงานกับ หน่วยงานอื่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดความผิดพลาด ของการใช้ยารู้อาการสำคัญที่จะต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชและมีแนวทางจัดการอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยาเบื้องต้นสามารถให้ความรู้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยา จิตเวชสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยการช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิด ความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องการจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชในเขต รับผิดชอบรวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านยาระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 5) การส่งต่อผู้ป่วยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสาร ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิได้เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีการส่งต่อและการตอบกลับ หนังสือส่งตัวแบบทางเดียวและสองทางรวมทั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้
- 6) การติดตามดูแลผู้ป่วยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถ ติดตามดูแลผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ ที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิส่งต่อไปรับการรักษาต่อในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิมี การจัดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2556)

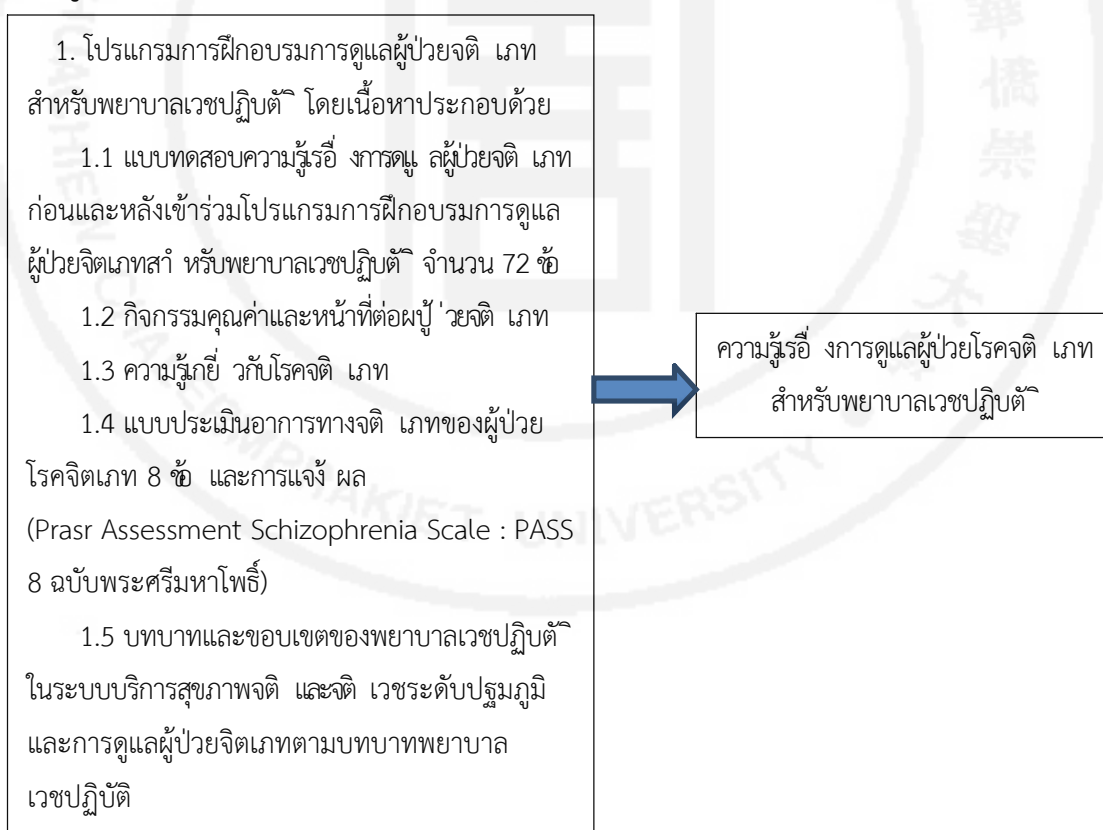
จะเห็นได้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงจำเป็นต้อง มีการพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องมีการพัฒนาและการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านการส่งเสริม

และป้องกันสุขภาพจิต การคัดกรอง การประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยง การบำบัดรักษาเบื้องต้น สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การฟื้นฟูจิตใจ การให้บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องรวมถึง การช่วยเหลือด้านสังคมในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนรวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทำการวัดคะแนนจากแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการในวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติโดยทำการวัดคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (Training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners) เพื่อมุ่งเน้นให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติงาน สามารถให้การวินิจฉัยและให้พยาบาลได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับเบื้องต้น ให้ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือทีมพยาบาลวิชาชีพในสาขาอื่น ๆ ในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 แบบแผนการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร (Population)

คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 30 คน จาก 23 อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งหมด 24 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน จำนวน 657 คน โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) 1 อำเภอ คือ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน จำนวน 76 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรได้โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จากคุณสมบัติดังนี้

1.1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน

1.2) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.3) สมัยครใจ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมนี้ตลอดการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

3.2 แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two group pretest - Post test design)

ตารางที่ 4 แบบแผนการวิจัย

Pretest	Treatment	Posttest
G1 P1	PPP	G1 P2
G2 P1	X	G2 P2

ดัดแปลงจาก : (ธวัชชัย วรพงศธร. 2543 : 53)

G1 แทน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

G2 แทน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

P1 แทน การทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

P2 แทน การทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

PPP แทน โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (Training program on schizophrenic patients' care for nurse practitioners)

X แทน ไม่มีโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

1) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้เรื่องดังต่อไปนี้

1.1) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

1.2) ตัวแปรตาม คือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

2) ขั้นตอนในการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย โดยได้ออกแบบและสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมในความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขั้นตอนดังนี้

2.1) ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2.2) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

2.3) เอกสารประกอบโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ที่เรียกว่า โมเดลชิปปา (CIPPA Model) มาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ โดยหลักการของโมเดลชิปปาได้ยึดหลักการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญการจัดกระบวนการเรียนการสอนตามหลัก "CIPPA" นี้ สามารถใช้วิธีการและกระบวนการที่หลากหลายซึ่งอาจจัดเป็นแบบแผนได้หลายรูปแบบและได้มีการนำไปทดลองใช้แล้วได้ผลดี

2.4) ศึกษาเอกสารประกอบสร้างเครื่องมือในการวิจัย อันได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยวางกรอบของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบชิปปา CIPPA Model

2.5) วิเคราะห์เนื้อหา (Curriculum analysis stage) ผู้วิจัยได้เลือกเนื้อหาวิชาการศึกษาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1) เรื่องโรคจิตเภท 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

3) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ มาประกอบการทำงานวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้ เนื่องจากว่าเนื้อหาเรื่องโรคจิตเภท แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ และการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับปฐมภูมิ เป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างยากและต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ค่อนข้างมากประกอบกับเวลาที่น้อยถ้าเทียบกับหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือน ประกอบด้วย

3.1) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหาและแยกเนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อยเพื่อให้ได้แนวทางการนำเสนอ โปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติให้ได้ผลดี

3.2) ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ จะสามารถขยายขอบเขตการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น

โปรแกรมประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม

ขั้นนี้เป็นการดึงความรู้เดิมของผู้เรียนในเรื่องที่จะเรียน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อม ในการเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมของตนซึ่งวิทยากรเกริ่นนำและสุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมาและรู้สึกอย่างไรในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “คุณค่าของก้อนหิน” ให้ผู้เข้าร่วม การอบรมอ่านและคิดตามในเนื้อเรื่องดังกล่าว ว่าหากเราอยู่ในเหตุการณ์ดังกล่าวเราเลือกที่จะทำ อย่่างไร และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงรับรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาล ที่พร้อมจะเสียสละทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อการดูแลเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตา

2) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่

ขั้นนี้เป็นการแสวงหาข้อมูลความรู้ใหม่ของผู้เรียนจากแหล่งข้อมูลหรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ซึ่งครู อาจจัดเตรียมมาให้ผู้เรียนหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนไปแสวงหาก็กได้ โดยกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นกิจกรรมในส่วนของเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน ภาพเรื่องเล่าข้างถนน และ วิดีโอเรื่องราวชีวิตข้างถนนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทางอารมณ์ เกิดความเชื่อมโยงสู่เนื้อหาของการเรียนการสอนต่อไปดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนนคน” และให้สมาชิกดูรูปภาพแล้วเขียนบรรยายความรู้สึกตามหัวข้อที่ระบุ คุณรู้สึกอย่างไรกับภาพนี้ อะไรที่ ทำให้คุณรู้สึกแบบนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคนนำเสนอความรู้สึกของตนเอง และ ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นเพื่อสะท้อนให้สมาชิกเห็นถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละคน

2) ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “เรื่องเล่าชีวิตข้างถนน” โดยให้สมาชิกอ่านและคิดตามในเนื้อเรื่องดังกล่าว และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจิตเภท ถึงการเจ็บป่วยทางใจจะบอกเล่าให้คนอื่นรับรู้และเข้าใจยาก เน้นย้ำถึงความเข้าใจ การยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภท

3) ผู้วิจัยเปิดวิดีโอทัศน์ “เรื่องราวชีวิตข้างถนนของผู้ป่วยจิตเภท” ความยาว 4.36 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 3 การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูล/ความรู้ใหม่และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความเดิม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจกับข้อมูล/ความรู้ที่หามาได้ ผู้เรียนจะต้องสร้างความหมายของข้อมูล/ประสบการณ์ใหม่ ๆ กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นส่วนของเนื้อหาเรื่องโรคจิตเภท การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับผู้เข้าร่วมอบรม ผู้วิจัยเปิดวิดีโอสื่อการสอนเรื่องโรคจิตเภท ความยาวเนื้อหา 7.40 นาที หลังจากนั้นเข้าสู่การบรรยายเนื้อหาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้เข้าร่วมอบรมสามารถทำความเข้าใจจากเนื้อหาในเอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมรับฟังการบรรยายจากผู้วิจัยและคณะโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น ใช้กระบวนการคิด และกระบวนการกลุ่มในการอภิปราย และสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ๆ ต้องอาศัยการเชื่อมโยงกับความรู้เดิมของผู้เข้าร่วมอบรม

ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม

ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนอาศัยกลุ่มเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของตนเองรวมทั้งขยายความรู้ความเข้าใจของตนเองให้กว้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองการใช้แบบประเมินประกอบการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ดังนี้

1) ผู้วิจัยอธิบายความสำคัญในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) เพื่อประเมินอาการและระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

2) ผู้วิจัยสอนการใช้แบบประเมินให้เน้นถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนพิจารณาจากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์รวมทั้งประวัติจากญาติ/ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ (ตามเอกสารความรู้การใช้แบบประเมิน)

3) ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองการใช้แบบประเมินฝึกปฏิบัติสอนในสถานการณ์จริงและ/หรือเสมือนจริงวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างโดยการจับคู่กัน 2 คน สลับกันประเมินอาการในรูปแบบบทบาทสมมติทั้ง 2 ฝ่าย และนำเสนอผลการประเมินอาการทางจิตที่ได้

ขั้นที่ 5 การสรุปและจัดระเบียบความรู้

ขั้นนี้เป็นขั้นของการสรุปความรู้ที่ได้รับทั้งหมด ทั้งความรู้เดิมและความรู้ใหม่ และสิ่งที่เรียนให้ เป็นระบบระเบียบเพื่อช่วยให้ผู้เรียนจดจำสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่ายโดยผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นย้ำถึงความสำคัญ ในการประเมินอาการผู้ป่วยรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากรยา รวมถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อเนื่องในชุมชน

ขั้นที่ 6 การปฏิบัติ และ/หรือการแสดงผลงาน

ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง กรณีศึกษา 3 กรณี ซึ่งสถานการณ์แต่ละกรณีจะแตกต่างกันไป และตอบคำถามตามความคิดเห็นของตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงผลงาน การสร้างความรู้ของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ เป็นการช่วยให้ผู้เรียนได้ต่อยอดหรือตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนใช้ความคิดสร้างสรรค์แต่หากต้องมีการปฏิบัติตามข้อความรู้ที่ได้ ขั้นนี้จะเป็นขั้นปฏิบัติและมีการแสดงผลงานที่ได้ปฏิบัติด้วย

ขั้นที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้

กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในส่วนของการนำความรู้ที่ได้ในการเข้า ร่วมอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ ในตนเอง งาน ของตนเอง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ ขั้นนี้เป็นขั้นของการส่งเสริม ให้ผู้เรียนได้นำความรู้ความเข้าใจของตนไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ โปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการจัดการเรียนรู้ตาม CIPPA Model มาประยุกต์ใช้ (ทิตานา แคมมณี. 2561) โดยเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องย่อยทั้งหมด 4 หน่วย ดังนี้

1. กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

- 1.1) เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “คุณค่าของก้นหิน”
- 1.2) เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน”
- 1.3) เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “เรื่องเล่าชีวิตข้างถนน”
- 1.4) YouTube รายงานพิเศษ ช่อง 7HD “เรื่องราวชีวิตข้างถนนของผู้ป่วยจิตเภท”

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1) YouTube Schizophrenia 571092 จัดทำโดย นางสาวอสมารณ์ โรจน์บุญถึง นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง อาจารย์ที่ปรึกษา

2.2) ความหมายของโรคจิตเภท

- 2.3) ปัจจัยและสาเหตุของโรคจิตเภท
- 2.4) การดำเนินของโรคจิตเภท
- 2.5) ลักษณะทางคลินิก
- 2.6) การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญและยารักษาโรคจิตเวช
3. แบบประเมินอาการทางจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ และการแจ้งผล (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)
4. บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ
 - 4.1) บทบาทที่สำคัญพยาบาลเวชปฏิบัติ
 - 4.2) การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.3) การป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ
 - 4.4) การฟื้นฟูดูแลทางด้านสังคมและบำบัดด้านจิตใจ
 - 4.5) การสนับสนุนช่วยเหลือการส่งต่อและการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน
 - 4.6) วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง กรณีศึกษา 3 กรณี
 - 4.7) วัดประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ข้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ฉบับแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Content validity) มีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้
 - 1.1) ศึกษาตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2) ออกแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ อธิระศิลป์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตผู้ใหญ่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

(Content Validity Index : CVI) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาเพียงใด โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.4) การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton et al (1975) กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย ยังจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 รวบรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 72 ข้อ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{คำถามทั้งหมด}}$$

1.5) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI ควรค่า >.08) ระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาและนำข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 3 และ 4 คะแนน จำนวน 72 ข้อ ได้ค่า CVI = 1.00 นำไปสร้างแบบทดสอบความรู้ฉบับจริง นำไปปฏิบัติจริงโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

1.6) นำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้กับพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อหาอำนาจจำแนกรายข้อ (Item analysis) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .02 จำนวน 72 ข้อ มาใช้

2. หาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี กไว้ที่ระบุไว้ในข้อ 1.5 มีจำนวน 72 ข้อ มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการหาค่าแบบ KR-20 ของ Kuder & Richardson มีค่าเท่ากับ .88

3. คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง : โมเดลซิปปา (CIPPA Model) มาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้

โดยหลักการของโมเดลชิปปาได้ยึดหลักการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญศูนย์กลางและ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมในเรื่องความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. นำรูปแบบคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมในเนื้อหาของโปรแกรมแล้วนำไป ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

5. นำไปสร้างคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ฉบับจริง

6. นำไปปฏิบัติจริงโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับ ความสมัครใจหากไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ หรือจะถอนตัวระหว่าง ทำการศึกษาหรือภายหลังก็ได้ จะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของผู้ตอบแบบทดสอบ ทั้งนี้ แบบทดสอบจะมีการลงรหัสเพื่อ ประโยชน์ในการติดตามเท่านั้น

3) เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บุรีรัมย์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ ชี้แจงการดำเนินการเก็บข้อมูล ตารางการจัดอบรมให้ความรู้ ด้วยโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน

4) ผู้วิจัยได้แจ้งตารางการจัดอบรมให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 15 คน ก่อนล่วงหน้าเป็นเวลา 1 เดือน

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

ตารางที่ 5

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	สาระการเรียนรู้	วัตถุประสงค์	วิธีการ
วันที่ 1 45 นาที	ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพ กับผู้เข้ารับ การฝึกอบรม	ให้ข้อมูลที่แจ่มจจ การเรียน การสอนของโครงการวิจัยโปรแกรม การสพื อบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกัน ระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมอบรม 2. เพื่อให้ผู้ เข้าร่วมอบรมทราบ ถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของ โครงการวิจัย 3. เพื่อให้ผู้ เข้าร่วมอบรมทราบ ถึงโครงสร้างของการให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล เวชปฏิบัติ	การบรรยายโดยผู้วิจัยใช้ หลักการของโมเดลชิปปา
1.30 นาที		แบบทดสอบ (Pre-test) จำนวน 72 ข้อ	เพื่อให้ผู้ เข้าร่วมอบรมเข้าใจและ ทดสอบความรู้ตนเองในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำ แบบทดสอบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	สาระการเรียนรู้	วัตถุประสงค์	วิธีการ
วันที่ 1 2 ชม.	กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ ต่อผู้ป่วยจิตเภท	- เรื่อง “คุณค่าของก้อนหิน” - เรื่องเล่า “ชีวิตข้างถนน” - วิดีทัศน์เรื่องราวชีวิตข้างถนน ของผู้ป่วยจิตเภท	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมี ทางอารมณ์ความรู้สึก ส่งเสริมให้เข้าใจ และยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทาง ความรู้สึกต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน	1. การบรรยายโดยผู้วิจัย ใช้หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม 2. ให้เขียนความรู้สึกของ ตนเองต่อคนไข้จิตเภทโดย ผู้เข้าร่วมอบรม
4 ชม.	ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	- ความหมายของโรคจิตเภท - ปัจจัยและสาเหตุของโรค จิตเภท - การดำเนินของโรคจิตเภท - ลักษณะทางคลินิก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา - ความหมายโรคจิตเภท - เหตุปัจจัยของโรคจิตเภท - การดำเนินของโรคจิตเภท - ลักษณะทางคลินิก	การสอนบรรยายโดยผู้วิจัย ใช้หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่
3 ชม.	ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	- การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ - ยารักษาโรคจิตเภท	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา - การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ - ยารักษาโรคจิตเภท	การสอนบรรยายแบบมี ส่วนร่วมโดยใช้หลักการของ โมเดลชิปปา ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	สาระการเรียนรู้	วัตถุประสงค์	วิธีการ
วันที่ 2 3 ชม.	แบบประเมินอาการทางจิต ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8	การใช้แบบประเมินอาการทางจิต ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจสามารถใช้แบบประเมิน อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)	- บรรยาย การสอนแบบมีส่วนร่วม (Coaching) โดยใช้ หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยน ความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม

1) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในกลุ่มทดลองตามกระบวนการฝึกอบรมโดยมีขั้นตอนตามคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติโดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรม (Pre-test) และทดสอบภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการฝึกอบรม (Post-test) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมโดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการพยาบาลในการปฏิบัติงานงานตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์จนครบตามจำนวนของกลุ่มควบคุม

3) ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ที่ตั้งนี้คือ ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบโดยใช้สถิติค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปลผลการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.252/2561 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบทดสอบจะเก็บเป็นความลับจะแสดงเป็นค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลหรืออันตรายใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนยุติการเข้าร่วมอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยทำการวัดคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

4.1 ข้อตกลงเกี่ยวกับการแปลผล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยขอเสนอสัญลักษณ์ที่ใช้แทนความหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นในการทดลองสมมติฐาน

4.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1) ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2) ตอนที่ 2 คะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ข้อ นำเสนอเป็นรายบุคคล ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)

3) ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

4) ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

5) ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

6) ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

1) เพศ พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ที่เหลือเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

2) อายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ วัยกลางคน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมา คือ วัยกลางคนจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

3) อายุราชการ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาอายุราชการอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่อายุราชการอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาอายุราชการอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67

4) ตำแหน่ง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	15 (100)	13 (86.67)
ชาย	-	2 (13.33)
อายุ (ปี)		
25 - 35	12 (80)	11 (73.33)
36 ปีขึ้นไป	3 (20)	4 (26.67)
อายุราชการ (ปี)		
5 - 10	4 (26.67)	7 (46.67)
10 ขึ้นไป	11 (73.33)	8 (53.33)
ตำแหน่ง (ปี)		
พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ าน	12 (80.00)	11 (73.33)
พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน	3 (20.00)	4 (26.67)

4.3.2 ตอนที่ 2 คะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ข้อ นำเสนอเป็นรายบุคคลด้วยร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง เท่ากับ 38-53 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78-73.61 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.07 คะแนน หลังการทดลองคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 51-69 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 70.83-95.83 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.36

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง เท่ากับ 38-55 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78-76.39 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.27 คะแนน หลังการทดลองคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 58.33-76.33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.46 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายบุคคล

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	ร้อยละ	คะแนน หลัง การ ทดลอง	ร้อยละ	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	ร้อยละ	คะแนน หลัง การ ทดลอง	ร้อยละ
1	48	66.67	63	87.50	50	69.44	48	66.67
2	49	68.06	63	87.50	38	52.78	42	58.33
3	44	61.11	63	87.50	46	63.87	50	69.44
4	52	72.22	58	80.56	50	69.44	50	69.44
5	39	54.17	64	88.86	48	66.67	50	69.44
6	50	69.44	56	77.78	43	59.72	45	62.50
7	38	52.78	51	70.83	43	59.72	42	58.33
8	49	68.06	54	75.00	51	70.83	55	76.33
9	45	62.50	67	93.06	45	62.50	48	66.67
10	43	59.72	56	77.78	45	62.50	43	59.72
11	52	72.22	67	93.06	42	58.33	42	58.33
12	48	66.67	57	79.17	55	76.33	53	73.61
13	42	58.33	69	95.83	44	61.11	44	61.11
14	40	55.56	66	91.67	44	61.11	52	72.22
15	53	73.61	68	94.44	50	69.44	43	59.72
ค่าเฉลี่ย	46.13	64.07	61.47	85.36	46.27	64.27	47.13	65.46

4.3.3 ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.10 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.94 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 62.10 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.71 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง

โปรแกรม PPP	กลุ่มทดลอง	Mean	S.D.	t	p
แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนการทดลอง	46.10	4.94		
	หลังการทดลอง	62.10	5.71	-8.75	.001*

*p-value < .01

4.3.4 ตอนที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ของกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 45.90 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 และหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติ ระยะเวลา 1 เดือน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 47.10 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุม

โปรแกรม PPP	กลุ่มควบคุม	Mean	S.D.	t	p
แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนการทดลอง	45.90	4.42		
	หลัง การทดลอง	47.10	4.42	-1.86	0.083

*p-value > .05

4.3.5 ตอนที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โปรแกรม PPP	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		t	P
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	46.10	4.94	45.90	4.42	0.16	.877

*p-value < .05, t-test

4.3.6 ตอนที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนการทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลองและหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มควบคุมระยะเวลา 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โปรแกรม PPP	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P
	(n=15)		(n=15)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	62.10	5.71	47.1	4.42	8.05	.001**

*p-value < .01

หลังจากจบการเรียนรู้การสอนโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลเวชปฏิบัติ หลังเข้าโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของการวิจัย พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติประเมินตนเองว่ามีความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) รวมถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นและจะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้จริงในชุมชนเนื่องจากในชุมชนยังมีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่เข้าถึงบริการและระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังขาดการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเรื่องประวัติการรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ไม่สามารถประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากยาได้ และไม่ทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงไม่กี่รายที่ญาติให้ความสนใจพามาฉีดยาประจำทุกเดือนและนำยากินที่ได้จากการรับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มาให้พยาบาลเวชปฏิบัติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ยังขาดผู้ดูแลหลักเนื่องจากครอบครัวให้เหตุผลว่ามีภาระรับผิดชอบหลายอย่างไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ทำให้การให้คำปรึกษาหรือติดตามผู้ป่วยค่อนข้างยาก และในส่วนของพยาบาลเวชปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในเรื่องอัตรากำลังและภาระงานที่ได้รับรวมถึงยังขาดพยาบาลเฉพาะสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะมารับงานจิตเวชโดยตรง อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณในการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติ แก่นนำชุมชน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่เข้าร่วมอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่บอกว่าจะนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้ครอบคลุม มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 23 อำเภอ จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 24 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน จำนวน 657 คน โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1 อำเภอ ได้อำเภอเมืองบุรีรัมย์ มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน จำนวน 76 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรได้โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ระยะ 3 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) บรรยายโดยผู้วิจัยและคณะ และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ คือ คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องย่อยทั้งหมด 4 หน่วย ดังนี้ 1) กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) แบบประเมินอาการทางจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทและการแจ้งผล และ 4) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1.1 ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

1) เพศ กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ที่เหลือเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

2) อายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ วัยกลางคน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมา คือ วัยกลางคน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

3) อายุราชการ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาอายุราชการอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่อายุราชการอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาอายุราชการอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67

4) ตำแหน่ง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.67

5.1.2 ตอนที่ 2 คะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ข้อ นำเสนอเป็นรายบุคคลด้วยร้อยละ (Percentage)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง เท่ากับ 38-53 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78-73.61 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.07 คะแนน หลังการทดลองคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 51-69 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 70.83-95.83 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.36

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง เท่ากับ 38-55 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78-76.39 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.27 คะแนน หลังการทดลอง คะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 58.33-76.33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.46

5.1.3 ตอนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.10 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.94 และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 62.10 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.71 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.1.4 ตอนที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 45.90 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 และหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติ ระยะเวลา 1 เดือน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 47.10 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 ไม่มีความแตกต่างกัน

5.1.5 ตอนที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

5.1.6 ตอนที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (Independence t-test)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลอง และหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.2 อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน

1. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากการให้ความรู้กับพยาบาลเวชปฏิบัติ ได้กระทำเป็นรายกลุ่ม จำนวน 15 คน ได้ใช้แนวความคิดทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (CIPPA Model) มาเป็นพื้นฐานในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนใช้ระยะ 3 วัน

จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและ
 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรวมถึงการจัดการเรียนการสอนที่ครอบคลุมในเรื่องโรคจิตเภท
 สาเหตุ อาการ การรักษา การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)
 และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้และ
 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น และสอดคล้องกับ บัวลอย แสนละมุล และปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์
 (2557 : 28-29) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแล้วมีความรู้การดูแลผู้ป่วย
 จิตเภทที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย
 จิตเภทของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับ อณิมา จันทรสแสน (2558) ที่ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิต
 ศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผลการศึกษา
 พบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา
 ครอบครัวต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาและความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
 สารแอมเฟตามีน หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจึง
 เป็นผลที่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
 ช่วยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของพยาบาล
 เวชปฏิบัติ และจากการเรียนรู้ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน
 ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีกทั้ง
 พยาบาลเวชปฏิบัติ ยังสามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
 ไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิได้จริง

2. พยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วม
 โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างกันซึ่งเป็นไปตาม
 สมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการใช้แบบ
 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 ตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติจึงทำให้กลุ่มควบคุมไม่ได้มีความรู้มากขึ้นและมีการปฏิบัติพยาบาล
 ที่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

3. พยาบาลเวชปฏิบัติที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาล
 เวชปฏิบัติ (กลุ่มทดลอง) มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันจากพยาบาลเวชปฏิบัติที่ไม่ได้
 เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (กลุ่มควบคุม) อย่างมี
 นัยสำคัญที่ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน พยาบาลเวชปฏิบัติที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยจิตเภท

และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมถึงได้รับความรู้ที่ครอบคลุมในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สิ่งเหล่านี้เองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติยังสามารถนำไปประกอบการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิได้

โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับพยาบาลเวชปฏิบัติที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญสามารถปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความสามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและขยายขอบเขตการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษาให้กับหน่วยงานสาธารณสุขของแต่ละอำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์หรือจังหวัดอื่นเพื่อนำเอาโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติให้มีการเตรียมความพร้อมและมีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น มีการประเมินติดตามผลเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551) **พระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม.** กรุงเทพมหานคร : เพชรสยาม.
- กรมสุขภาพจิต. (2561) **กรมสุขภาพจิต ชี 5 ปัจจัยเสี่ยง ก่อปัญหาสุขภาพจิตยุคไทยแลนด์ 4.0 รุกงานสร้างความเข้มแข็งชุมชน รับมือ.** ออนไลน์ แหล่งที่มา : <http://www.prdmh.com> (10 กุมภาพันธ์ 2561)
- _____. (2560) **รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558ก) **คู่มือวิทยาการหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558ข) **คู่มือวิทยาการหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556) **รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2555) **รายงานประจำปีงบประมาณปี พ.ศ. 2555.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2553) **รายงานการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบการจัดทำ/ทบทวนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนฯ11 (พ.ศ. 2553-2559).** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต. (2556) **รายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต เรื่อง “ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจภาวะระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556.** นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เจษฎา ทองเถาว์. (2553) **ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคจิตเภท.** ออนไลน์ แหล่งที่มา : <http://www.prasri.go.th/res/other/2553.php> (10 ตุลาคม 2557)
- ชุตินา ทองอยู่ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (มกราคม – เมษายน 2560) **“ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท” วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 31 (1) หน้า 75-87.**
- ชญาภัช มิ่งขวัญใจ และคณะ. (กันยายน-ธันวาคม 2558) **“ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” วารสารพยาบาลทหารบก. 16 (3) หน้า 60-66.**
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2554) **คู่มือการให้คำปรึกษากลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกในการป้องกันโรคเอดส์.** ดุษฎีนิพนธ์ กศ.ด. (สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ชัชชฎา คมขำ. (กันยายน-ธันวาคม 2556) “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 27 (3) หน้า 101-109.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2555) **คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนา แคมมณี. (2561ก) **การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบชิปปาโมเดล (CIPPA Model)**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- ทัศนา บุญทอง. (2542) **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- ธงรบ เทียนสันต์ และคณะ. (มกราคม-มิถุนายน 2558) “ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาคอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” **วารสารพยาบาลตำรวจ**. 7 (1) หน้า 106-114.
- บัวลอย แสนละมุล และปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์. (2557) “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2 (1) หน้า 28-29.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ. (2550) “ปัจจัยที่ทำนายความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้” **วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร**. 25 (6) หน้า 481-489.
- บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2557) “ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย” **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 59 (3) หน้า 299-312.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561) “ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย” **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 26 (1) หน้า 50-62.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2552) **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับแกนนำชุมชน)**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ศักดิ์ดา กาญจนาวีโรจน์กุล และศิริพร ทองป่อ. (2542) “เจตคติต่อการพยาบาลจิตเวชและปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 44 (3) หน้า 201-212.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2556) **ตำราจิตเวชศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V)**. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557) **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร :
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2554) **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ**. นนทบุรี : สภาการพยาบาล.
- _____. (2552) **ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง**. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- _____. (2551) **คู่มือการใช้ยาในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง**. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สมลักษณ์ เขียวสด และคณะ. (มกราคม-เมษายน 2555) “ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช” **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 26 (1) หน้า 74.
- สำนักงานพยาบาล. (2550) **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล 2554**. ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์. (2557) **โครงการบุรีรัมย์สุขภาพดีวิถีแห่งความปรองดอง สู่ครอบครัวเดียวกัน ปี 2557**. ออนไลน์ แหล่งที่มา : <http://mffun.wordpress.com/2014/06/25/จ-บุรีรัมย์-and-more-on-mffun-in/> (4 ก.ค. 2557)
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556) **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan)**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558) **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพชร.
- สิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ. (มกราคม - เมษายน 2558) “ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี” **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 35 (1) หน้า 101-118.
- สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. (2553) **แนวคิด หลักการ การสอนบูรณาการ**. นนทบุรี : สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณ จันท์ประเสริฐ. (มกราคม-มีนาคม 2555) “คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออก” **วารสารสภาการพยาบาล**. 27 (1) หน้า 25-38.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2550) “พยาบาลเวชปฏิบัติ : เอกภาพ เอกลักษณ์ เอกสิทธิ์” **วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 22 (4) หน้า 1 - 5.
- อนิมา จันทร์แสน. (2558) **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Honestdocs. (2560) **โรคจิตเภท (Schizophrenia) คืออะไร**. ออนไลน์ แหล่งที่มา : <https://www.honestdocs.co/schizophrenia> (10 ตุลาคม 2557)
- Mitsunobu Matsuda & Ayumi Kono. (August 2015) “Development and valuation of a psychoeducation practitioner training program (PPTP)” **Archives of Psychiatric Nursing** 2015. 4 (29) p 195-256. [Online] Available : <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.03.002> (10 ตุลาคม 2558)
- World Health Organization. (2006) **The World Health Report 2006-Working Together for Health**. Geneva : World Health Organization.



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2561

ชื่อเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
 ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวฐิติวรดา แคนดา
 คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
 ประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรียาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2561

เลขที่รับรอง

อ.752/2561

วันที่ให้การรับรอง: 2 พฤศจิกายน 2561

วันหมดอายุใบรับรอง: 1 พฤศจิกายน 2563

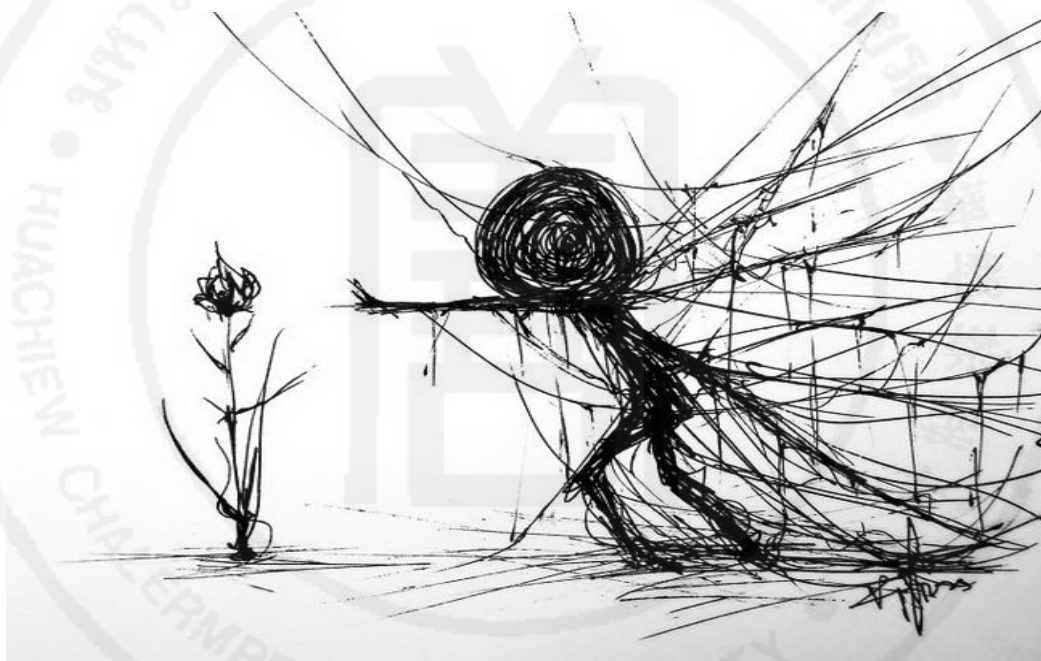
ภาคผนวก ข

คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA
PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS

คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

Schizophrenia Patients' care for Nurse Practitioners



Discover ideas about Depression Sketches January 2019

Stickmen's Series, drawings by Riftress - Ego – AlterEgo



นางสาวฐิติวรดา แคนดา

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คำนำ

คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (The training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners) ที่ผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้น โดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ความรู้กับพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

นี้ได้แนวคิดมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาล (PPTP : Development and Evaluation of a Psycho education Practitioner Training Program) การพยาบาลสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเมืองโอซาก้า มหาวิทยาลัยโอซาก้า ประเทศญี่ปุ่น และจากการศึกษาคู่มือ ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติได้ใช้แนวความคิดทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (CIPPA Model) มาเป็นพื้นฐานในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนใช้ ระยะ 3 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฐิติวรดา แคนตา

1 ตุลาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
ภาพรวมของคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ	2
แผนการให้ความรู้โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ	3
ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมอบรม	7
กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท	9
ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจิตเภท	14
การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)	30
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ	41
เอกสารประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ กรณีศึกษา	49
บรรณานุกรม	55
ประวัติผู้จัดทำ	56

บทนำ

คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (The Training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners) เป็นรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้ทฤษฎีรูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยยึดหลักผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โมเดลซิปปา (CIPPA Model) ที่ผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้นใช้เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติได้แนวคิดมาจากการศึกษาคู่มือตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจากโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาล (PPTP : Development and Evaluation of Psycho education Practitioner Training Program) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล เมืองโอซาก้ามหาวิทยาลัยโอซาก้า ประเทศญี่ปุ่น

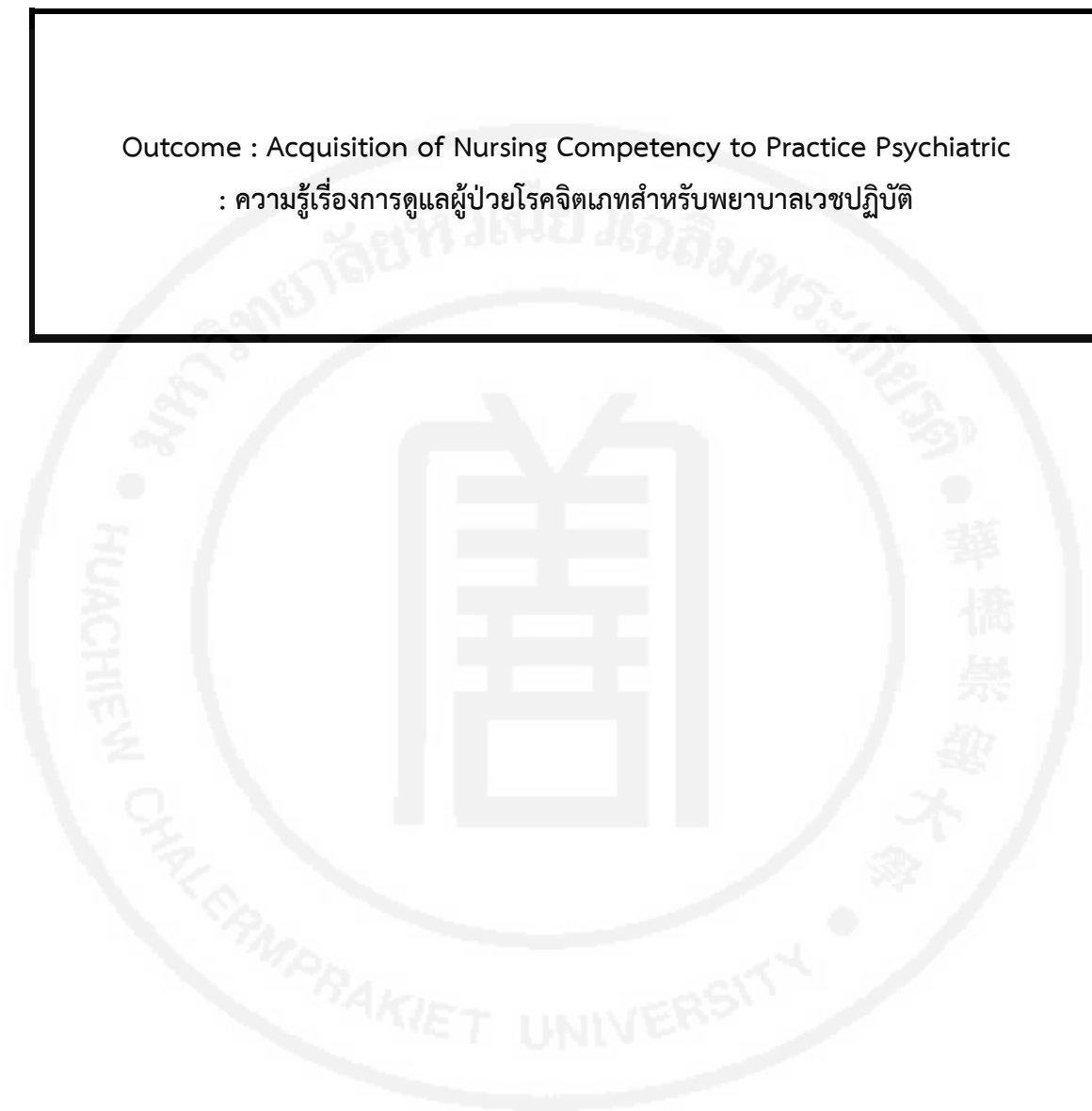
คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นในการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่พยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานกรมสุขภาพจิต 2558 ตัวเลขการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอกด้านจิตเวชเพิ่มสูงถึง 1.5 ล้านคน พบเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 409,003 ราย ดังนั้น การพัฒนาความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นประโยชน์ต่อการนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิให้เหมาะสมต่อไป

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คือ การให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้โรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางในการพยาบาลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปฐมภูมิ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในครอบครัวและชุมชน โดยผู้เขียนได้สร้างคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับการจัดรูปแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ภาพรวมของคู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

Outcome : Acquisition of Nursing Competency to Practice Psychiatric

: ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ



แบบแผนโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	สาระการเรียนรู้	วัตถุประสงค์	วิธีการ
วันที่ 1 45 นาที	ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธ์ภาพ กับผู้เข้ารับการฝึกอบรม	ให้ข้อมูลชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอน ของโครงการวิจัยโปรแกรมการฝึกอบรม เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้สอน และผู้เข้าร่วมอบรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึง วัตถุประสงค์และระยะเวลาขอโครงการวิจัย 3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงโครงสร้าง ของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติ	การบรรยายโดยผู้วิจัยใช้หลักการ ของโมเดลชิปปา
1.30 นาที		แบบทดสอบ (Pre-test) จำนวน 72 ข้อ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจและทดสอบ ความรู้ตนเองในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบทดสอบ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2 ชม.	กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ ต่อผู้ป่วยจิตเภท	- เรื่อง “คุณค่าของก้อนหิน” - เรื่องเล่า “ชีวิตข้างถนน” - วิดีทัศน์เรื่องราวชีวิตข้างถนนของ ผู้ป่วยจิตเภท	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทาง อารมณ์ความรู้สึก ส่งเสริมให้เข้าใจและ ยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น 2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางความรู้สึก ต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	1. การบรรยายโดยผู้วิจัยใช้ หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม 2. ให้เขียนความรู้สึกของตนเอง ต่อคนไข้จิตเภทโดยผู้เข้าร่วมอบรม
4 ชม.	ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	- ความหมายของโรคจิตเภท - ปัจจัยและสาเหตุของโรคจิตเภท - การดำเนินของโรคจิตเภท - ลักษณะทางคลินิก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา - ความหมายโรคจิตเภท - เหตุปัจจัยของโรคจิตเภท - การดำเนินของโรคจิตเภท - ลักษณะทางคลินิก	การสอนบรรยายโดยผู้วิจัยใช้ หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่

(ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	สาระการเรียนรู้	วัตถุประสงค์	วิธีการ
วันที่ 2 3 ชม.	ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	- การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ - ยารักษาโรคจิตเภท	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา - การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ - ยารักษาโรคจิตเภท	การสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม โดยใช้หลักการของโมเดลชิปปา ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่
	แบบประเมินอาการทางจิตของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8	การใช้แบบประเมินอาการทางจิต ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้แบบประเมินอาการทางจิตของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)	บรรยายการสอนแบบมีส่วนร่วม (Coaching) โดยใช้หลักการของ โมเดลชิปปา ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจกับกลุ่ม

คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมอบรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมอบรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัย
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงโครงสร้างของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

เวลา 45 นาที

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวิดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. คู่มือเอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คนละ 1 ชุด ประกอบด้วย (จำนวนเท่ากับผู้เข้าร่วมอบรม)
 - 2.1 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “คุณค่าของก้อนหิน”
 - 2.2 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน”
 - 2.3 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภท “เรื่องเล่าชีวิตข้างถนน”
 - 2.4 เอกสารประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างกรณีศึกษา 3 กรณี
 - 2.5 เอกสารความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมอบรม (Pre-test) 72 ข้อ คนละ 1 ชุด (จำนวนเท่ากับผู้เข้าร่วมอบรม)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ลงทะเบียนระบุรหัสส่วนบุคคลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมอบรม
2. ผู้วิจัยแจกเอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ คนละ 1 ชุด
3. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมอบรมแนะนำตนเองและคณะฯ ให้ข้อมูลชี้แจงกำหนดการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาของโครงการวิจัย มีระยะเวลา 3 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึง โครงสร้างของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
4. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมอบรมบันทึกภาพและเสียงตลอดระยะเวลาของโครงการวิจัย
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการให้ความรู้ตามโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. ผู้วิจัยมอบเอกสารแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและชี้แจงการตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้ารับการอบรม ชุดที่ 1 จำนวน 30 ข้อ โดยให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และระบุรหัสประจำตัวที่มมบนขวาของกระดาษให้กับสมาชิก คนละ 1 ชุด และเอกสารแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดที่ 2 จำนวน 42 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบปรนัย โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวเมื่อผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทเสร็จ ผู้วิจัยเก็บเอกสารแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท **ขั้นสรุป**

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมอบรม สำหรับความร่วมมือในการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Pre-test

การประเมินผล

1. จากการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นต่างๆของผู้เข้าร่วมอบรม
2. จากเอกสารแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท Pre-test

กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทางอารมณ์ และความรู้สึก ส่งเสริมให้เข้าใจและยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางความรู้สึกต่อหน้าที่ในดูแลการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวิดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง
3. เอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาล

เวชปฏิบัติ

- 3.1 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “คุณค่าของก้อนหิน” คนละ 1 แผ่น
- 3.2 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน” คนละ 1 แผ่น
- 3.3 เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “เรื่องเล่าชีวิตข้างถนน” คนละ 1 แผ่น
- 3.4 YouTube รายงานพิเศษ Ch7HD “เรื่องราวชีวิตข้างถนนของผู้ป่วยจิตเภท”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “คุณค่าของก้อนหิน” ให้ผู้เข้ารับการอบรมและให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านและคิดตามในเนื้อเรื่องดังกล่าว ว่าหากเราอยู่ในเหตุการณ์ดังกล่าว เราเลือกที่จะทำอย่างไร และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงรับรู้ความสามารถในตนเองการดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลที่พร้อมจะเสียสละทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อการดูแลเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตา
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนนคน” และให้สมาชิกดูรูปภาพแล้วเขียนบรรยายความรู้สึกตามหัวข้อที่ระบุ คุณรู้สึกอย่างไรกับภาพนี้ อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกแบบนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคนนำเสนอความรู้สึกของตนเองและร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น เพื่อสะท้อนให้สมาชิกเห็นถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละคน
4. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “เรื่องเล่าชีวิตข้างถนน” โดยให้สมาชิกอ่านและคิดตามในเนื้อเรื่องดังกล่าวและผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจิตเภทถึงการเจ็บป่วยทางใจจะบอกเล่าให้คนอื่นรับรู้และเข้าใจยาก เน้นย้ำถึงความเข้าใจการยอมรับ และให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภท
5. ผู้วิจัยเปิดวิดีโอทัศน์ “เรื่องราวชีวิตข้างถนนของผู้ป่วยจิตเภท” ความยาว 4.36 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยขอตัวแทนผู้เข้าร่วมอบรม 1 คน สรุปประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเน้นย้ำอีกครั้งถึงความเข้าใจ การยอมรับ การให้โอกาส และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรม
2. การนำเสนอจากเอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท “ภาพเรื่องเล่าชีวิตข้างถนน”

เอกสารประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท

“คุณค่าของก้อนหิน”

ยังมีเรื่องราวที่ถูกเล่าขานในกาลครั้งหนึ่งว่า มีพระราชพาพระองค์หนึ่งทรงปลอมกายแต่งตัวเป็นสามัญชนธรรมดาแล้วออกมาจากพระราชวังเพื่อมาเยี่ยมดูความเป็นอยู่ของราษฎรในการปกครองของพระองค์ เมื่อทรงทอดพระเนตรแล้วก็เสด็จต่อไปในถนนเส้นหนึ่งจากนั้นพระองค์ก็ทรงคิด “อุบาย” ขึ้นมาเพื่อทดลองดูว่าจะมี “คนดี” มี “น้ำใจ” มากน้อยเพียงใด

พระองค์ทรงรับสั่งให้มหาดเล็กนำเอาหินก้อนใหญ่ก้อนหนึ่งวางไว้ตรงกลางถนนเพื่อคอยดูว่า จะมีคนที่เดินผ่านมาแล้วเอามันออกไปให้พ้นถนนไหม? แล้วก็พากันแอบชும்อยู่ตรงโคนไม้ใหญ่ซึ่งมีกอหญ้าสูงหนาปกคลุมอยู่อย่างมิดชิด

ครั้นพอสักพักก็มีชาวบ้านซึ่งนำฝูงวัวเดินมาตามถนนพอมายัง ณ ก้อนหินก้อนนั้นที่ขวางถนนอยู่ คนเลี้ยงวัวก็หยุดดูแล้วบ่นขึ้นมาทันใดว่า “ใครวะ! ช่างคิดเอาก้อนหินมาขวางถนนอยู่ได้ มันขวางทางเดินรุ่มมัย!...โอ๊ย! แย่จังเลย” พอจ้องดูสักพักแล้วเขาก็เดินจากไปอย่างไม่ใยดีกับก้อนหินก้อนนั้น แล้วพออีกสักพักก็มีชาวไร่เดินผ่านมา ครั้นเมื่อมาเห็นก้อนหินขวางทางอยู่ก็หยุดดู แล้วก็เริ่มบ่นว่าใครนะที่เอาก้อนหินมาขวางทางเดิน แล้วเขาก็เดินเลยออกไปข้างถนนอย่างไม่สนใจที่จะเอาก้อนหินก้อนนั้นออกจากถนนเลย ต่อมาเด็กหนุ่มคนหนึ่งได้เดินผ่านมา เมื่อเห็นก้อนหินก้อนใหญ่ที่ขวางทางอยู่เบื้องหน้านั้น แล้วเขาก็หยุดยืนดูอยู่สักครู่แล้วก็พูดออกมาว่า “ใครนะ! ช่างคิดเอาก้อนหินมาวางขวางทางไว้เช่นนี้” แล้วก็หันหลังกลับมุ่งเดินไปในทางเดินเก่าที่ผ่านมา แต่พอสักครู่ก็ปรากฏว่ามีคนกลุ่มหนึ่งได้เดินกันมาหลายคนและเมื่อยิ่งใกล้เข้ามาก็ปรากฏว่าเป็นเด็กหนุ่มผู้นั้นเองที่พาเพื่อนของเขา มาอีกหลายคน แล้วพวกเขาก็พากันช่วยกันยก “ก้อนหิน” ที่ขวางถนนออกไป แล้วก็ปรากฏว่าเหมือนมีอะไรสักอย่างถูกทับด้วยก้อนหินอยู่ และเมื่อดูใกล้ ๆ ก็ปรากฏว่าเป็น “ห่อผ้า” ชิ้นหนึ่งที่ถูกก้อนหินทับไว้และเมื่อเปิดห่อผ้าแล้วปรากฏว่า ผ้าผืนนั้นได้ห่อ “ทองคำ” และ “เงิน” ไว้มากมายสักพัก “พระราชพา” องค์นั้นกับมหาดเล็กได้เดินออกมาจากที่ซ่อนตัวอยู่แล้วทรงตรัสว่า

“พวกเธอไม่ต้องแปลกใจหรือกับแก้ว แหวน เงิน ทอง เหล่านั้น เพราะเป็นของเราเองที่ได้นำมาวางซ่อนเอาไว้ เพื่อสมนาคุณแก่ผู้ที่ได้ทำความดีเพราะสิ่งที่เราทำนั้นก็เพียงเพื่อค้นหาว่ายังมีคนดีภายในเมืองนี้บ้างหรือไม่ และต่อแต่นี้ทรัพย์สิน เงิน ทอง ทั้งหมดได้ตกเป็นของพวกเจ้าทุกคนแล้วจงนำไปแบ่งกันเสียเพื่อเป็นผลตอบแทนแก่พวกเจ้าที่ได้ทำความดีไว้ต่อสังคม”

เอกสารภาพประกอบกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท



คุณรู้สึกอย่างไรกับภาพนี้

.....

.....

.....

.....

.....

อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกแบบนี้

.....

.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบเรื่องเล่า “ชีวิตข้างถนน”

ไม่มีใครรู้ว่าเขาเป็นใครมาจากไหน เขานั่งลำพังอยู่เพียงคนเดียวข้างสะพานข้ามคลอง นั่งกอดเข่า ชูกหน้าอยู่กับเขา นั่งอยู่แบบนั้นนานเท่าไรไม่มีใครรู้ สีหน้าแววตาดูหวาดระแวงเคล้าอมทุกข์บางครั้ง เขาหัวเราะมีความสุข บางครั้งเขาชูกหน้าลงกับเข่าร้องไห้ เขาพูดพรั่กับตัวเอง เขาเนื้อตัวสกปรก มอมแมมเสื้อผ้าเก่าขาดวิน กลิ่นเหม็นคละคลุ้งแผ่รุกรัง บางครั้งมักหรือคั่นตามถึงขยะเอาเก็บมาไว้กับตัวหอบของพะลุพะลึง ขอเงิน ขอของกินกับคนที่เดินผ่านไปมา บางทีมีคนก็หยิบยื่นให้ บ้างก็ไล่หนี เพียงเพราะเขาเป็นเหมือนสิ่งที่น่ารังเกียจ น่าขยะแขยง เขาเดินไปเรื่อย ๆ นอนตามข้างถนน บนสะพานลอย ซอกตึก หรือที่ไหนสักแห่งในที่ที่เขาพอจะนอนได้ ไม่มีหมอน ไม่มีผ้าห่ม ไม่มีที่นอนนุ่ม ๆ ไม่มีอะไรเลยสักอย่าง เขาต้องอยู่เพียงลำพังแบบนั้นวันแล้ววันเล่า พุดกับใครเขาก็ไม่เข้าใจ แถมผู้คนที่กลัวเขามาก แต่ด้วยสภาวะจิตใจของเขาที่ถูกมองว่า “เป็นคนบ้า” เสียสติไม่น่าเข้าใกล้ จึงทำให้เขากลายเป็นคนไร้ค่า ในสายตาของคนทั่วไป แท้จริงแล้วมีเรื่องราวมากมายที่เราไม่ได้รับรู้ว่า คน ๆ หนึ่งกว่าจะมาเป็น “คนเสียสติ...คนบ้า” ที่เราเห็นทุกวันนี้ ชีวิตที่เป็นเรื่องราวฉากของความทุกข์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตซ้ำ ๆ ของเขานั้น ผ่านอะไรมาบ้าง เบื้องหลังชีวิตของเขาคือความทุกข์ที่สะสมซ่อนอยู่ในใจ คือ ความคิดที่วุ่นทับสนม เป็นวงจรไปมาที่ไม่รู้ว่าจะหาหนทางออกจากความคิด และหาความเข้าใจนั้นได้อย่างไร

“หากเรายังเหยียบย่ำ ลดค่าความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น เพียงเพราะเขาไม่เหมือนกับเราปล่อยปละละเลย เพิกเฉย ด้วยคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ และปล่อยให้คนเหล่านั้นกลายเป็นเพียง “ขยะ” ที่รอการเก็บกวาดจากสังคม สุดท้าย เราคงไม่เหลือความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน การที่ต้องป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคเล็กน้อยไม่ว่าจะเป็นโรคอะไร ร้ายแรงแค่ไหน ไม่มีใครอยากเป็นทั้งนั้น และต่างก็ทุกข์ยากไม่ต่างกัน ขอเพียงแค่มมีคนเข้าใจความทุกข์รับฟังความทุกข์ของเขาเหล่านั้น ทุกข์ของเขาก็ได้รับการเยียวยาแบ่งเบาไปมากแล้ว ขอแค่เขามีชีวิตที่เป็นปกติเท่าที่จะเป็นได้และมีความสุขกับโรคที่เขาเป็น ขอแค่มีใครสักคนหนึ่งที่เข้าใจพร้อมที่จะช่วยเขาให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขขอแค่นั้นจริง ๆ”

เอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยและสาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.4 ลักษณะทางคลินิก
 - 1.5 การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญและยารักษาโรคจิตเวช
 - 1.6 วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง กรณีศึกษา

เวลา 7 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวีดิโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. เอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
 - เอกสารประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างกรณีศึกษา 3 กรณี คนละ 1 ชุด (เท่ากับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม)

3. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง

- YouTube Schizophrenia 571092 จัดทำโดย นางสาวอสมภรณ์ ไรจน์บุญถึง นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยกล่าวกริณนำเรื่องโรคการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจิตเภทกับผู้เข้าร่วมอบรม ผู้วิจัยเปิดวีดิโอ สื่อการสอนเรื่อง โรคจิตเภท ความยาวเนื้อหา 7.40 นาที หลังจากนั้นเข้าสู่การบรรยายเนื้อหาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจิตเภท โดยผู้เข้าร่วมอบรมสามารถทำความเข้าใจจากเนื้อหาในเอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมรับฟังการบรรยายจากผู้วิจัยและคณะฯ

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากยา

การประเมินผล

การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรม

เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Schizophrenia)

1. คำจำกัดความ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล. 2545)

2. ปัจจัยและสาเหตุของโรคจิตเภท

2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) พบว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl. 1996)

2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมอง และส่วนหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง

2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กโดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติและสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (Ambivalence)

2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

จากการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือ ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง นอกจากนี้ ยังมีรายงาน พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (Ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไปเด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

3. การดำเนินของโรค

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับ 20 กลาง ๆ และในผู้หญิง 20 ตอนปลาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขวิทยาของตนเอง มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์ จนในที่สุดผู้ป่วยก็จะแสดงอาการของโรคที่ชัดเจน เช่น อาการหูแว่วและอาการหลงผิดประสาทหลอน

4. ลักษณะทางคลินิก

อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms)

กลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative symptoms)

กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms)

1) อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิดโดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

- Delusion of persecution หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย
- Delusion of reference หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน ว่าร้าย นินทา
- Delusion of being controlled หลงผิดคิดว่าการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก
- Delusion of somatic หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย
- Delusion of grandeur หลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่
- Delusion of nihilistic หลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้าโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยิน เสียงคนมาเรียก ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

- Auditory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน
- Visual hallucination อาการประสาทหลอนทางการเห็น
- Tactile hallucination อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส
- Olfactory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น
- Gustatory hallucination อาการประสาทหลอนทางการรับรส

นอกจากนี้ ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่ปรากฏ ได้แก่ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า

Illusion

3) อาการด้านการพูด พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่องโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง สร้างคำขึ้นเอง (Loose association) หรือผู้ป่วยพูดคุ้ยฟังไม่รู้เรื่อง เรียกว่า Incoherence

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่าง ๆ ความสับสนเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณะของตนตลอดจนบทบาทหน้าที่ของตน เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก และพรั่งพลาญกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ Masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวหยาบคาย

กลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative symptoms)

อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทางพูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้น ๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบขาดความสนใจในทุกกิจกรรม (Avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยนิ่งเฉย ๆ เป็นเวลานาน ๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

5. ชนิดของโรคจิตเภทองค์การอนามัยโลก (ICD-10)

ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้

1) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น

2) โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15 – 25 ปี อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการของความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน (Incoherence) อารมณ์เฉยเมยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ผู้ป่วยพวกนี้เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย และเกิดขึ้นช้า ๆ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อนเมื่อเป็นเรื้อรังมักไม่ค่อยหายและเป็นภาระของสังคม

3) โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic schizophrenia) ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบ เฉยทื่อ (Stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (Negativism) ยืนกราน (Rigidity) หรือตื่นเต้น วุ่นวาย (Excitement)

4) โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จะเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า ชอบนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว สีหน้าเฉยเมย ขาดความคิดริเริ่ม มักคิดและพูดอะไรแปลก ๆ ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

5) โรควิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยประเภทนี้มีอาการของโรควิตเภทไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่น ๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

6) โรควิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยโรควิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัวไม่สังคมกับใคร

7) โรควิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple schizophrenia) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสื่อมถอย โดยเริ่มมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8) โรควิตเภทชนิดอื่น ๆ (Other schizophrenia) เป็นโรควิตเภทชนิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

9) โรควิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

6. การรักษาโรควิตเภทที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยาประเภทของยาทางจิตเวชสามารถจัดเป็นกลุ่มที่สำคัญได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ยารักษาโรควิต (Antipsychotic drugs/Major tranquillizers)
- 2) ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant drugs)
- 3) ยาคลายกังวล (Antianxiety drugs/Anxiolytic drugs/Minor tranquillizers)
- 4) ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizing drugs/Antimanic drugs)

การรักษาด้วยยาทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ซึ่งการรักษาที่มี 2 ช่วง คือ ระยะเวลาควบคุมอาการ การรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้สงบ (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการทางจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผลและระยะให้ยาต่อเนื่องหลังจากที่อาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ

อาการไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง)

1) Extrapyramidal Symptoms (EPS) ทำให้เกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวดังนี้

1.1) Pseudoparkinsonism /Parkinsonism มีอาการเหมือนกับคนเป็นโรค Parkinson เช่น การเคลื่อนไหวช้า (Akinesia) เดินขาลากมีอาการสั่น (Tremor) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (Rigidity) สีหน้าเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (Mask face) กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้มีน้ำลายเต็มปาก

1.2) Acute dystonia ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle spasm) คอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง กล้ามเนื้อที่หน้ากระดูขากรรไกรแข็ง น้ำลายไหล ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้นค้างบนตลอดเวลา หลังแอ่น

1.3) Akathisia เป็นความรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่น มีอาการคล้าย Agitation

1.4) Tardive dyskinesia จะมีอาการของการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ลิ้น และลำคอ ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น ดูดปาก แลบลิ้น เสยริมฝีปาก เคี้ยวปาก แสยะใบหน้า กลืนลำบาก ซึ่งเกิดจากการใช้ยาในขนาดสูงเป็นระยะเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน เป็นอาการที่ติดต่อการรักษาด้วยยา

2) Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก อาการสำคัญคือ มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรงไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจเกิดภาวะการทำงานของระบบหายใจล้มเหลว และอาจเสียชีวิตได้

3) Anticholinergic side effect จะทำให้มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดจากการใช้ยา Thioridazine เป็นส่วนใหญ่ โดยมีอาการ ดังนี้

- 3.1) ปากแห้ง
- 3.2) ตาพร่า
- 3.3) ปัสสาวะลำบาก
- 3.4) ท้องผูก

4) Adrenergic side effect มีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะและหน้ามืด

5) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine effect) ยารักษาโรคจิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายชนิด ที่พบบ่อย คือ ผู้หญิงมีการเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีเต้านมคัด และบางรายมีการหลั่งน้ำนม (Lactation) ประจำเดือนผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง สำหรับผู้ชายอาจมีเต้านมโตขึ้น

จิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมการให้กำลังใจ แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทางด้านจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่ดี

ครอบครัวบำบัด การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดปฏิกิริยาด้านลบต่อผู้ป่วย การให้ข้อมูลการรักษา แนวทางการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งการเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก ให้ญาติได้ผ่อนคลายความเครียด และให้กำลังใจเพื่อที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

การรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยที่มีอาการคาทาโทเนีย หรือมีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

7. กลุ่มยารักษาอาการทางจิตที่ใช้บ่อย

1) Haloperidal, Halolop, Hadol, Halop, Halox

รูปร่างลักษณะเป็นเม็ดกลมขนาดเล็ก

- ขนาด 0.5 มิลลิกรัม มีสีขาว
- ขนาด 1 มิลลิกรัม มีสีเขียวอ่อน
- ขนาด 2 มิลลิกรัม มีสีเหลือง
- ขนาด 5 มิลลิกรัม มีสีฟ้า
- ขนาด 10 มิลลิกรัม มีสีชมพู

วัตถุประสงค์ในการใช้ : อาการโรคจิตสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเช่น ก้าวร้าวรุนแรง

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่งเวลารับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : มีอาการง่วงซึม ตัวแข็งทื่อ ลิ้นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก หน้ามืด ใจสั่นและตาพร่ามัว

ข้อควรระวัง : สังเกตอาการบ่อย ๆ หากมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยามากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

2) Perphenazine, Monazine, Trinzine, Pernazine, Pernamed

รูปร่างลักษณะเป็นเม็ดเคลือบกลม

- ขนาด 2 มิลลิกรัม มีสีเขียวอ่อน
- ขนาด 4 มิลลิกรัม มีสีส้มแกมแดง
- ขนาด 8 มิลลิกรัม มีสีส้ม
- ขนาด 16 มิลลิกรัม มีสีชมพู

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการโรคจิตในระยะเริ่มแรกและระยะควบคุมอาการ

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่งเวลารับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ปากแห้งง่วงนอน ซึม น้ำหนักเพิ่มปัสสาวะคั่งในผู้สูงอายุบ่อยราย บางรายอาจมีความดันโลหิตต่ำได้

ข้อควรระวัง : สังเกตอาการบ่อย ๆ หากมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยามากจนผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

3) Trifluoperazine, Triplex, Triflazine

รูปร่างลักษณะเป็นเม็ดเคลือบกลม

- ขนาด 1 มิลลิกรัม มีสีฟ้าอมเขียว

- ขนาด 5 มิลลิกรัม มีสีเขียวแก่

- ขนาด 10 มิลลิกรัม มีสีเทาดำ

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการโรคจิต

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่งเวลารับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ตัวแข็งทื่อ ลิ้นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก ง่วงมาก หน้ามืด เป็นลมใจสั่น ตาพร่ามัว และเกิดอาการแพ้แสง

ข้อควรระวัง : สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยาห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

4) Trioridazine, Thiomed, Tidazine

รูปร่างลักษณะ เป็นเม็ดเคลือบกลม

- ขนาด 10 มิลลิกรัม มีสีเขียวอ่อน

- ขนาด 25 มิลลิกรัม มีสีน้ำตาล

- ขนาด 50 มิลลิกรัม มีสีเขียว

- ขนาด 50 มิลลิกรัม มีสีเขียวแก่

- ขนาด 200 มิลลิกรัม มีสีชมพู

วัตถุประสงค์ในการใช้ : ควบคุมอาการทางจิตควบคุมอาการทางประสาท เช่น เครียด วิดกกังวลนอนไม่หลับ

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่งเวลารับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : มีผื่นขึ้นตามร่างกาย น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะคั่ง บวม ตาพร่ามัว การมองเห็น ภาพเป็นสีน้ำตาล ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง และท้องเสีย ในผู้สูงอายุมักไม่ใช้เพราะมีรายงานจากสถิติมักทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้

ข้อควรระวัง : สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา อาจมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ ห้ามหยุดหรือปรับยาเองการใช้ในขนาดสูงมากกว่า 800 มิลลิกรัม/วัน ต้องระวังภาวะตาบอดจากการเพิ่มของเม็ดสีในม่านสีในม่านตาของผู้ป่วย (Retinitis pigmentosa)

5) Chlorpromazine, Chlorpromed, Matcine, CPZ, Largactil

รูปร่างลักษณะ เป็นเม็ดเคลือบกลม

- ขนาด 25 มิลลิกรัม มีสีเหลืองแกมน้ำตาล

- ขนาด 50 มิลลิกรัม มีสีขาวเม็ดเล็ก

- ขนาด 100 มิลลิกรัม มีสีขาวเม็ดกลาง

- ขนาด 200 มิลลิกรัม สีขาวเม็ดใหญ่

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการโรคจิตที่รุนแรง เช่น นอนไม่หลับ ก้าวร้าว พฤติกรรม

รุนแรง

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่งเวลารับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : มีผื่นขึ้นตามร่างกาย น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะคั่ง บวม ตาพร่ามัว ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง และในผู้สูงอายุมักไม่ใช้เพราะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ และมีฤทธิ์ลดระดับการชักจึงควรระมัดระวังการให้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคลมชักร่วมด้วย

ข้อควรระวัง : สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยาระวังเกิดอุบัติเหตุในการลุก-นั่ง เปลี่ยนท่า เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

6) Clopixol

รูปร่างลักษณะเป็นเม็ดกลมไม่เคลือบ

- ขนาด 25 มิลลิกรัม สีน้ำตาลเข้ม

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการโรคจิต

จำนวน : รับประทานตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ปากแห้ง ง่วงซึม ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ คอบิดเกร็ง ตัวแข็งทื่อ และตาเหลือกค้าง

ข้อควรระวัง : ไม่ควรทำงานกับเครื่องจักรขับเคลื่อน ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

7) Risperidone Quicklet, Risperidol

รูปร่างลักษณะ เม็ดเรียวยาวสีไม่เคลือบ

- ขนาด 1 มิลลิกรัม สีขาว ละลายง่ายเมื่อถูกความร้อน

- ขนาด 2 มิลลิกรัม สีชมพู ละลายง่ายเมื่อถูกความร้อน

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาโรคจิตเภทที่เชื่อว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยกว่ายาตัวอื่น ๆ

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่ง เวลารับประทานหลังอาหารทันที

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด มือสั่น ง่วงมาก อาหารไม่ย่อย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่มแต่จะพบอาการข้างเคียงน้อย

ควรระวัง : ห้ามปรับหรือหยุดยาเอง

8) Clozapine, Clopaze

รูปร่างลักษณะเม็ดกลมไม่เคลือบ

- ขนาด 25 มิลลิกรัม สีขาวแกมเขียวอ่อน

- ขนาด 100 มิลลิกรัม สีขาวแกมเขียวอ่อน

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและไม่ค่อยตอบสนองต่อยาชนิดอื่น เป็นยากลับใหม่แต่มีฤทธิ์ลดระดับเม็ดเลือดขาวในร่างกาย

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่ง เวลารับประทานหลังอาหาร

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ง่วงซึม น้ำลายไหลมาก ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก น้ำหนักตัวเพิ่ม (พบบ่อย) มีไข้หัวใจเต้นเร็ว เม็ดเลือดขาวต่ำ

ข้อควรระวัง : ติดตามผลการตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการลบกินน้ำตาล เปลี่ยนอิริยาบถ อาจมีหน้ามืด การเดินของหัวใจผิดปกติห้ามปรับหรือหยุดยาเอง

หมายเหตุ : เป็นยาด้านโรคจิต ที่ไม่ใช่เป็นยารักษาอาการทางจิตตัวแรกเนื่องจากมีปัญหา ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำได้ จึงจำเป็นต้องเจาะเลือดเป็นระยะ ๆ ส่วนใหญ่ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง แต่ มักใช้ในกรณีมีอาการของโรครุนแรงหรือเป็นโรคจิตที่เรื้อรัง

9) Haloperidol, Halodec

รูปร่างลักษณะ : เป็นยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อขนาดหลอดละ 50 มิลลิกรัม และ 100 มิลลิกรัม

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาโรคจิตเภทเรื้อรัง

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่ง เวลาฉีดตามที่แพทย์สั่ง ส่วนใหญ่ประมาณ 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด
หนึ่งครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : ง่วงซึม อาการสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหล เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ปวดเวียนศีรษะ

ข้อควรระวัง : ถ้ามีอาการมึนงง หรือปวดศีรษะจากความดันโลหิตต่ำให้เปลี่ยนท่าช้า ๆ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

10. Clopixol – Depot

รูปร่างลักษณะ : เป็นยาฉีด ขนาด 200 มิลลิกรัม ต่อ 2 ซีซี

วัตถุประสงค์ในการใช้ : รักษาอาการทางจิต

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่ง เวลาฉีดตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : เวียนศีรษะ ง่วงนอนมาก (พบบ่อย) หายใจลำบาก ผื่นคัน และ
ตับอักเสบ

ข้อควรระวัง : ในผู้ป่วยที่มีประวัติชักโรคตับ ต่ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะเป็นพิษจากสุรา โรคระบบ
หัวใจหลอดเลือด ผู้ป่วยที่ขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักรเนื่องจากยาจะทำให้ง่วง

11. Fluanxol depot

รูปร่างลักษณะ : เป็นยาฉีดขนาด 20 มิลลิกรัมและ 40 มิลลิกรัม

วัตถุประสงค์ของการใช้ : รักษาอาการทางจิต ลดอาการหลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน

จำนวน : ตามที่แพทย์สั่ง เวลาฉีดตามที่แพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา : เกิดอาการสั่นตามปลายนิ้ว โดยเฉพาะในระยะแรกของการรักษา
เมื่อหยุดยาก็จะหาย หรือรับประทานยาช่วยแก้อาการดังกล่าว

ข้อควรระวัง : สังเกตอาการข้างเคียงของยา ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

8. ประโยชน์ของการทานยาจิตเวชต่อเนื่อง

- 1) ช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ควบคุมอาการทางจิต ส่งผลให้อาการทางจิตสงบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้
- 2) ลดอาการที่ก้าวร้าว รุนแรง ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น
- 3) ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐ

9. ผลกระทบจากการขาดยาและหยุดยาเอง

- 1) ผลกระทบต่อตนเอง การขาดยาส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่บุคคลิกภาพเสื่อมลง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนไม่สามารถดูแลตัวเองได้
- 2) ผลกระทบต่อครอบครัวทำให้อายุที่ต้องเพิ่มภาระการดูแลส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และเกิดความเครียดตามมา สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัว
- 3) ผลกระทบต่อสังคม ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและเมื่อขาดยาผู้ป่วยอาจมีอาการก้าวร้าว สร้างความหวาดกลัวและเดือดร้อนให้แก่สังคม

เอกสารประกอบการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) ได้

เวลา 4 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวิดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง
3. เอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาล

เวชปฏิบัติ

- เอกสารประกอบการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 คนละ 1 ชุด (เท่ากับจำนวนผู้เข้าร่วมอบรม)

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยอธิบายความสำคัญในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 เพื่อประเมินอาการและระดับความรุนแรงของอาการทางจิต
2. ผู้วิจัยสอนการใช้แบบประเมินให้เน้นถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ ที่ผ่านการให้คะแนนพิจารณาจาก : การสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์รวมทั้งประวัติจากญาติ/ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ (ตามเอกสารความรู้การใช้แบบประเมิน)
3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองการใช้แบบประเมินฝึกปฏิบัติสอนในสถานการณ์จริงและ/หรือเสมือนจริง วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง โดยการจับคู่กัน 2 คน สลับกันประเมินอาการในรูปแบบบทบาทสมมติทั้ง 2 ฝ่าย และนำเสนอผลการประเมินอาการทางจิตที่ได้

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยสรุปการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8 อีกครั้ง โดยเน้นย้ำในการค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ ที่ผ่านการให้คะแนนพิจารณาจาก การสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์รวมทั้งประวัติจากญาติ/ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และการแสดงบทบาทสมมุติในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

2. จากเอกสารแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

3. จากการนำเสนอผลการประเมินอาการทางจิตที่ได้ จากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : (PASS 8)

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์) Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

อาการที่ประเมิน	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic social)					
2. อาการหลงผิด (Delusions)					
3. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)					
4. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior)					
5. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)					
6. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)					
7. กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น (Lack of spontaneity and flow of conversation)					
8. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)					
รวมคะแนน					
ระดับ					

หมายเหตุ หากผู้ป่วยมีค่าคะแนนตรงกับช่องแรกๆ แค่เพียงช่องใดช่องหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)

Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากกว่าให้คะแนนพิจารณาจาก : การสังเกต
ลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งประวัติจากญาติ/ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ (กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข. 2555)

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
1	<p>อาการแยกตัวจากสังคม (Passive /Apathetic social) ตัวอย่างคำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ออกไปพูดคุยกับคนอื่นนอกบ้านหรือไม่ - ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ไป ร่วมงานบุญหรือสังสรรค์กับเพื่อนบ้าง หรือไม่ <p>ถ้าคุยได้คุยกับใครบ้าง อย่างไร บ่อยไหม ถ้าไม่เพราะอะไร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย แสดงความสนใจใน กิจกรรมทางสังคมเป็นบางครั้ง แต่มักไม่เป็น ฝ่ายเริ่มจะเข้าร่วมต่อเมื่อคนอื่นเป็นฝ่ายเข้าหา ก่อนเท่านั้น 3. มีอาการปานกลาง เข้าร่วมในกิจกรรม ทางสังคมตามที่ถูกชักนำ และทำไปอย่างแค้น ๆ และมักพยายามทำตัวเป็นส่วนที่ไม่สำคัญในกลุ่ม 4. มีอาการรุนแรง ยอมเข้าร่วมกิจกรรมบ้าง เล็กน้อย เมื่อได้รับการชักจูงแต่จะไม่สนใจหรือ ร่วมกิจกรรมใน กลุ่มเลย โดยทั่วไปจะใช้เวลา อยู่ร่วมกับคนอื่นน้อยมาก 5. มีอาการรุนแรงมาก มีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ แยกตัวจากสังคมอย่างมาก และ ไม่สนใจดูแลตัวเองเลย 	
2	<p>อาการหลงผิด (Delusions) ตัวอย่างคำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณเคยคิดว่ามีใครซุบซิบ นินทา หรือมีบางคนสะกดรอยตาม หรือมี ใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณหรือพยายาม ทำร้ายคุณหรือไม่ ถ้ามีแล้วคุณทำอะไร - คุณคิดว่ามีใครบางคนอ่านใจคุณ ได้ หรือไม่หรือคุณสามารถอ่านใจคน อื่นได้หรือไม่ ถ้ามีแล้วคุณทำอะไร 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย มีอาการหลงผิดหนึ่ง หรือสองประการ ซึ่งมีลักษณะคลุมเครือไม่ค่อย ชัดเจนและผู้ป่วยไม่ได้ยึดถืออย่างจริงจัง และ ความหลงผิดนี้ไม่มีผลรบกวนความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือพฤติกรรม 3. มีอาการปานกลาง มีอาการหลงผิดหลาย เรื่องที่ผู้ป่วยยึดถืออย่างจริงจัง และมีผลกระทบ ต่อความคิดความสัมพันธ์ทางสังคม หรือ พฤติกรรมเป็นบางครั้ง 	

(ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
	<p>- คุณติดต่อผู้อื่นทางกระแสดิจิทัลหรือไม่ ถ้ามีเล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม เกิดขึ้นบ่อยไหม ถ้ามีแล้วคุณทำอะไร</p> <p>- คุณมีความคิดที่ไม่ใช่ของคุณสอดแทรกเข้ามาในหัวคุณหรือไม่ ถ้ามี แล้วคุณทำอะไร</p>	<p>4. มีอาการรุนแรง มีอาการหลงผิดหนึ่งเรื่อง ที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง มีลักษณะเป็นเรื่องเป็นราวค่อนข้างมาก โดยผู้ป่วยยึดถืออย่างจริงจังและมีผลกระทบต่อความคิดความสัมพันธ์ทางสังคมรวมทั้งพฤติกรรมอย่างชัดเจน</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีอาการหลงผิดอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง ที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง และมีลักษณะเป็นเรื่องเป็นราวที่ชัดเจนมาก จนมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและขาดความรับผิดชอบ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้</p>	
3	<p>เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)</p> <p>ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- คุณรู้สึกเหมือนตัวคุณเองถูกควบคุมจากคนอื่น หรือจากพลังภายนอกหรือไม่ หรือเคยรู้สึกมีอะไรมาสิงหรือไม่</p> <p>- คุณเคยได้รับการสื่อสารถึงตัวคุณโดยตรงผ่านทางโทรศัพท์ ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์หรือไม่ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม (เช่น ใครบ้าง เมื่อไหร่ อย่างไร)</p> <p>- คุณเคยได้รับการติดต่อสื่อสารกับคนดัง (ดารา นักร้อง นักการเมือง) เป็นการส่วนตัวหรือไม่ สื่อสารกับใคร</p> <p>- คุณคิดว่าคุณมีความพิเศษเกินคนอื่นหรือไม่ เช่น เป็นเทวดา หรือเป็นเทพ มีความฉลาดเหนือมนุษย์ ฯลฯ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังหน่อย</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย เนื้อหาความคิดดูแปลก ๆ หรือมีลักษณะเฉพาะตัวอยู่บ้าง อาจนำเอาแนวคิดธรรมดา ๆ ไปใส่ในเค้าโครงที่ผิดปกติ เช่น “คุณหมอรูมึนครับ ว่าโลกมันไม่น่าอยู่เพราะคนมันกินกันเยอะมาก พุงกาง คนไม่สะอาด”</p> <p>3. มีอาการปานกลาง แนวความคิดค่อนข้างบิดเบือนไปจากความจริง และบางครั้งอาจดูแปลกประหลาด</p> <p>4. มีอาการรุนแรงผู้ป่วยมีความคิดแปลก ๆ และเพ้อฝันหลายเรื่อง (เช่น เป็นลูกบุญธรรมของพระเจ้าแผ่นดิน เป็นนักโทษประหารที่หนีออกมาได้) หรือมีความคิดเหลวไหล (เช่น มีลูกหลายร้อยคน รับคลื่นวิทยุจากนอกโลกได้)</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก เต็มไปด้วยความคิดที่เหลวไหลไม่เป็นเหตุผล แปลกประหลาด พิลึกพิลั่น เช่นมีสามหัว เป็นมนุษย์ต่างดาว</p>	

(ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
4	<p>อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) ตัวอย่างคำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณเคยได้ยินเสียงในขณะที่คนอื่นไม่ได้ยินหรือไม่ (เช่น เสียงคนพูดโดยไม่เห็นตัว) หรือไม่ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม คุณทำอย่างไรเมื่อได้ยินเสียงนั้น - คุณเคยเห็นภาพในขณะที่คนอื่นไม่เห็น (เช่น ผี เทวดา) หรือไม่ ถ้ามี เล่ารายละเอียดให้ฟังได้ไหม คุณทำอย่างไรเมื่อเห็นภาพนั้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย มีการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งไม่ชัดเจน หรือมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสอง อย่างนาน ๆ ครั้ง และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิดหรือพฤติกรรม 3. มีอาการปานกลางมีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ แต่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา และมีผลกระทบต่อความคิดแลพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย 4. มีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ อาจมีอาการในระบบเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิดหรือพฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ด้วยอาการหลงผิด และแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ หรือในบางครั้งอาจพูดโต้ตอบ 5. มีอาการรุนแรงมาก มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบตลอดเวลา และจะพูดและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ตอบกับอาการประสาทหลอน รวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอน ทำให้มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมากจนทำให้หน้าที่การทำงานต่าง ๆ ของผู้ป่วยถูกรบกวน 	
5	<p>การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) ใช้สังเกต ลักษณะกิริยาท่าทาง พื้นอารมณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงสีหน้าและกิริยาท่าทางในการสื่อสารดูแข็ง ๆ ฝืน ๆ ไม่เป็นธรรมชาติหรือไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง 3. มีอาการปานกลาง แสดงสีหน้าและท่าทางในการสื่อสารน้อยทำให้ดูแข็งทื่อ ไม่มีชีวิตชีวาอารมณ์โดยทั่วไปจะเฉยเมย นาน ๆ จึงจะมีการเปลี่ยนแปลงสีหน้าบ้างและมีการแสดงท่าทางประกอบการพูดน้อยมาก 	

(ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน	คะแนน
		<p>4. มีอาการรุนแรง อารมณ์เฉยเมยมาก แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลยเกือบตลอดเวลา และอาจมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ โดยไม่ควบคุม เช่น อาการตื่นเต้นบันดาลโทสะ หรือหัวเราะอย่างควบคุมไม่ได้ ออกมาโดยไม่เหมาะสมเป็นพัก ๆ</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า หรือไม่มีการแสดงกิริยาท่าทางประกอบการสื่อสารเลย</p>	
6	<p>ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ใช้การสังเกตลักษณะการใช้คำพูดขณะสัมภาษณ์</p>	<p>1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. มีอาการเล็กน้อย ความคิดอ้อมค้อมไม่อยู่ในประเด็นหรือมีเหตุผลแปลก ๆ มีปัญหาบ้างในการควบคุมความคิดให้เป็นไปตามเป้าหมายและอาจมีอาการความคิดไม่ปะติดปะต่อบ้างเมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน</p> <p>3. มีอาการปานกลาง ยังสามารถรวบรวมความคิดให้อยู่ในประเด็นได้ในการสื่อสารที่สั้น ๆ และมีกรอบชัดเจน แต่จะเริ่มมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ และตอบไม่ตรงประเด็นเมื่อเผชิญกับการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้น หรือมีความกดดันแม้เพียงเล็กน้อย</p> <p>4. มีอาการรุนแรง ความคิดมีลักษณะสะเปะสะปะพูดไม่ตรงประเด็น ไม่ต่อเนื่อง หรือมีความคิดไม่ปะติดปะต่ออยู่บ่อย ๆ จนถึงตลอดเวลา และมีลักษณะการขาดตอนของกระบวนการในการคิดอยู่ตลอดเวลา</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก มีการขาดตอนของความคิดมากถึงขั้นทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถเข้าใจความคิดและคำพูดของผู้ป่วยได้ มีอาการความคิดและคำพูดไม่ปะติดปะต่ออย่างมากทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น มี “Word salad” หรือมีอาการไม่พูด “Mutism”</p>	

(ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
7	<p>กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่อง ไม่ราบรื่น (Lack of spontaneity and flow of conversation) ใช้การสังเกตจากการพูดขณะสัมภาษณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย มีการริเริ่มในการสนทนา น้อยมากมักจะตอบคำถามสั้น ๆ โดยไม่มีรายละเอียด ทำให้ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามนำหรือคำถามที่เฉพาะเจาะจงในประเด็นนั้น โดยตรง 3. มีอาการปานกลาง การสนทนาไม่ลื่นไหลไปอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะไม่สม่ำเสมอหรือหยุดชะงักเป็นพัก ๆ มักต้องใช้คำถามนำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบและดำเนินการสนทนาต่อไป 4. มีอาการรุนแรง ขาดการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติและมีลักษณะไม่เปิดเผยอย่างมาก การตอบคำถามของผู้ป่วยจะจำกัดอยู่เพียงสองสามคำหรือวลีสั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ ด้วยความตั้งใจที่จะตัดบทหรือหลีกเลี่ยงการสนทนา (เช่น “ไม่รู้สิ” “พูดไม่ได้”) หรือยาวสุดก็เพียง 1-2 ประโยคเท่านั้น ทำให้มีปัญหาในการสนทนา และการสัมภาษณ์เกือบจะไม่ได้เนื้อหาอะไรเลย 5. มีอาการรุนแรง มีอาการรุนแรงมาก แทบจะไม่มีกรพูดเลย นอกจากการเปล่งเสียงต่าง ๆ ออกมาเป็นครั้งคราว ทำให้ไม่สามารถทำการพูดคุยได้เลย 	
8	<p>ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) ใช้การสังเกตท่าทางที่แสดงออกระหว่างสัมภาษณ์และจากประวัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มีอาการเล็กน้อย การเคลื่อนไหวดูแก้งก้างหรือไม่ค่อยต่อเนื่องสัมพันธ์กัน หรือท่าทางดูแข็ง ๆ อยู่บ้างหรือมีการทำท่าทางแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติเป็นช่วงสั้น ๆ 	

(ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
		<p>3. อาการปานกลาง มีกระบวนการของพฤติกรรมซ้ำ ๆ เป็นชุด ๆ (Ritual) ที่แปลกประหลาด หรือทำท่าแปลก ๆ เป็นบางครั้ง หรือมีการค้างอยู่ในท่าที่ผิดปกติเป็นเวลานาน ๆ</p> <p>4. มีอาการรุนแรง มีกระบวนการของพฤติกรรมซ้ำ ๆ เป็นชุด ๆ (Ritual) ที่แปลกประหลาด มี Mannerisms หรือ Stereotyped movements ซ้ำ ๆ อยู่บ่อย ๆ หรือทำท่าทางบิดเบี้ยวไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่นาน ๆ</p> <p>5. มีอาการรุนแรงมาก การปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จากการที่ผู้ป่วยใช้เวลาไปกับการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น Ritual, Mannerism หรือ Stereotyped movements หรือทำท่าแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่เกือบตลอดเวลา</p>	

ระดับคะแนน

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผล

ระดับปกติ/น้อย คะแนนรวม 8-16

**โดยข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อมีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน

ระดับปานกลาง คะแนนรวม 17-30

**โดยข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อมีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน

ระดับรุนแรง คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

หรือ*** มีค่าคะแนน ในข้อ 2, 3, 4, 6 หรือ 8 ข้อใดข้อหนึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

(ตอบว่าใช่ในช่องที่แรเงา)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมรับทราบบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถให้การดูแลในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำได้
4. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการฟื้นฟูดูแลทางด้านสังคมและบำบัดด้านจิตใจได้
5. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน

เวลา 3 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวีดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. เอกสารประกอบการอบรมโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
 - เอกสารความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ
3. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับผู้เข้าร่วมอบรม หลังจากนั้นเข้าสู่การบรรยายเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมอบรมสามารถทำความเข้าใจจากเนื้อหา ในเอกสารพร้อมรับฟังการบรรยายจากผู้วิจัยและคณะฯ
2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญการให้การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทการป้องกัน การรักษาฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง ฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

การประเมินผล

การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรม

เอกสารความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ

บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ

ในประเทศไทยกฎหมายของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อนุญาตให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อยและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2551) และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพยาบาลจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนรวมถึงเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และเอกลักษณ์ที่เป็นไปตามบริบทกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สุวรรณจันทน์ประเสริฐ. 2550 : 1-5) สำหรับข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นและขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติงานดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพวินิจฉัยแยกโรคการดูแลที่เหมาะสมเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
2. รักษาโรคและอาการที่พบบ่อยรวมถึงการทำหัตถการและการส่งต่อเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม
3. ติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือ
4. รับผิดชอบเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

บทบาทการปฏิบัติงานการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลเวชปฏิบัติ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) พยาบาลเวชปฏิบัติประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน
2. การวินิจฉัยชุมชน (Nursing) พยาบาลเวชปฏิบัติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ ระบุสภาพปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละกลุ่มวัย
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) พยาบาลเวชปฏิบัติวางแผนการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงผู้ป่วยจิตเภท
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) พยาบาลเวชปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
5. การประเมินผลทางการพยาบาล (Nursing evaluation) พยาบาลเวชปฏิบัติประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

บทบาทที่สำคัญพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยการผสมผสานการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและญาติสังเกตอาการผิดปกติ มีความรู้ในการดูแลตนเองการจัดการกับอาการทางจิตให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมในสังคม

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

ให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยา และผลข้างเคียง การสังเกตอาการผิดปกติอาการนำ เช่น พฤติกรรมการดื่มน้ำเยอะในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากยาที่ใช้รักษาควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงดื่มน้ำมากผิดปกติ คือเกิน 3 ลิตรต่อวัน อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้ ซึ่งภาวะนี้จะส่งผลให้เกลือโซเดียมในเลือดลดต่ำกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวาย มึนงง สับสน อาเจียนเป็นน้ำ หรืออาจเกิดอาการชักเกร็งหมด กระตุก อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

3. แนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.1 เผื่อระวัง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

3.2 ให้การพยาบาลตามแนวทางการจัดการเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่าย

ทักษะการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว

1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ
2. ทำทางการแสดงออกของผู้ดูแล ไม่ควรล้วงกระเป๋าหรือเอามือไขว้หลังขณะพูดคุยกับผู้ป่วย
3. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ถูกคิด เตือนสติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย

3.1 ผ่อนคลายอารมณ์ “ใจเย็น ๆ มีอะไรก็คุยกันได้”

3.2) บอกความต้องการ “ต้องการอะไร จะให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง”

3.3) มีทางเลือกไม่ได้ถูกบีบบังคับให้จนมุม “อยากจะเล่าอะไรให้ใครฟังก็บอกได้นะ”
“ถ้าไม่อยากฉีดยาลองปรึกษากับหมอดีไหม เพื่อหมอมจะมีวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะกับเรามากกว่า”

3.4) วางอาวุธ “วางมีดก่อนดีไหม คนอื่น ๆ ก็ไม่มีใครถือมีด ทุกคนจะได้ปลอดภัย”

4. อยู่ในระยะที่ปลอดภัยไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เผื่อสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

5. การจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (กรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย ไม่รวมมือ)

6. หลีกเลี่ยงการจ้องมองผู้ป่วยด้วยท่าทีชิงชังเพราะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น บอกผู้ป่วยว่า “ไม่ได้ทำร้าย แต่จะมาช่วยกันอยู่เป็นเพื่อน ให้ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น”

เทคนิคที่สำคัญในการจับถือผู้ป่วย

1. จำกัดผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่สามารถประชิดและจับได้ง่ายไม่ควรขีดผนังเพราะผู้จับจะเคลื่อนไหวยาก
 2. ทีมเข้าจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงควรมีอย่างน้อย 4-6 คน
 3. ทำงานเป็นทีมให้สำเร็จในครั้งเดียว “พร้อมเพรียง ฉับไว แต่ไม่ถนลาน”
 4. ระมัดระวังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ห้ามถือคอผู้ป่วยเพราะอาจเกิดการหายใจ
 5. ไม่ควรปล่อยมือจากผู้ป่วยโดยไม่ให้สัญญาณเพื่อนร่วมทีมโดยเด็ดขาด
 6. การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่ผูกมัดได้เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก
 7. หลังการผูกมัดควรพูดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลการผูกมัดว่า “ไม่ได้เป็นการลงโทษเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย และจะยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้”
 8. ในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 15–30 นาที และเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยและสอบถามความต้องการ เช่น ต้องการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะอุจจาระหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่น ๆ
 9. หากอาการยังไม่สงบ พิจารณารายงานแพทย์
 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
 11. ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์และเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา
 12. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สงบ
 13. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควรชัดเจน และปฏิบัติตามพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อสร้างความไว้วางใจถ้าผู้ป่วยมีท่าทางหวาดระแวงไม่ควรใช้เสียงหรือทำท่าทางกระชับกระชาบ (กรมสุขภาพจิต. 2558ข)
- 1.4 การสร้างความตระหนักในการรักษาต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยา และการพบแพทย์ตามนัด
- 1.5 การฟื้นฟูดูแลทางด้านสังคมและบำบัดด้านจิตใจพยาบาลเวชปฏิบัติมีในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยด้านทักษะการใช้ชีวิตเบื้องต้น ฟื้นฟูด้านความรู้คิดในการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และให้ความรู้โรคจิตเวชรวมถึงโรคจิตเภทในชุมชน ลดการสร้างตราบาปให้กับผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และฟื้นฟูสนับสนุนการประกอบอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย
- 1.6 การสนับสนุนช่วยเหลือการส่งต่อและการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน ดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบแนะนำแหล่งสนับสนุน การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเบื้องต้น ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การสอนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา

อาการไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง)

1. Extrapyramidal Symptoms (EPS) ทำให้เกิดเกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวดังนี้

1.1 Pseudoparkinsonism/Parkinsonism มีอาการเหมือนกับคนเป็นโรค Parkinson เช่น การเคลื่อนไหวช้า (Akinesia) เดินขาลากมีอาการสั่น (Tremor) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (Rigidity) สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (Mask face) กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้มีน้ำลายเต็มปาก

1.2 Acute dystonia ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle spasm) คอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้างกล้ามเนื้อที่หน้ากระดูกขากรรไกรแข็งน้ำลายไหลลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้นค้างบนตลอดเวลา หลังแอ่น

1.3 Akathisia เป็นความรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่น มีอาการคล้าย Agitation

1.4 Tardive dyskinesia จะมีอาการของการเคลื่อนไหวช้า ๆ ของกล้ามเนื้อบริเวณ ใบหน้า ลิ้น และลำคอ ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น ดูดปาก แลบลิ้น เลียริมฝีปาก เคี้ยวปาก แสยะใบหน้า กลืนลำบาก ซึ่งเกิดจากการใช้ยาในขนาดสูงเป็นระยะเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน เป็นอาการที่ติดต่อกันการรักษา

2. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก อาการสำคัญ คือ มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรง ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ระดับการรู้สึกตัวลดลง อาจเกิดภาวะการณทำงานของระบบหายใจล้มเหลว และอาจเสียชีวิตได้

3. Anticholinergic side effect จะทำให้มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดจากการใช้ยา Thioridazine เป็นส่วนใหญ่ โดยมีอาการ ปากแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก

4. Adrenergic side effect มีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะและหน้ามืด

5. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine effect) ยารักษาโรคจิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายชนิด ที่พบบ่อย คือ ผู้หญิงมีการเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีเต้านมคัด และบางรายมีการหลั่งน้ำนม (Lactation) ประจำเดือนผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง สำหรับผู้ชาย อาจมีเต้านมโตขึ้น

แนะนำผู้ป่วยจิตเภทและญาติดังนี้

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาด้วยยา ขนาดของยา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา แล้วจะมีอาการดีขึ้น และผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องได้รับการสอนการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องรายงานถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวช

3. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และยานอนหลับ เพราะจะไปเสริมฤทธิ์ และไม่ควรขับชี่ยานพาหนะหรือควบคุมเครื่องจักรต่าง ๆ

4. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการใช้ยาจิตเวช เช่น Chlorpromazine (CPZ) ควรหลีกเลี่ยงแสงแดดโดยตรงเป็นเวลานาน ควรป้องกันโดยการใส่เสื้อแขนยาวหรือกางร่ม

5. ไม่ควรเพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

6. การใช้ยาจิตเวชบางชนิดร่วมกับยาลดกรด จะลดการดูดซึมยาในระบบทางเดินอาหารซึ่งมีผลต่อฤทธิ์ของยา

7. อาการเวียนศีรษะ (เนื่องจากความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ) สามารถเกิดขึ้นได้ให้ระมัดระวังเวลาเดินหรือเคลื่อนไหว ให้ระวังการลุกขึ้นจากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งเป็นทำยืนให้ค่อย ๆ ทำช้า ๆ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะซึ่งอาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มหรือการได้รับบาดเจ็บ

8. ดูแลความสะอาดปากและฟันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและการติดเชื้อในช่องปาก

การปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท มีปัจจัยที่สำคัญคือ ญาติ/ผู้ดูแล มีความเข้าใจผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยก็จะส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภาระของญาติ/ผู้ดูแลก็จะลดลงและผู้ป่วยก็สามารถอยู่ในชุมชนได้ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับทัศนคติในเรื่องต่อไปนี้

1. ด้านความคิด

1.1 ญาติต้องทำใจยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบาย และพาผู้ป่วยไปหาแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

1.2 จัดยาใส่กระปุก หรือมีตลับแบ่งยาในแต่ละวัน ใส่ยาตามจำนวนมือ

2. ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ

2.1 ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการที่ผิดปกติต้องให้ความสำคัญและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และถ้าไม่สามารถจัดการได้ให้ขอความร่วมมือจากตำรวจ

2.2 เมื่อผู้ป่วยมีเหตุวุ่น ให้บอกผู้ป่วยว่าเป็นเสียงที่ไม่รู้จักอย่าไปสนใจ

2.3 เมื่อเขาเครียด พูดสิ่งดี ๆ ให้ฟังเขา

3. ด้านการจัดฝึกทักษะทางสังคม เมื่อญาติพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้ว สามารถพาผู้ป่วยเข้าสังคมโดยชักจูงผู้ป่วยออกไปนอกบ้านด้วย เช่น ถ้าไปไหนพยายามพาผู้ป่วยไปด้วยให้ไปรับยาโดยญาติสอน

4. ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโดยการหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของอาการ

5. ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

5.1 สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

5.2 ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามลืมสิ่งที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยเริ่มต้นชีวิตใหม่

5.3 พยายามพาผู้ป่วย ออกจากเหตุการณ์บาดเจ็บทางใจต่าง ๆ

5.4 จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าญาติ

6. ด้านการพัฒนาอาชีพ

6.1 ให้ผู้ป่วยทำงานง่าย ๆ

6.2 ใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาชีพในครอบครัว เช่น การชั่งของขาย การปลูกผักสวนครัว

6.3 การเลี้ยงวัว ให้อาหารหมู

6.4 ให้ผู้ป่วย ช่วยงานที่บ้าน เช่น ยกของ ล้างจาน

6.5 ตัวอย่างของงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น แบ่งของขาย ให้นำเงินไปฝากธนาคาร ช่วยทำงานในห้างร้าน แผนกที่ไม่ยุ่งยาก เช่น จัดเรียงสินค้า

7. ด้านการสื่อสาร โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไรเพราะ ไม่ตำหนิ ไม่ขู่ ตัวอย่างคำถาม เช่น นอนหลับมั้ย/ เครียดไหม/อยู่ว่าง ๆ เบื่อไหม/ลูกตื่นได้แล้ว สายแล้ว

7.1 จะเอาอะไร ให้บอก สอบถามให้ผู้ป่วยพูดปัญหา

7.2 คนป่วยทำผิดอย่าตำหนิหนึ่งเสีย หายโมโหค่อยบอก

7.3 เตือนผู้ป่วยให้กินยา โดยใช้คำพูดว่า กินยาหรือยังลูก

7.4 เวลาลูกไม่อาบน้ำ บอกว่า ใครมาบ้านจะเหม็นสาบ

7.5 ฝึกการสื่อสารเพื่อรับยา

7.6 การตอบสนองต่อท่าทางของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

7.7 ถ้าลูกฮึดฮัด โต้เถียง แม่บอกว่าขอโทษ

7.8 เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร

7.9 ขอสัญญาว่าต่อไป จะปฏิบัติตัวอย่างไรแทนการตำหนิผู้ป่วย

7.10 ให้ขอความช่วยเหลือ โดยการเสนอตัวให้ความช่วยเหลือสม่ำเสมอ

8. ด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง

8.1 เมื่อญาติมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียดหรือพบจิตแพทย์

8.2 ควรเปลี่ยนบรรยากาศคลายเครียด

8.3 มีความคิดจะทำวันนี้ให้ดีที่สุด อยู่กับปัจจุบัน ยึดธรรมมะ (กรมสุขภาพจิต. 2558ข)

เอกสารประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ กรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพโสด อายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ระดับการศึกษา ป.6

รับไว้ในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1

อาการสำคัญ

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการเหม่อลอย พูดพิมพ์คำคนเดียว บอกว่าตนเองมีเงินฝากในธนาคารหลายร้อยล้าน โทรศัพท์ไปจองรถเบนซ์ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเงิน เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์บ่อย ๆ ไม่ค่อยอยู่บ้านและตระเวนไปที่ต่าง ๆ หงุดหงิดอาละวาดเมื่อถูกแนะนำจากญาติ อาการเป็นมาขึ้นจนญาติดูแลไม่ไหวจึงพามาโรงพยาบาล

สถานภาพแรกรับ

มารดาและตำรวจนำส่งผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองชัดเจนไม่ร่วมมือในการอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลบอกว่ามารดาเข้าใจผิดว่าตนเองทะเลาะกับคนในบ้านจึงแจ้งให้ตำรวจพามาที่นี่

สถานภาพการรักษา

ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนาน 1 เดือน อาการทางจิตสงบแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

การรักษาที่ได้รับ

Perphenazine (16) 1 x 3 pc. and 1 x hs.

Benzhexol (5) 1 x 2 pc.

Diazepam (5) 1 x hs.

Fendec (50 mg.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 1 เดือน

หลังจำหน่าย

เมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มารักษาตามนัด เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา บอกว่าตนเองหายป่วยแล้ว และจะไม่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอีก

ผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย โสัด อายุ 34 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ว่างงาน

รับไว้ในโรงพยาบาล ครั้งที่ 17

ประวัติความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) และการรับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อปี 2554 ด้วยอาการอาละวาดทำลายข้าวของ กลางคืนไม่นอน หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ไม่มาตรวจตามนัด ก้าวร้าวทำร้ายบิดาและมารดา อาละวาดทำร้ายคนอื่นบ่อยครั้ง จนเพื่อนบ้านหวาดกลัว มารดาและบิดาต้องย้ายไปอยู่ที่อื่น เนื่องจากรู้สึกไม่ปลอดภัยและหวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย

อาการสำคัญ

ตำรวจและมูลนิธินำส่ง ผู้ป่วยมาด้วยอาการ กลางคืนไม่นอน เดินไปมาทั้งคืน พูดคนเดียว หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย กระสับกระส่าย มีอาการก้าวร้าวทำร้ายบิดาและมารดาเพราะต้องการเอาเงินไปเล่นการพนัน และซื้อสุราดื่ม 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาบ้า ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ 17 ปี ปัจจุบันใช้ยาบ้า 1-2 เม็ด/วัน ดื่มสุรากับเพื่อนทุกวัน ประมาณวันละครึ่งขวด/วันสูบบุหรี่ วันละ 1 ซอง

การรักษา Clozapine (100) 3 x hs

คำถาม

ก. จากสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายไม่ยอมรับประทานยา ระแวงว่ามารดาจะนำตัวส่งโรงพยาบาล ใช้ยาบ้า ดื่มสุราทุกวัน ชุมชนหวาดกลัวผู้ป่วยจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

จากสถานการณ์นี้ท่านคิดว่าท่านจะดูแลผู้ป่วยรายนี้ในชุมชนอย่างไรอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ป่วยคนที่ 3

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย โสต อายุ 44 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ว่างงาน
รับไว้ในโรงพยาบาล ครั้งที่ 9

ประวัติความเจ็บป่วย

19 ปีก่อน ผู้ป่วยมีปัญหาเล็กกับแฟน เริ่มเก็บตัวอยู่ในห้องนอนคนเดียว ไม่ยอมรับประทาน
อาหารและน้ำ เหม่อลอย พุดคนเดียว ระวังคนในบ้าน ก้าวร้าวมาก จนญาติต้องนำมาับการรักษา
เมื่ออาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและรับการรักษาต่อเนื่อง

อาการสำคัญ

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยระแวงกลัวคนมาวางยาพิษในอาหาร หูแว่ว ไม่รับประทานยา
ไม่ยอมทานอาหารที่ญาติทำมาให้ เก็บตัวในห้อง ไม่สนใจตัวเอง ไม่อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าขณะอยู่
โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สนใจพูดคุยกับใคร มักนั่งแยกตัวอยู่ตามมุมห้อง นั่งโยกหัวไปมาพุดพึมพำคนเดียว
ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ต้องกระตุ้นกิจวัตรประจำวันซ้ำ ๆ

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

Perphenazine (16) 1 x 2 pc.

Benzhexol (2) 1 x 2 pc.

Thioridazine (100) 1 เย็น, 1 X hs.

สถานภาพหลังออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยไปอยู่บ้านที่น้องชายซื้อให้ โดยผู้ป่วยแยกอยู่คนเดียว มารดาจะนำอาหารและน้ำมาส่งให้
รวมทั้งคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยทุกวัน มารดาบอกว่าผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือล้างจานและเก็บ
กวาดบ้าน ต้องมาทำให้ทุกวัน จากการสังเกตผู้ป่วย พบว่า ตามลำตัวผู้ป่วยมีผื่นคันและกลาก เกือบ
กระจายอยู่ทั่วร่างกาย เนื้อตัวดูสกปรก มีกลิ่นเหม็นของเหงื่อ ใส่กางเกงเก่า ๆ ตัวเดียว จากการพูดคุย
กับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว คิดว่าตนเองเป็นพระพุทเจ้าอยากปรีนิพพาน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่
มากกว่า วันละ 1 ซอง ดื่มน้ำและน้ำอัดลมมากกว่า 4-5 ลิตรต่อวัน

คำถาม

จากสถานการณ์ดังกล่าว ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้าง และจะให้การพยาบาล
ผู้ป่วยและญาติรายนี้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความเที่ยงตรง (Validity)
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

The effect of training on patients with schizophrenia care program for nurse practitioner

- | | |
|----------------------|--|
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 | พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายสมร เฉลยกิตติ
ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 | อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 | นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ระดับวุฒิบัตร
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |

ภาคผนวก ง

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

The effect of training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners

โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างยิ่ง เพราะเมื่อพยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเป็นแนวทางในการพยาบาลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปฐมภูมิเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยและภายหลังต้องการยกเลิก ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องอธิบายใด ๆ

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยใดๆท่านสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่ หมายเลข 091-8172435 IINE ID : Thivarada24@gmail.com ขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว)

พยาบาลเวชปฏิบัติ สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

LINE ID.....

ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ตลอดระยะดำเนินโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - ชื่อสกุล	นางสาวฐิติวรดา แคนดา
วัน เดือน ปีเกิด	24 มกราคม 2525
ที่อยู่ปัจจุบัน	250 หมู่ 2 บ้านเล็บเหยี่ยว ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544 – 2548	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1)
พ.ศ. 2555	หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พ.ศ. 2556	หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยด้านวิสัญญีเพื่อการรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หลักสูตร Provider Course of Advanced Cardiovascular Life Support คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2548 – 2553	แผนกผู้ป่วยในศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลบุรีรัมย์
พ.ศ. 2553 – ปัจจุบัน	แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญชายตึกรสสุคนธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา