

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF RECOVERY ORIENTED PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นายดริณ พงศธรสกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดริ้น พงศธรสกุล : ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิต
 เภท. (THE EFFECT OF RECOVERY ORIENTED PROGRAM ON QUALITY OF LIFE
 OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ
 หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่ม
 ที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท
 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20
 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยได้รับการจับคู่ด้วยเพศ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองได้รับ
 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่
 ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบ
 ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบ
 รากเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม
 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่สูงกว่าคุณภาพชีวิต
 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077322536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: RECOVERY ORIENTED PROGRAM, SCHIZOPHRENIC PATIENTS, QUALITY OF LIFE QUALITY

Daran Phongsatornsakun : THE EFFECT OF RECOVERY ORIENTED PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare quality of life of schizophrenic patients before and after received recovery oriented program, and 2) to compare quality of life of schizophrenic patients who received recovery oriented program and those who received regular nursing care. Forty samples were in-patient schizophrenic patients, 20 subjects were randomly assigned to experimental group and control group, who met the inclusion criteria. They were matched pair by gender and number of year after diagnosis. The experimental group received recovery oriented program, and the control group received regular nursing care. The research instruments consisted; 1)The recovery oriented program, 2) Demographic questionnaire, 3)The WHOQOL-BREF -THAI. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .93. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research were as follows:

1. Quality of life of schizophrenic patients who participated the recovery oriented program was significantly higher than before, at the .05 level.

2. Quality of life of schizophrenic patients who participated in the recovery oriented program were not significantly higher than that of who participated in the regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเทและเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบและรองศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชารักษ์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อขอเอกสารในการดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมาบัดนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานภารกิจการพยาบาลและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมาทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและคอยสนับสนุน รวมทั้งเป็นแรงใจที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

ดร.ณ พงศธรสกุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	30
3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ.....	38
4. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ.....	53
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	62
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	106
สรุปผลการวิจัย.....	112
อภิปรายผลการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะ	120
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	134
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	135
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการคำนวณดัชนีความเที่ยงของเครื่องมือ	137
ภาคผนวก ค แสดงขั้นตอนการ Match Pair กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และแสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Match Pair) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเป็นคู่.....	140
ภาคผนวก ง แสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ	143



ภาคผนวก จ	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Pair Sample T-test และเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent T-test.....	145
ภาคผนวก ฉ	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก ช	เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย.....	167
ภาคผนวก ซ	เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	169
ภาคผนวก ฌ	ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	171
ภาคผนวก ฎ	ผลการพิจารณาจริยธรรม	175
ประวัติผู้เขียน.....		179

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการพัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ.....	54
ตารางที่ 2	กำหนดกิจกรรมการดำเนินการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท....	80
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	100
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	101
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Dependent t-test)	102
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Dependent t-test).....	103
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test).....	104
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test).....	105

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	62
ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion Criteria	67
ภาพที่ 3 แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	98



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทถือเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของโรคจิตเวช มีการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะหลงเหลือ แสดงออกในรูปแบบอาการทางบวก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติของคำพูด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในกิจวัตรประจำวันรวมถึงการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีการแสดงออกผิดแปลกไปจากคนปกติ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) ลักษณะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการศึกษา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมบกร่องแย่ง (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ทั้งนี้ส่งผลให้บุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภท มองผู้ป่วยในทางลบและมีอคติตราบติดตัวผู้ป่วยจิตเภทตลอดชีวิต (Corrigan, 2004; สุริสา ดีเพชรและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ซึ่งความเสื่อมทางด้าน การดูแลตนเองและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทตามมา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธานีและจินห์จุฑาทย์ ชัยเสนา ดาลลาส, 2558)

ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรทั่วไปพบอยู่ที่ร้อยละ 0.3-0.7 เพศชายและเพศหญิงพบได้พอกัน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทสูงเป็นอันดับ 1 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 480,266 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.98 ของโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2560) จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเป็นอันดับ 1 เช่นกัน ในปีงบประมาณ 2558-2560 มีจำนวน 1,969 ราย, 1,478 ราย, และ 1,662 ราย ตามลำดับ สถิติการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 180 วัน จำนวน 319 ราย, 225 ราย, และ 276 ราย ตามลำดับ มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยยาวนานขึ้น คือ 23 วัน, 30 วัน, และ 34 วัน ตามลำดับ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยพบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนและทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ในระยะเวลาไม่นาน (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2560)

ปัจจุบันแนวทางให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนและอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยเชื่อว่าจะสามารถป้องกันการติดโรงพยาบาลและการเจ็บป่วยเรื้อรัง

(ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะและสุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่คงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) เมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ร้อยละ 50-70 จะมีอาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำได้ (Linstrom and Bingfors, 2000; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลดังกล่าวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว (Worley, 1997) การกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ง่าย หากไม่ได้รับการเตรียมตัวอย่างดีและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ (Forchuk et al., 2012) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลจนอาการทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง มีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้เพียงระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกผู้ป่วยจิตเภทมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ จากการศึกษาของวลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง (วิระยุทธ บุพผาธา, 2554) ผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เห็นได้ว่าปัญหาคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภทจะพบได้ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ระดับไม่ดีถึงปานกลาง (ธีรภา ธานี, 2551; รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี, และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย, และสุบิน สมน้อย, 2555)

ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าแม้ว่าในการดูแลรักษาจะช่วยให้มีอาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป หรือแม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier, Peladeau and Tempier, 1998; IsHak, et al., 2011) ผลการศึกษาของ Gupta et al. (1998) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตใน

ระดับไม่ดีร้อยละ 85 สอดคล้องกับการศึกษา Bobes and Gonzalez (1997), Mercier, Peladeau and Tempier (1998), Yu-Tao Xiang et al. (2007), Sidlova et al. (2011), Benaiges et al. (2013), Holubova et al. (2015) และ Holubova et al. (2016) จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ธีรภา ธาณี, 2551; รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรีและกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชยและสุบิน สมิน้อย, 2555) จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ The WHOQOL Group (1996) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วฒันธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้เพียงในระดับหนึ่งและต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล (Moller and Murphy, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาสุนทรภรณ์ ทองไสย (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีได้, 2) ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยประเมินและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีคุณค่าขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกทุกข์ทรมานจนต้องปิดบังความเจ็บป่วยตนไว้ จนเป็นตราบาป(วีระยุทธ บุปผาธา, 2554; สุธิสา ดีเพชรและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2558; Schulz and Angermar, 2003), 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ป่วยแยกตัวผู้อื่นไม่ได้ถูกการยอมรับ มีปัญหาเศรษฐกิจ (สุธิสา ดีเพชรและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2558) ผู้ป่วยขาดทักษะทางสังคม มีความรู้สึกอับอายเนื่องจากมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดความไม่สบายใจไม่มั่นใจในการทำงาน ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (Dickerson, Pratt and Ringle, 2000) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน เป็นเหตุที่ส่งผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย (Sadock and Sadock, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านอกจากการขาดความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย (Mercier, Peladeau, and Tempier, 1998; IsHak et al., 2011) จากการศึกษาของธีรภา ธาณี (2551) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมี

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ ,ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ (2552) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO) และเมื่อพิจารณารายด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดเช่นกัน การศึกษาของเพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณະไชย และสุบิน สมน้อย (2555) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีร้อยละ 60 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 40 และเมื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีคือด้านจิตใจ รองลงมาเป็นด้านร่างกาย ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตที่ดีเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลคือการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (Lehman, 1983; Norman, Malla and McLean, 2000) โดยสมองของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน คือ ส่วนของ Amygdala, Limbic system และ Frontal lobe และยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนของเพศชายยังมีอิทธิพลต่อการพัฒนาสมอง โดยฮอร์โมน testosterone จะทำให้ Amygdala ของเพศชายมีขนาดใหญ่กว่าเพศหญิง เกิดอาการทางจิตกำเริบ (พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการได้ส่งผลต่อสามารถวางแผนต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองและความต่อเนื่องในการรับการรักษาในระดับต่ำ (Corrigan, Fung and Tsang, 2008) เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (Razali, Hussein and Ismail, 2010) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีอาการทางลบโดยอาการทางลบจะทำให้เกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพและวางแผนจัดการต่อความเจ็บป่วยของตนเอง (Barry and Crosby, 1996; Ruggeri et al., 2002) ความเจ็บป่วยที่เรื้อรังของโรคกระตุ้นให้เกิดการกำเริบและส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Zelst, 2009) และการศึกษาของ Kaewprom (2011) ศึกษาปัจจัยในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการขาดวางแผนจัดการต่อความเจ็บป่วยไม่เพียงแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของโรคเท่านั้นแต่ยังเป็นสิ่งที่ขัดขวางการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความหวัง การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หหมดหวัง ถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2554) จากการศึกษาของ Lysaker et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการภาวะสุขภาพจิตและความหวังของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 143 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความหวัง มีความรู้สึกที่ตนเองไม่เหมือนกับบุคคลอื่น การถูกปฏิเสธหรือคิดว่าบุคคลอื่นรังเกียจตนเองก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวังส่งผลต่อการติดต่อทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาของ

Kaewprom (2011) พบว่าความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความหมายรวมถึงการเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเองอีกด้วยและผลการศึกษาของ Snyder (1995) และ Slade et al. (2014) พบว่าตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับของความหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Tempier (1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vandiver (1998) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและความเพียงพอของรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีรายได้น้อย เป็นอุปสรรคต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยจิตเภทจึงอาศัยอยู่ในชุมชนได้ไม่นานและกลับมารักษาซ้ำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Mercier and King (1994) พบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรีและกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของหทัยรัฐณ์ วารินทร์ (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการตอบสนองด้านจิตใจส่งผลให้รับรู้คุณค่าและมีแรงจูงใจต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาและการขาดการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ผ่านมาเป็นรูปแบบที่เกิดจากบุคลากรเป็นผู้ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวมากกว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง จึงยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตดังกล่าว (Forchuk et al., 2012; ดวงกมล สระบุรีและเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2558) จากการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยทางจิตและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องการศึกษาของวลัยพร สุวรรณบูรณ์และคณะ (2558) พบว่ารูปแบบกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยสนับสนุนทางสังคมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ และการศึกษาของรุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรีและ

กนกวรณ บัญอริยะ (2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคจิตเภท นอกจากนี้ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านข้อมูลความรู้ ด้านอารมณ์จิตใจและด้านทรัพยากร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในภาวะสุขภาพตนเอง สนับสนุนให้มีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลสุขภาพและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสู่ชุมชน (Forchuk et al., 2012)

การบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery-Oriented Service : ROS) ที่เป็นกระบวนการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพสนับสนุนการมองบุคคลอย่างองค์รวม มุ่งเน้นที่บุคคลไม่ใช่เพียงแค่อาการของ ผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการมองหาแง่ดีและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยโรคจิตเวช ครอบครัว บุคลากรทางด้าน สุขภาพ ระบบบริการและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเดินหน้าและกำหนด เป้าหมายชีวิตใหม่ สร้างสัมพันธ์ภาพและลงมือปฏิบัติทำให้ชีวิตของตนมีความหมายและก้าวออกมา ทำประโยชน์ให้กับตนเอง (Jacobson and Greenley, 2001; Kaewprom, 2011; Slade et al., 2014) จากการศึกษาปทิตา ภาณุพิศุทธิ์ และคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการฟื้นคืน สู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช พบว่ารูปแบบดังกล่าวช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาความหวัง การตัดสินใจด้วยตนเองและความรับผิดชอบตนเองในการฟื้น คืนสู่สุขภาพ โดยมีความหวังที่เป็นกระบวนการของความคิดและอารมณ์ในการตั้งเป้าหมาย กำหนด แนวทางที่วางแผนไว้ และแรงจูงใจเชิงบวกมีพลังนำไปสู่เป้าหมายและการวางแผนให้บรรลุเป้าหมาย นั้น (Copeland, 2002) เป็นการดูแลที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายและได้การ สนับสนุนทางสังคมไปพร้อมกัน ผลการศึกษาหลายเรื่องที่สนับสนุนถึงประสิทธิผลของการดูแล รูปแบบนี้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Jacobson and Greenley, 2001; Andresen, Oades and Caputi, 2003; Wenli Zhang et al., 2010; Slade et al., 2012; Winnie et al., 2016)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ศึกษาเป็นแนวคิดที่ มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีจากการมุ่งเน้น ด้านชีวการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตเพราะการดูแลตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะ ดูแลเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพแต่ละบุคคลให้มี กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย ถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วย โรคทางจิตเวชที่เป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของบุคคลในทุกด้าน มีปัจจัยที่สำคัญ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การศึกษา การมีความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและการรับผิดชอบต่อตนเอง ช่วยพัฒนาขีดความสามารถในการอยู่ได้ ด้วยตนเองเพื่อดำรงชีวิตในสังคมจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิต เภท รูปแบบบริการที่มุ่งเน้นให้บุคลากรวิชาชีพเป็นผู้กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติตาม แผนการรักษาซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีอาการกำเริบซ้ำจนเกิดความเรื้อรังส่งผล

ต่อคุณภาพชีวิตตามมา ซึ่งแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะของ Copeland (2002) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ตัดสินใจเลือกและกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่นในชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงได้นำแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002) มาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพและมีปฏิสัมพันธ์ให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ทำหน้าที่กำกับดูแลตนเองได้ ช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่ไม่ดีถึงปานกลาง (ธีรภา ธานี, 2551; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ และคณะ, 2555) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Mercier, Peladeau, and Tempier, 1998) ผู้ป่วยจิตเภทระยะหลงเหลือส่วนใหญ่มีอาการทางลบ (Barry and Crosby, 1996) โดยมีสาเหตุที่ผู้ป่วยขาดปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ขาดทักษะในการดูแลตนเองและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ปริญทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541; ดวงมล สระบุรี และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2558) และ 2)

ขาดการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) ส่งผลต่อทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้อาการทางจิตแย่ลงตลอดจนถึงหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการฟื้นคืนสู่สภาวะบุคคล ตามแนวคิดของ Copeland (2002) กล่าวถึงการมีความหวัง การรับผิดชอบต่อตนเอง การศึกษา การกำกับตนเอง รวมถึงได้รับการสนับสนุนช่วยให้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ เลือกรูปแบบการดูแลตนเองและลงมือทำตามวิธีที่ตนเองเลือก รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ (Slade et al., 2014)

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาวและสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง ลงมือกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือก รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเอง บทบาทของพยาบาลจิตเวชช่วยสนับสนุนให้เกิดความหวังในผู้ป่วย จิตเภทให้สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้ (McCann, 2002; สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2558) รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้และได้เข้าใจภาวะสุขภาพตนเองทำให้มีความพร้อมและเกิดทักษะจัดการอาการทางจิตก่อนจำหน่ายสู่ชุมชน ซึ่งบทบาทดังกล่าวนั้นเป็นการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (Kaewprom, 2011; สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2558)

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการฟื้นคืนสู่สภาวะบุคคลตามแนวคิดของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การศึกษา การมีความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและการรับผิดชอบต่อตนเอง โดยมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นต่อการสร้างพลังใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจภายในและการกำกับตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Hasson-Ohayon et al., 2009; Sahrnk et al. (2014) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รวมทั้งเกิดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ตามแนวคิดของ WHOQOL Group, (1996) ที่เน้นหาเน้นการวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะของตนเอง สนับสนุนให้เกิดความหวังและเสริมพลังใจในการรับผิดชอบต่อตนเอง (Kaewprom, 2011)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยใช้แนวคิดของ WHOQOL Group (1996) เป็นแนวทางในการกำหนดสาระสำคัญของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002) และเพื่อไม่ให้กระทบกับจำนวนวันนอนในการรักษาและเข้ากับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกผู้ป่วยใน โดยดำเนินการขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจัดกิจกรรมวันเว้นวัน

เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทุกกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยกำหนดกิจกรรมและมีรายละเอียดไว้ทั้งหมด 6 กิจกรรม ผู้วิจัยเริ่มต้นดำเนินการตามแผนของโปรแกรมฟื้นคืนสู่สุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะยุติสัมพันธภาพ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมดังกล่าวตามแนวคิดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ความรับผิดชอบต่อตนเองของบุคคล ศักยภาพของบุคคล (Jacobson and Greenley, 2001) เพื่อให้ตรงกับความต้องการตามการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้เป็นกิจกรรมให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รู้จักตัวตน รู้จักชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเอง รับรู้และเข้าใจโรค ส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ (Copeland, 2002; Slade et al., 2014)

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหวังและเป้าหมายชีวิตรวมทั้งให้ค้นหากำหนดความหวังและเป้าหมายชีวิต โดยมีความหวัง (hope) เป็นปัจจัยสำคัญของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย นอกจากนี้ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วยและชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์รวมถึงการวางแผนเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป (Herth, 1990; Snyder, 1995; Miller, 2007)

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน ส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองเป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วยวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้น สัญญาณเตือนทั้งด้านการดำเนินชีวิตเป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพของตน ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต (Copeland, 2002; Slade et al., 2014)

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต ส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเองและสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้กระบวนการจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเองและมีการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การตัดสินใจ ผึกทักษะการตัดสินใจอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจและรับมือภาวะวิกฤตของตนเองได้เหมาะสม (Copeland, 2002; Slade et al., 2014)

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองแต่หากำลังความสามารถผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคม บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม (Caron et al., 1998; วลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ, 2558)

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถรับผิดชอบ ตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการฟื้นคืนสุขภาพที่กำหนดไว้ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด มีบทบาทในการสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้ เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยา การปฏิบัติตาม กิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554)

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20-59 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่เตรียมวางแผนการจำหน่าย มีค่าคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกความผาสุก พึงพอใจต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ ที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิตและความคาดหวังในชีวิต ซึ่งสามารถประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI) ตามแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านสภาพร่างกายของตนเองที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านจิตใจ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสัมพันธ์ของตนเองและผู้อื่น
4. ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจนถึงภายหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002) การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึง กิจกรรมช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ กิจกรรมรู้จักตัวตน รู้จักชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และเข้าใจโรคส่งผลให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต หมายถึง กิจกรรมช่วยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงความหวังและเป้าหมายของชีวิตที่บุคคลรับรู้ว่าจะสามารถเกิดขึ้นได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อมุ่งหวังให้เกิด

ความหวังเข้าใจการกำหนดเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของตน มีพลังทางบวกในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นเป้าหมายตามความต้องการของตนเองให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ได้แก่

1) การตั้งเป้าหมาย 2) การวางแผนสู่เป้าหมาย และ 3) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองเมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ที่จะรับมือความเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างถูกวิธีและช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนได้ เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาความเปลี่ยนแปลงของชีวิตเกี่ยวกับภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้และทักษะที่จะรับมือต่อความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างถูกวิธี ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองต่อภาวะวิกฤตของตนได้ รวมถึงภายหลังเกิดภาวะวิกฤตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร หมายถึง กิจกรรมการที่ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจถึงการสนับสนุนทางสังคมในด้านการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งแหล่งสนับสนุนในชุมชน ได้แก่ ครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชน เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กิจกรรมกำกับและที่ช่วยส่งเสริมการรับผิดชอบตนเอง โดยสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้พูดคุยและฝึกการสื่อสารระหว่างกัน เพื่อให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเป็นกำลังใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ปรับตัวเข้ากับความเจ็บป่วยและอาศัยร่วมอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวทางการวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการรักษาแบบหออผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป มีระดับค่าคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน และอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมาที่ประกอบด้วย 1) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบจะได้รับการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ การดูแลให้ได้รับยาทางจิตและสารอาหารตามแผนการรักษา ดูแลการจำกัดพฤติกรรมไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 2) การพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยรวมทั้งการบำบัดจิตสังคมรายบุคคลและรายกลุ่ม และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานยา การให้การรักษาและคำปรึกษาตามอาการของผู้ป่วยจิตเภทและการให้ข้อมูลที่แก่ญาติในเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อช่วยพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อช่วยส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความหวังและเสริมพลังใจในการรับผิดชอบต่อตนเองอันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้จากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.5 ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
- 1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ

- 3.1 ความเป็นมาการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3.2 ความหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3.3 แนวคิดที่สำคัญของการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3.4 กระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3.5 บทบาทของพยาบาลกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ

4. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขของทั่วโลกและประเทศไทย เพราะการเจ็บป่วยไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม จากการสำรวจระดับชาติวิทยา พบได้ 1 ใน 5 ของวัยผู้ใหญ่หรือประมาณร้อยละ 1.2 ตลอดช่วงชีวิตของคนป่วยด้วยโรคจิตเภท (Steel et al., 2014) ในประเทศไทยการศึกษาปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (DALY) ในผู้ชายและผู้หญิงวัยผู้ใหญ่พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทสูงเป็นอันดับ 1 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 480,266 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.98 ของโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2560) และจากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเป็นอันดับ 1 เช่นกัน ในปีงบประมาณ 2558-2560 มีจำนวน 1,969 ราย 1,478 ราย และ 1,662 ราย ตามลำดับ สถิติการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 180 วัน มีจำนวน 319 ราย 225 ราย และ 276 ราย ตามลำดับ มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยยาวนานขึ้น อยู่ที่ 23 วัน 30 วัน และ 34 วัน ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนมากถึง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์, 2560) ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

1.1 ความหมายโรคจิตเภท

American Psychological Association (1994) กล่าวถึง โรคจิตเภทเป็นลักษณะความผิดปกติทางด้านความคิด ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อึด การสื่อสารขาดแรงจูงใจ และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยมีอาการติดต่อกันนาน 6 เดือน และอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้ให้คำนิยามตามการจำแนกโรคตามหลัก ICD-10 (The international classification of diseases-10) กล่าวถึง โรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมแสดงออก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน โดยสภาพความรู้สึกตัวและเข่าปัญญาจะยังอยู่ปกติ แม้จะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวถึง โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน เป็นผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยสาเหตุโรคร่างกาย โรคทางสมอง ได้รับสารผิดจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการทางจิตดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวถึง โรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งมีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียและอวัยวะทางสมองไม่ได้สูญเสียการทำงาน

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2557) กล่าวถึง โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมองส่งผลต่อความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ผิดแปลกไปจากความเป็นจริง

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวถึง โรคจิตเภทคือสภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) โดยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิด พฤติกรรมแปลกๆ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยแบ่งอาการออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเจ็บป่วยต่อเนื่องนาน 6 เดือน ส่งผลต่อการทำหน้าที่หลายๆ ด้านต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

1.2 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.2.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Genetic Factor) ผลจากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป คนใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดว่าความบกพร่องการถ่ายทอดพันธุกรรมเป็นอย่างไรมีความเชื่อว่า Heterogeneous Genetic Basic เป็นผลต่อการป่วยทางด้านโรคจิตเภทและพบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสถ่ายทอดพันธุกรรมสูงกว่าประชากรกลุ่มทั่วไป ยิ่งใกล้ชิดทางพันธุกรรมมากยิ่งขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตเภทสูง โดยมีอัตราเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และในแฝดไข่ใบเดียวกันการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 35-58 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2.1 ปัจจัยทางสารเคมีในสมอง (Neurochemical Factor) พบว่าโรคนี้นี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่าโดปามีน (dopamine) มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Dopamine บริเวณสมองที่มีการทำงานมากจนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesolimbic tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ synaptic receptor สารสื่อประสาทที่สำคัญอีกชนิดหนึ่ง คือ Serotonin พบว่ามีการทำงานของ Serotonin-2 receptor ที่ frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ส่วนสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆ ได้แก่ Norepinephrine, GABA และ Glutamate มีอิทธิพลที่สำคัญต่อการทำงานของสารสื่อประสาท Dopamine มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2.3 ปัจจัยทางกายวิภาคและประสาทสรีรวิทยา (Neuroanatomy and Neuro pathology Factor) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งจะมีความบกพร่องด้านกายวิภาคของสมองที่มีช่องในสมอง (ventricle) โตกว่าปกติ และมีปริมาณ Amygdala and Hippocampus ลดลง ทำให้มีการสูญเสีย Cortical Gray Matter และ Ventricular Enlargement ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งมีระดับการทำงานที่เสื่อมลงและการสูญเสียของ Frontal Cortical Volume จะสัมพันธ์กับการลดลงของกลุ่มอาการทางลบได้ซ้ำ แต่กลับมีอาการทาง บวกที่เร็วขึ้น รวมถึงการลดลงของปริมาณจำนวนเซลล์ในสมองบริเวณ Frontal และ Temporal Cortex จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางบวกและทางลบแย่ง การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการทำงานของสมองส่วนหน้าไม่เต็มที่ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2.4 ปัจจัยระหว่างการตั้งครรภ์และขณะคลอด (Prenatal and Perinatal Factor) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักพบปัญหาแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดสูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งปัจจัยหลากหลายที่จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ ภาวะน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะหลังคลอดหรือภาวะขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองมีการเจริญเติบโต (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2.5 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีพัฒนาการมีบกพร่องจากพัฒนาทางบุคลิกภาพตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเฉพาะช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณส่วนทำหน้าที่การปรับตัว การปรับพฤติกรรมรวมทั้งการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความไวต่อความรู้สึก ความเครียดมากกว่าบุคคลอื่น ตอบสนองความเครียดไม่เหมาะสม นอกจากนี้สภาพความเป็นอยู่ครอบครัวมีผลต่อการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันค่อนข้างสูง บิดาและมารดาที่มีความขัดแย้งต่อกันและมักพบผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในเศรษฐกิจระดับที่ต่ำ (สมภาพ เรืองตระกูล, 2553; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2558)

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท

คำว่า “จิตเภท” แปลว่า จิตใจแตกแยกหรือ splitting mind เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรู้คิด (cognitive) มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย (praecox) องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศหรือ ICD-10 (World Health Organization, 2010) และได้อธิบายถึงโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติทางความคิดการรับรู้และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์เฉย โดยที่สดีสัมพันธ์ปัญหาและความสามารถทางเขาว์ปัญญาอยู่ ซึ่งจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ที่

สำคัญที่สุดนั้น คือ ความคิดสะท้อนก้อง (thought echo) ความคิดถูกสอดใส่หรือถูกดูดความคิด (thought insertion or withdrawal) ความคิดถูกถ่ายทอดไปให้บุคคลอื่น (thought broadcasting) หลงผิดในการรับรู้ (delusional perception) หลงผิดว่าถูกควบคุม (delusions of control) การมีอิทธิพลเหนือกว่าหรือถูกขัดขวาง (influence or passivity) หูแว่วได้ยินเสียงผู้อื่น วิพากษ์วิจารณ์ตน (hallucinatory voices commenting or discussing) ความคิดผิดปกติ (thought disorders) และมีอาการทางลบ (negative symptoms) ซึ่งการดำเนินโรคจิตเภท อาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆ แล้วดำเนินต่อหรือเป็นตลอดเวลาหรือเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้งแล้วหายเป็นปกติหรือไม่ก็ได้

ผู้ป่วยจิตเภทถือว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมมีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป มีระยะอาการกำเริบชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายแทรกซ้อนและพยาธิสภาพของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุ (American Psychological Association, 1994; สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์, 2555) อาการแสดงที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงออกในด้านความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการแบ่งเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วยอาการของโรคจิต (Psychotic Dimension) และความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบ (Disorganized Dimension) ซึ่งการทำงานที่มากเกินไปหรือมีความผิดปกติของหน้าที่โดยทั่วไปของจิตใจหรือการมีอาการบางอย่างที่บุคคลปกติทั่วไปไม่มีอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม สามารถจัดไว้ในกลุ่มอาการได้ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusions) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusions) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) ลักษณะแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusions)

2) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) ได้แก่ เสียงได้ยินเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน การได้ยินเสียงคนอื่นพูดถึงเรื่องราวของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) ประสาทหลอน รongลงมาคือการเห็นภาพหลอน ภาพหลอนอาจเป็นคนใกล้ชิด ส่วนประสาทหลอนทางกลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรสแปลก ๆ อาจจะพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (Disorganized thought and speech) ผู้ป่วยจิตเภทมักคิดในลักษณะที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบผู้ป่วยก็จะเปลี่ยนเรื่องได้

ทันที (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมากๆ การวางคำในประโยคจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech)

4) อาการด้านพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized behavior) พฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดเจน อาจเกิดจากการหลงผิดหรือประสาทหลอนหรือมีความคิดแปลกๆ เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่ยอมนอน แต่งตัวแปลกๆ ผู้ป่วยบางรายจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้และมีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะเด่นคือมีความผิดปกติของกระบวนการความคิดเป็นหลักรวมทั้งการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะอารมณ์แบบไม่เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติไป อาการด้านลบเป็นลักษณะทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาการด้านลบเป็นอาการที่ขาดสภาพตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีการแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และลักษณะท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (Kay, Fiszbein and Opier, 1987) สามารถจัดไว้ในกลุ่มอาการได้ ดังนี้

1) การแสดงออกอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunt affect) เป็นการแสดงออกต่อการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) เป็นการขาดความสนใจและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) เป็นการขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุยสื่อสารและไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิดที่มีความสนใจกับผู้อื่นได้

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) เป็นการมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะอาการที่เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายใน ทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตนเอง

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) เป็นความบกพร่องในการคิดเชิงนามธรรม ซึ่งแสดงออกในการมีปัญหาการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไปและการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) เป็นการมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ตน แสดงออกด้วยการมีกระแสคำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาสาระในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) เป็นความคิดที่ขาดความลื่นไหล ความคิดในลักษณะเป็นธรรมชาติและความคิดยืดหยุ่นซึ่งแสดงออกในการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่า ไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

อาการทางลบจึงเป็นลักษณะอาการที่ลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจิตเภทอาจอยู่เฉยๆทั้งวันรวมทั้งบกพร่องความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับผู้อื่นและมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีหลากหลายแนวคิดทั้งด้านแนวคิดเกี่ยวกับสารสื่อประสาท ทฤษฎีโครงสร้างทางสมองและทฤษฎีทางด้านจิตสังคม สรุปได้ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีโครงสร้างทางสมอง การเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) บกพร่องโดยการหลั่งโดปามีนส่วนบริเวณ prefrontal cortex และการมีขนาดของ Ventricles ใหญ่ผิดปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์, 2555) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการทางลบได้

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีจิตสังคม การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้อาการทางลบเกิดขึ้น นอกจากนี้อาการทางลบยังมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ (Carpenter, Heinrichs and Alphas, 1985) จากการศึกษาของ Wing and Brown (1970) พบว่าอาการทางลบเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภทที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Trandon and Jibson (2002) พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดเนื่องจากการขาดการสนับสนุนด้านการตอบสนองอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของรุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ (2552) พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดการพูดคุยหรือกระตุ้นผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้น

สรุป โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ไม่เป็นระเบียบแบบแผน ซึ่งลักษณะของอาการจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (positive symptom) เป็นอาการที่แสดงออกในด้านความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม และอาการทางลบ (Negative symptom) เป็นอาการที่ขาดสภาพตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีการแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และลักษณะการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะเริ่มมีอาการในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็มีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน มีอาการที่เกิดแบบเฉียบพลัน หรือค่อยๆเกิดการดำเนินโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังต่อไปนี้

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจิตเภทจะเริ่มมีอาการค่อยๆ เป็นค่อยๆไป มีระยะเวลาเฉลี่ย 2-5 ปี ในช่วงแรกอาจมีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ต่อมาผู้ป่วยจะมีปัญหาของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ความบกพร่องนี้อาจประกอบไปด้วย การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป มีปัญหาด้านอารมณ์ การสื่อสาร ความนึกคิด สุขนิสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน สัมพันธภาพกับญาติหรือเพื่อน ระยะนี้คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากอาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันด้านจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการชัดเจน ส่วนมากจะมีอาการด้านบวกและมีระยะเวลาในช่วงนี้นานถึง 6-10 ปี ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนานอย่างน้อย 1 เดือนและต้องมีอาการแสดงในข้อที่ 1-3 อยู่ 1 อาการ ประกอบด้วยหลงผิด, ประสาทหลอน, Disorganized speech, Grossly disorganized behavior หรือ Catatonic behavior, และอาการด้านลบ ในช่วงระยะ 5 ปี แรกของการเจ็บป่วยร้อยละ 80 มีอาการกำเริบได้เป็นระยะๆ เมื่อถูกสภาวะการณ์ที่กดดันด้านจิตใจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่แย่ลงได้ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและเข้าสู่กระบวนการรักษาในระยะนี้เป็นส่วนมาก ซึ่งอาการที่พบบ่อยมีลักษณะดังนี้

1) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่สมเหตุสมผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองกำลังถูกผู้อื่นปองร้ายหรือมีความคิดแปลกประหลาด เป็นต้น

2) อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อย โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตเภทดีขึ้น

3) อาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อย ได้แก่ หูแว่วพบได้มากที่สุด ความสนใจในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียนเป็นระยะเวลานาน ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นทั้งในด้านต่างๆ

4) อาการด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมช่วงนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน ในผู้ป่วยบางรายมักเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดต่อกัน ผนังรุกรัง กลิ่นตัวแรง ชอบเดินไปเดินมา กลางคืนไม่หลับ ไม่นอน หรือมักทำท่าแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียวหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือหรือเรื้อรัง (Residual or Chronic phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการคล้ายกับระยะก่อนเริ่มอาการ แต่อาการประสาทหลอน หลงผิดยังคงหลงเหลืออยู่และอาจมีอาการรุนแรงฉับพลัน โดยเริ่มมีระดับอาการทางจิตที่คงที่ รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของตนเองกลับมา ผู้ป่วยจะมีอาการทางด้านบวกอยู่บ้างแต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อมากเหมือนในช่วงแรก อาการทางด้านลบและอาการด้าน Cognitive ยังคงอยู่และไม่ค่อยตอบสนอง ต่อการรักษาในปัจจุบัน ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 10-15 ในระยะนี้มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมและทำหน้าที่ต่างๆ มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังรุนแรง

สรุป การดำเนินโรคสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และเมื่อเข้าสู่ระยะอาการนำผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีความเสื่อมเล็กน้อยไม่ชัดเจน คนใกล้ชิดสังเกตเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เมื่อเข้าสู่ระยะอาการกำเริบมีอาการแสดงทางบวกเด่นชัดขึ้น มีระยะเวลาจนถึง 6-10 ปี หากผู้ป่วยมีอาการชัดแล้วญาติพาเข้ารับการรักษา ซึ่งบางรายอาจหายขาดหรืออาจยังคงเป็นๆหายๆ ส่วนในระยะเรื้อรังหรืออาการหลงเหลือผู้ป่วยจะมีอาการทางลบหรืออาการด้าน Cognitive มีความเสื่อมของบุคลิกภาพและความพร้อมในหน้าที่การงาน มีการเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมองตนเองไร้ค่า หรือประเมินตนเองผิดไปจากความจริง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเป็นโรคที่น่ารังเกียจ จนเกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

1.5 ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

1.5.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่คงเหลือและมีอาการทางจิตอยู่บ้าง รวมทั้งไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขชัย, 2558) ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันได้มีนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับคืนสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นเป็นการป้องกันการติดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นก็ให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นทั้งผู้ที่ไม่มีอาการ

ทาง จิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้างเป็นบางส่วน (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Worley, 1997) ในขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นการศึกษาในลักษณะของการดำเนินชีวิตปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลจนอาการทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้เพียงระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) ที่พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกผู้ป่วยจิตเภทมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการศึกษาของวลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของดวงกมล สระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2558) ที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ มองเห็นปัญหา เมื่อผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาที่จะนำสู่การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนและลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตใจและทางสังคม สามารถยอมรับตนเองได้ ถึงแม้มีโรคเจ็บป่วยแต่สุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนสามารถพบได้ทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนอาการทางจิตทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง โดยพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และจะเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

1.5.2 ประเด็นปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่

ชุมชนยังมีบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมาก (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ผู้ป่วยจิตเภทหลังแพทย์จำหน่ายให้กลับไปอยู่กับครอบครัวจะมีพฤติกรรมดีขึ้นและสามารถปฏิบัติอาชีพ การงานได้เพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยทางจิตซ้ำได้ต้องกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลเช่นเดิม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาแรกมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาจะไม่ยอมช่วยเหลือ ตนเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว ผู้ป่วยบางรายกลับไปใช้สุราและสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ของแพทย์ ผู้ป่วยจิตเภทมักหยุดยาเองอันเป็นผลจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ไม่สามารถทนต่อ ผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้ โดยเชื่อว่า ตนเองมีอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่ต้องรับประทานยาต่อหรือปรับยาให้มีขนาดน้อยลง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547; วลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ, 2558) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในชุมชนมีความเชื่อมต่อการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ไม่ สามารถดำเนิน ชีวิตได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (วีระยุทธ บุปผาภา, 2554) ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวผู้อื่นไม่ได้ถูกการยอมรับ ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานที่ต้องปิดบังการ เจ็บป่วยไว้ (สุธิสา ตีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปจากคนใน สังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่นๆ (Schulz and Angermayer, 2003) จากผลการศึกษาของ Dickerson, Pratt and Ringle (2000) พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและรู้สึกอับอายเกิด ความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะตกงาน รายได้ไม่เพียงพอ

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลือจากพยาธิสภาพของ โรคมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่างๆ โดยพบปัญหาที่สำคัญ คือ การไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยและปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาความรู้สึกเป็นตราบาป จาก การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากปัญหาดังกล่าวหากยังไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมี อาการกำเริบซ้ำได้ ซึ่งหากการกำเริบบ่อยครั้งเท่าใดศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็ จะเสื่อมถอยลดลง ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยที่สุดในทีมสุขภาพจึงจำเป็น อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยหาคำตอบใหม่มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และ ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตดีต่อไป

1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน แต่ละวิธีมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขช่วยป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ (Agius et al., 2007; McGorry et al., 2010) มีรายละเอียด ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological Intervention) การรักษาด้วยยานั้นถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการให้สงบแล้วยังช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคโดยผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.6.1.1 ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบโดยเร็ว ฤทธิ์ของยาจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็ว หากการรักษาผู้ป่วยสักระยะประมาณ 2 สัปดาห์ หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นอาจจะมีการพิจารณาปรับขนาดเพิ่มมากขึ้นหรือมีการเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์ได้ดี เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.1.2 ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นที่ต้องได้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน การลดยาลงในช่วงนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมากำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.1.3 ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป็นช่วงที่อาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาลง แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบหลังจากนั้นก็ค่อยๆ ปรับลดยาลงจนถึงระดับยาต่ำสุดที่ควบคุมได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจำเป็นต้องให้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting) (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) โดยทั่วไปจะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (Electrode) ที่วางบริเวณศีรษะเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก ซึ่งอาจทำแบบวางยาสลบ(Modified) หรือไม่วางยาสลบ (Unmodified) โดยสามารถทำ ECT ได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 6-12 ครั้ง อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิดที่เป็น Catatonic หรือผู้ป่วยที่ปัญหา Severe depression ร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท มักก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นแล้วแต่ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งเป้าหมายและวิธีการรักษาทางจิตสังคมจะต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ได้แก่

1.6.3.1 กลุ่มบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการบำบัดแบบประคับประคอง เน้นการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยการสื่อสารกับผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริงที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry et al., 2005)

1.6.3.2 กลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) ซึ่งให้ผลได้ดีกว่าได้รับจิตบำบัดแบบรายบุคคลเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเข้าสังคมมากขึ้น ส่งเสริมความมั่นใจในตัวเอง ลดความวิตกกังวล ฝึกความไว้วางใจผู้อื่น ใช้เหตุผลตามสภาพความจริง การปรับตัวและการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry et al., 2005)

1.6.3.3 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจที่เกิดบรรยากาศที่ไม่เครียด เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ช่วยเหลือกัน และได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกภายในกลุ่ม (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ, 2551)

1.6.3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นปัญหาพฤติกรรมถดถอย เช่น การฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การดำเนินชีวิตวิธีการที่นิยมคือการวางเงื่อนไขผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมที่ต้องการการให้รางวัล (McGorry et al., 2005)

1.6.3.5 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho - education) เป็นการรักษาที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ (evidence base-treatment) ควรให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการรักษา ร่วมกับการใช้ยา นอกจากนี้ในการศึกษาแบบอภิวเคราะห์ (meta-analysis) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ (Lincoin, Wilhelm and Nestoriuc, 2007)

1.6.3.6 การทำครอบครัวบำบัด (Family intervention) เพื่อมุ่งเน้นการลดการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะวิจารณ์เชิงติเตียน ความไม่เป็นมิตรและส่งเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1.6.3.7 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการสร้างสัมพันธ์สภาพสามารถนำไปใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่อาการสงบควบคุมกับยา (McGorry et al., 2005)

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการบำบัดรักษาทางชีวภาพทางการแพทย์และทางจิตสังคมควรจะเริ่มต้นให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นับตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิตและบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ได้เร็วขึ้นและป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองแบบร่วมกันในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น โดยช่วงเวลาที่ยาโรคจิตเริ่มกลับเป็นปกติจากการรักษาด้วยยา จะเป็นเวลาที่ที่ดีที่สุดในการเริ่มต้นการ

รักษาทางจิตสังคัมซ้ำ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นสามารถประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มีระดับค่าคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 (เท็ดศักดิ์ เดชคง และคณะ 2547)

สรุป การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาจิตสังคัม ผู้ป่วยแต่ละรายมีการรักษาที่แตกต่างกันตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนการวางแผนการกลับไปอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสถานบริการในระดับปฐมภูมิ การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดปัญหาการกลับมาซ้ำซ้ำได้

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญต่อการให้การพยาบาล โดยใช้ความรู้ ทักษะและค่านิยมทางการพยาบาล สิ่งสำคัญที่สุดต้องยึดหลักกระบวนการพยาบาลที่เป็นสาระสำคัญของแนวคิดในการกำหนดทิศทางการพยาบาล คือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการที่จะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) โดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านทักษะการดูแลตนเองและสุขอนามัยที่สำคัญ การให้การพยาบาลที่สำคัญด้านร่างกายนี้ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและด้านสุขอนามัยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องทักษะการดูแลตนเองมีภาวะด้านสุขอนามัยที่ไม่ดี เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะต่อการดูแลตนเองรวมทั้งสุขอนามัยตนเองได้

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด พยาบาลควรปฏิบัติให้การพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมผู้ป่วย คือ การหาความหมายของความคิดซึ่งการสนทนากับผู้ป่วยทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยทำให้เราเข้าใจถึงความคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่สื่อสารออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้น (search of meaning) นอกจากนี้การพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ความเป็นจริงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจเรียนรู้เพื่ออยู่กับความเป็นจริงของตนเองได้ (Reinforcing reality)

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ผิดปกติส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง พยาบาลมีบทบาทในการประเมินเพื่อให้เกิดความรู้เข้าใจ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์กับเหตุการณ์ให้เหมาะสม

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม บทบาทพยาบาลต้องใช้การวางแผน เพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหา เนื่องจากปัญหาด้านสังคมมีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลาาน เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวเป็น ปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนให้การพยาบาลต้องประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและพัฒนาทักษะทางด้านสังคมที่ถูกต้อง

1.7.2 กระบวนการทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบ ด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา การประเมินสภาพทั่วไปหรือสภาพทางจิตของผู้ป่วยจะเน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่

1) การประเมินด้านร่างกาย พยาบาลสามารถประเมินด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์และการตรวจประเมินสภาพทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย ได้แก่ ประเมินบุคลิกภาพ สุขอนามัยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแสดงอาการทางจิตที่ส่งผลต่อด้านร่างกาย พยาบาลสามารถตรวจสอบประเมินเพื่อดูสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยได้

2) การประเมินด้านความคิด ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เนื้อหาความคิดจะผิดไปจากปกติ เช่น มีความคิดหลงผิด มีความคิดเป็นใหญ่เกินความเป็นจริง มีความคิดถูกผู้อื่นปองร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยประเมินลักษณะของความคิดนั้นเมื่อมีความผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นในระดับมากน้อยเพียงใด เพื่อใช้ในวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3) การประเมินด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความผิดด้านการรับรู้มักแสดงอาการประสาทหลอน พยาบาลสามารถประเมินการรับรู้มีการตอบสนองอย่างไร ลักษณะของอาการรับรู้ที่เกิดขึ้นรวมทั้งระยะเวลาการเกิดความผิดปกติ เพื่อกำหนดการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) การประเมินด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีลักษณะของพฤติกรรมและการแสดงออกที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักพบปัญหาคุมตนเองได้น้อย และมีพฤติกรรมจากอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด ควรให้ความช่วยเหลือการพยาบาลอย่างเร่งด่วน

5) การประเมินด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่องด้านการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่สามารถสื่อสารเพื่อตอบสนองตามความต้องการที่จำเป็นได้ พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด

1.7.2.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาล ควรพิจารณาทั้งทางด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการต่างๆ ที่ได้ทำในขั้นต้น โดยข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ผู้ป่วยจิตเภทมักสอดคล้องกับอาการผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการด้าน positive symptoms และอาการด้าน negative symptoms มีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา และด้านความคิดตัดสินใจ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม สำหรับการวางแผนการพยาบาลควรระบุวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยสิ่งที่ต้องพิจารณาในการวางแผนระยะสั้นและระยะยาว โดยเน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในระยะแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะระงับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิดหรือประสาทหลอนจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอนและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ทักษะของการมีสัมพันธภาพ

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยแผนดำเนินการดังนี้

- ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพรวมทั้งการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
- การใช้แหล่งบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
- การวางแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและอยู่ในสังคมได้

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการตัดสินใจในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลมีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการตัดสินใจ

ที่แตกต่างกัน ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติและเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและทีมสุขภาพการปฏิบัติการพยาบาล

1.7.2.5 การประเมินผล โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการประเมินผลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้และป้องกันการป่วยซ้ำ ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนภายหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา
- ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการพัฒนาบทบาทของตนในชุมชนดีขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติตามศักยภาพ

สรุป การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกัน จึงจะได้ผลดีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและรอบคอบ ประเมินปัญหาที่ครอบคลุม การวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องให้ตรงกับประเมินปัญหาที่พบวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกด้านรวมทั้งการประเมินผลทางการพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินสภาวะของบุคคลทั่วไปและบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการใช้คำหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตหรือ Life satisfaction ภาวะสุขภาพหรือ Health status การทำหน้าที่หรือ Functional status และความผาสุกหรือ Well-being เป็นต้น ดังนั้นคุณภาพชีวิต (Quality of Life) จึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเองอยู่ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความหวังและความหวังโยของพวกเขา เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต (ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, 2551)

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหมายกว้างขวางประกอบด้วยหลายมิติตามผู้นิยามแต่ละบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีผู้นิยามให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans and Power (1992) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต ที่มีความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆของชีวิต

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

World Health Organization Quality of Life Group (1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้บุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

สรุป คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นการรวบรวมหลายมิติด้วยกันทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์และสังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Ferrans and Power (1992) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) คือความเกี่ยวข้องกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำบทบาทหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ และบทบาทในทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพที่ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมยามว่าง การสร้างสุขภาพวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) คือ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานในการดำเนินชีวิต การพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจ การเงิน มีที่พักอาศัยเหมาะสม มีอาชีพ มีรายได้เพียงพอ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง และเป็นการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา เป็นต้น

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) คือ สภาพการรับรู้ถึงการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณในชีวิตตนเอง ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความผาสุกทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในชีวิต ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนเอง พึงพอใจอัตลักษณ์ของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา เป็นต้น

4) ด้านครอบครัว (Family) คือ สภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของแต่ละบุคคลที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรส บุตร รวมทั้งภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป คือ ความรู้สึกถึงความพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้องค์รวม โดยสามารถเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ เป็นอยู่ กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง เป็นกระบวนการการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ คือ ความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดถึงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ คือ สุขภาพที่สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองวางไว้ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ สถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกมั่นคงในชีวิตเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสามารถหาได้จากองค์รวม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ระบุถึงองค์ประกอบสำคัญตาม WHOQOL Group (1996) ที่ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวและรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตและมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น รับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆในสังคม รับรู้ว่าตนเองช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมได้ รวมทั้งการรับรู้ถึงเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างมีอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพที่ดีและด้านสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สรุป องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมีความหมายความแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ประกอบด้วย 4 ด้านมิติ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.3.1 ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการทางลบ (หงส์ บันเทิงสุข, 2545; Ruggeri et al., 2002; Tomatake, 2011; Montemani et al., 2014; Suttajit and Pilakanta, 2015) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนเมื่อมีอาการทางลบจะเกิดความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสื่อมลงจนเกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Boyer et al., 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Barry and Crosby (1996) พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธ์ทางสังคมผู้ป่วยร้อยละ 44 ด้านกิจกรรมยามว่างร้อยละ 53 ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในชีวิตร้อยละ 54 จากการศึกษาของ Bobes and Gonzalez (1997) และการศึกษาของ สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) พบว่าตราราบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับของความหวังมีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมาความเจ็บป่วยที่เรื้อรังของโรคจิตเภทกระตุ้นให้เกิดการกำเริบและส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Zelst, 2009) และจากการศึกษาของ Kaewprom (2011) ที่ศึกษาปัจจัยในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการขาดวางแผนจัดการต่อความเจ็บป่วยไม่เพียงแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของโรคเท่านั้นแต่ยังเป็นสิ่งที่ขัดขวางการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

2.3.2 ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ กายวิภาคทางสมองของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน คือ ส่วนของ Amygdala, Limbic system และ Frontal lobe และยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศชายยังมีอิทธิพลต่อการพัฒนาสมอง โดยส่วนฮอร์โมน testosterone จะทำให้ Amygdala ของเพศชายมีขนาดใหญ่กว่าเพศหญิงเกิดอาการทางจิตกำเริบ (พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการ

ของตนเองได้ส่งผลต่อสามารถวางแผนต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองและความต่อเนื่องในการรับการรักษาในระดับต่ำ (Corrigan, Fung and Tsang, 2008) เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย Razali, Hussein and Ismail, 2010) อายุ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (Mercier, Peladeau and Tempier, 1998; Ruggeri et al., 2002) ระดับการศึกษา การศึกษาของ Tempier (1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vandiver (1998) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และความเพียงพอของรายได้ จากการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีรายได้น้อยจะเป็นอุปสรรคต่อค่าใช้จ่ายการรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยจิตเภทจึงอาศัยอยู่ในชุมชนได้ไม่นานและกลับรักษาซ้ำส่งผลผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mercier and King (1994) พบว่า สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548; ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซ โตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) สอดคล้องการศึกษาของ Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของหทัยรัฐณ์ วารินทร์ (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการตอบสนองด้านจิตใจส่งผลให้รับรู้คุณค่าและมีแรงจูงใจต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

นอกจากนี้ยังพบว่าความหวังและคุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกันโดยทั้งสองตัวแปรจึงมีความสัมพันธ์กับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของโรคจิตเภท เพราะความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคล (Jacobson and Greenley, 2001) การศึกษาของ Kaewprom (2011) พบว่าความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยการฟื้นคืนสู่สุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความหมายรวมถึงการเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเองและการศึกษาของสุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) พบว่าตราบาปที่เกิดในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับของความหวังผู้ป่วยจิตเภทมีส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Lysaker et al. (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ ภาวะสุขภาพจิตและความหวังของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 143 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความหวัง มีความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่เหมือนบุคคลอื่น ถูกปฏิเสธหรือคิดว่าคนอื่นรังเกียจก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้และสิ้นหวังส่งผลต่อการติดต่อทางสังคมและคุณภาพชีวิต ความหวังมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิตและความคาดหวังของผลลัพธ์ที่เป็นบวกจากความพยายามของตน (Vrbova et al., 2017) สำหรับผู้ป่วย

จิตเภทการศึกษาพบว่าความหวังเป็นตัวแปรที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต (Schrank et al., 2014) และสอดคล้องกับอีกการศึกษาที่พบว่าความหวังเป็นตัวแปรกลางสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Hasson-Ohayon et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมของหงษ์ บันเทิงสุข (2545) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการได้รับสนับสนุนด้านทรัพยากร (Schaefer et al., 1981 อ้างใน หงษ์ บันเทิงสุข, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lehman (1983) และการศึกษาของ Norman, Malla and McLean (2000) ที่พบว่าลักษณะทางกายวิภาคของแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลระหว่างเพศชายและหญิงก่อให้เกิดความผิดปกติของพยาธิสภาพของโรคจิตเภท ลักษณะการเจ็บป่วยที่มีการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้งและส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเป็นผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา

การศึกษา Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka (2011) พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลข้างเคียงจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยากุ่มต้านโรคจิต โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Atypical Psychotics ได้แก่ ่วงซึม ปากคอแห้ง เนื้อเยื่อชา เกิดจากกลุ่มอาการ Extrapyrimal Side Effect หรือ EPS) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Browne et al. (1996), Bobes and Gonzalez (2007) และ Suttajit and Pilakanta (2015) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยอาการทางจิตที่ยาวนานทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำล้วนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

สรุป ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ส่วนอาการทางลบ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ผลข้างเคียงจากผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยากุ่มต้านโรคจิต トラบาปในผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้ทักษะในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นมาตรฐานสากลขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น โดยชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ

2.4.1 ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ ได้แก่ ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล

2.4.2 ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยาประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตความพึงพอใจในชีวิต ตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อความมีคุณค่าและความหมายในชีวิตของตนเอง (UNESCO, 1980; Zhan, 1992; Meeberg, 1993)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ศึกษา พบว่าแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของ Frank – Stromberg (1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงปริมาณโดยบุคคลอื่น (Objective scales yielding quantitative data) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เป็นต้น

2. การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (Subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง

3. การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินด้วยตัวเอง (Subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่ที่เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึกและทัศนคติของตนเองจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Frank – Stromberg, 1984; Meeberg, 1993)

อย่างไรก็ตามมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตหลากหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจของชีวิตด้านต่างๆ แตกต่างกันไปสอดคล้องกับการเรียนรู้ รวมถึงประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ ของแต่ละบุคคล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992), แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตของ Heinrichs, Hanlon, and Carpenter (1984) และแบบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL Group (1996)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL, 1996) ได้รับการแปลฉบับภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) มีจำนวน 28 ข้อคำถาม ที่ประกอบด้วยการประเมินองค์ประกอบขึ้นพื้นฐาน 4 ด้านมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 26 ข้อคำถาม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม มีการแปลคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน เป็นเครื่องมือใช้วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดำเนินการตามโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นเครื่องมือมาตรฐานและสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุมหลายมิติแบบองค์รวม (Holistic quality of life) เป็นการ

ประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม มีส่วนร่วมทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา และจิตวิญญาณ (Moons, Budts, and Geest, 2006) จุดเด่นของแบบประเมินนี้คือการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยไม่สนใจต่ออาการของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

2.5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาที่เกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาวิเคราะห์พบลักษณะของการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

2.5.1 การศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มคนปกติ

จากการศึกษาเชิงสำรวจพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier, Peladeau and Tempier, 1998; Bobes and Gonzales, 1997; Yu-Tao Xiang et al., 2007) ผลการศึกษาของ Katsching (1997) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตไม่ดีที่ได้รับประเมินจากการความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนและพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 84-85 ไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ระดับปานกลาง (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย, 2555)

2.5.2 การศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนได้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านร่างกายและจิตใจและมีผู้นิยามความหมายไว้ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (1996) ได้ให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคลภายใต้องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1996) ส่วน Gill and Feinstein (1994) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีปฏิกริยาตามสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพรวมทั้งองค์ประกอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล คือ ด้านสภาวะจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ (Spilker, 1990)

ดวงกมล สระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2558) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะบำบัดฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์จำนวน 40 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน

จิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Green et al. (2001) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 344 คน ศึกษาตามแนวคิดคุณภาพชีวิต 10 ด้าน ของ Biglow et al. (1991) ซึ่งเป็นการประเมินด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงานความสามารถในการทำงาน และการใช้เวลาว่าง

Ruggeri et al. (2001) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการ ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยศึกษาตามแนวคิดของ Oliver (1997) ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

Norman, Malla, and McLean (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐออนทาร์โอ ประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ตามแนวคิดคุณภาพชีวิต 4 ด้านของ Heinrichs, Hanlon, and Carpenter (1984) ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการทำตามบทบาทและหน้าที่ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และด้านพื้นฐานภายในจิตใจ

สรุป การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบด้านต่างๆ ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1996) ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ซึ่งเป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทและวัฒนธรรมของประเทศไทย

3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

3.1 ความเป็นมาของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพ ถูกนิยามขึ้นในศัพท์ภาษาอังกฤษไว้ว่า Wellness Recovery Action Planning (WRAP) เพื่อใช้สำหรับเป็นวิธีการจัดการตนเองสุขภาพของตนเองที่พัฒนาขึ้นจากผู้ที่มีประสบการณ์โรคทางจิตเวชโดย Mary Ellen ผู้ก่อตั้ง Copeland (1997) เพื่อให้บุคคลเรียนรู้ที่จะอยู่

ร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนจากการควบคุมอาการของโรคหรือลดอาการทางจิตไปสู่การส่งเสริมกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery process) เป้าหมายเพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีจิตใจที่เข้มแข็ง รู้จักตัดสินใจและรับผิดชอบดูแลตนเองเพื่ออยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยตลอดจนสามารถพัฒนาตนเองให้สังคมยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนกับบุคคลอื่น

3.2 ความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพในภาษาอังกฤษนิยามไว้ว่า “recovery” และมีการบัญญัติความหมายทางการแพทย์ในภาษาไทยว่า “การฟื้นตัว” ในราชบัณฑิตยสถานปี พ.ศ. 2554 และการศึกษาของ Kaewprom (2011) มีการใช้คำนี้ในการศึกษาและปรับมาใช้คำว่า “การฟื้นฟูสภาพจิตใจ” ซึ่งอธิบายการให้ความหมายที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวมากกว่า (เชษฐา แก้วพรม, 2555) เมื่อมีการริเริ่มในการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชในประเทศไทยได้มีการใช้คำนี้ในภาษาไทยว่า “การฟื้นคืนสู่สุขภาพ” (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2558) เพื่อให้สอดคล้องและเข้าใจความหมายที่ตรงกันในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “การฟื้นคืนสู่สุขภาพ” เนื่องจากแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพดังกล่าวเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย พบว่า การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นรูปแบบทางการแพทย์มากกว่ารูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Kaewprom, 2011) มีผู้ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ ดังนี้

Anthony (1993) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการของการให้ความหมายของชีวิตใหม่และการตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเอง ไม่ใช่เพียงแค่การหายดีเท่านั้นที่บุคคลอาจมีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

Seeherunwong, et al. (2002) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า เป็นการฟื้นคืนความสำคัญให้กับตนเองจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง

Boutillier et al. (2011) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นประสบการณ์ที่เป็น "ชีวิตใหม่: New life" เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง

Slade et al. (2014) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า เป็นการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความหมายอยู่ 2 นิยามคือ 1) การฟื้นคืนสู่สุขภาพทางคลินิก ที่เป็นความหมายในแง่มุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาเกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการและการฟื้นฟูทางจิตใจสังคม การทำงานให้กลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนป่วย และ 2) การฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลเป็นการให้ความหมายของบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวช จึงมีความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งให้ความหมายที่แตกต่างไปจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางคลินิก

สรุป การฟื้นคืนสู่สุขภาพะ หมายถึง กระบวนการส่วนบุคคลของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นการให้ความหมายของชีวิตใหม่ในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคทางจิตเวชได้อย่างมีความหวัง ปรับการมองโลกในแง่ดี มีความเป็นตัวตนและการได้รับการเสริมพลังและเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น เพื่อให้มีการเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงตัวเองใหม่ที่ไม่ใช่แค่การหายดีจากโรคเท่านั้น แต่เป็นการตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3.3 แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ

เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ (Recovery orientation) หมายถึง การบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับการดูแลรักษาให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายและความพึงพอใจของผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง มุ่งไปที่จุดแข็งของผู้เข้ารับการฟื้นฟูฝึกทักษะที่จำเป็น ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม บูรณาการเข้าร่วมกับชุมชนและมีความต่อเนื่อง

การฟื้นคืนสู่สุขภาพะทางจิตเวช คือ กระบวนการที่ให้ออกแบบบุคคลที่มีความบกพร่องพิการจากความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถพึ่งพาตนเองและปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะใช้ทั้งการเพิ่มศักยภาพของบุคคลและการแนะนำในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีความผิดปกติจากอาการทางจิตและผู้ที่เคยเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้อัตลักษณ์ความสามารถของบุคคลถึงระดับสูงสุด ลดความพิการ มุ่งเน้นให้บุคคลมีทางเลือกในการที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในชุมชน การฟื้นฟูสภาพทางจิตเวชจึงเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการคืนสู่สุขภาพะ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550)

3.4 มิติของการฟื้นคืนสู่สุขภาพะทางจิตเวช

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นคืนสู่สุขภาพะเพื่อเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยระดับบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

3.4.1 ระดับบุคคล ประกอบด้วยการรักษาทางยาและการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งการใช้ยาที่เหมาะสม จะช่วยลดอาการและหยุดอาการรบกวนรวมทั้งป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ส่วนการฝึกทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ

- 1) ทักษะการดูแลตนเอง ฝึกปฏิบัติการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน
- 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกปฏิบัติถึงการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆ และจัดเก็บให้เป็นระเบียบเรียบร้อยตลอดถึงการซ่อมแซมเมื่อเกิดการชำรุด
- 3) ทักษะทางสังคม ฝึกมารยาทการเข้าสังคมและอยู่ร่วมกับผู้อื่น

4) ทักษะการทำงาน ฝึกให้มีความรับผิดชอบต่อการทำงานที่จะได้รับมอบหมายและฝึกการประกอบอาชีพต่างๆ

5) ทักษะการพักผ่อน ฝึกการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเดินทาง โดยการใช้สาธารณูปโภคในชุมชนและสามารถขอความช่วยเหลือในชุมชนของตนได้

3.4.2 ระดับครอบครัว เป็นการปรับระดับประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ ซึ่งควรคำนึงถึงการใช้เทคนิควิธีการที่เฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ให้บริการและที่พักอาศัยอื่นๆ นอกจากการอยู่ภายในโรงพยาบาล

3.4.3 ระดับสังคม/สิ่งแวดล้อม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการจ้างงาน การทำงานและมืงานทำ จะเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจความพึงพอใจในตนเองของผู้ป่วย มีรายได้และลดการพึ่งพิง เปิดโอกาสให้มีกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติสุข

3.5 การฟื้นฟูเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพจะเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คุณค่า จุดมุ่งหมาย ทักษะและ/หรือบทบาทของบุคคลในสังคมอย่างมีความหวัง ทั้งที่ยังมีขีดจำกัดจากความบกพร่องของร่างกายและจิตใจจึงไม่สามารถทำให้เป็นแบบเดียวกัน ไม่มีรูปแบบบริการเดียวสำหรับทุกคน ไม่มีทางที่ถูกต้องเพียงทางเดียวสำหรับผู้ป่วยหนึ่งคนเป็นการเดินทางของชีวิต ไม่ใช่ปลายทางที่ไปถึง ไม่ใช่การ“กำจัดปัญหา”แต่เป็นการมองเห็นคนชัดเจนในปัญหานั้น เช่น ความสามารถความเป็นไปได้ความสนใจและความฝันของพวกเขา รวมทั้งการกลับมาสู่การทำบทบาทต่างๆทางสังคมที่มีคุณค่าและความหมายต่อชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

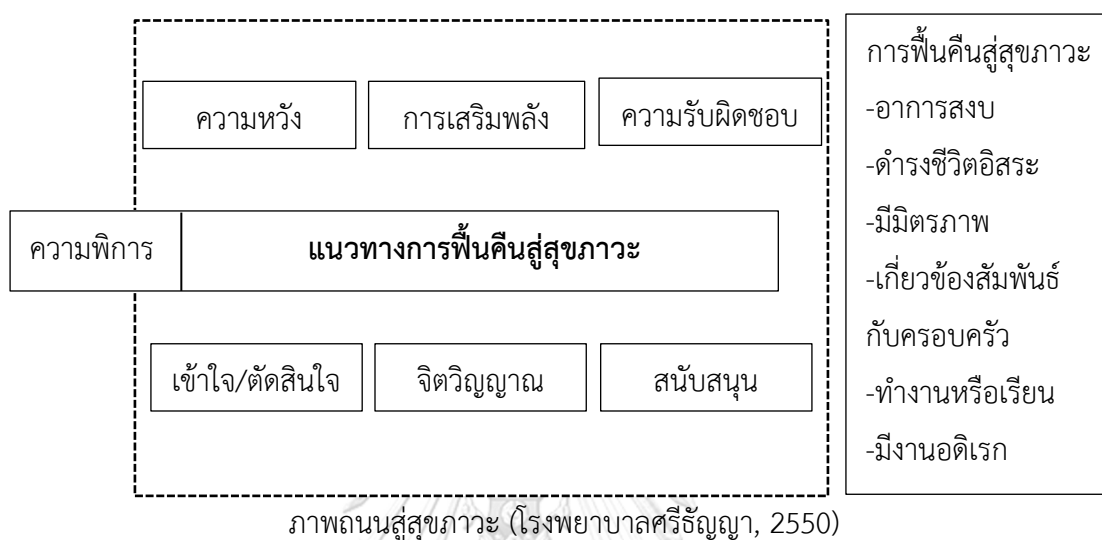
3.5.1 แผนทางคลินิก (Clinical recovery) โดยมีบุคลากรทางสุขภาพจิต ลดอาการ คงสภาพทางสังคมหรืออีกนัยหนึ่งให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

3.5.2 แผนส่วนบุคคล (Personal recovery) ขบวนการเฉพาะส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติค่านิยม ความรู้สึก จุดประสงค์ทักษะและบทบาท เน้นวิธีการดำรงชีวิตด้วยความพึงพอใจภายใต้ขีดจำกัดความเจ็บป่วย ซึ่งแผนปฏิบัติจะรวมถึงแผนพัฒนาการฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านการปฏิบัติหน้าที่และด้านทักษะทางสังคม ดังนั้นแนวทางปฏิบัติของแต่ละบุคคลจะต้อง

- 1) พัฒนาภาพลักษณ์ด้านบวก นอกเหนือจากความเป็นผู้ป่วยจิตเวช
- 2) จัดการกับอาการเจ็บป่วยได้โดยอยู่กับมันได้
- 3) สามารถจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่ได้ด้วยตนเอง
- 4) พัฒนารูปแบบทางสังคม ให้มีคุณค่าในสังคม

3.6 แนวทางการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แนวทางการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพยายามในการที่จะจัดการกับอาการและขีดจำกัดของการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลขณะหาเส้นทางที่มีความหมายและจิตสำนึกของคุณค่า บุคคลนั้นจะเคลื่อนไปตามวิถีการฟื้นคืนสู่สุขภาพผ่านประสบการณ์ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม



3.6.1 ความหวังและการมองโลกในแง่ดี เพื่ออนาคตที่ดีกว่าได้จากการที่ต้องรับมือกับอาการ ความพิการและการเรียกคืนความรู้สึกด้านบวกต่อคุณค่าของตนเอง

3.6.2 การเสริมพลัง ที่ได้มาจากการที่บุคคลสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ประสบความสำเร็จในการไปถึงเป้าหมายของตนเอง ได้พบบทบาทใหม่ที่พอใจและมีคุณค่าจากสังคม

3.6.3 พลังทางด้านจิตวิญญาณ ที่สามารถเอาชนะความยากลำบากและสามารถเชื่อมโยงกับคนที่มีความศรัทธาและความหวัง

3.5.4 การช่วยเหลือกัน และการสนับสนุนทางสังคม ช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางลบจากผู้รักษาที่ใช้แบบแผนที่มีอำนาจเหนือกว่า

3.5.5 การลบลบตาของโรคจิตเวชและบุคคลที่ทนทุกข์ทรมานกับโรคทางจิต กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นเส้นทางเดินทางที่แสดงถึงการแสวงหาเสรีภาพโดยไม่ยึดติดกับอาการโดยการมีชีวิตที่ดีไม่คำนึงถึงการเจ็บป่วยที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่

3.6 กลยุทธ์การดำเนินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550)

3.6.1 ตั้งเป้าหมายเพื่อไปสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นศักยภาพของผู้ป่วยมากกว่าอาการเจ็บป่วยทางจิต

3.6.2 มีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการตัดสินใจเรื่องการรักษาทางการแพทย์

3.6.3 ต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอาการ การวินิจฉัยโรคยา การฟื้นตัวและทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์

3.6.4 ควบคุมกำกับและตอบสนอง เน้นที่อาการหรือพฤติกรรมที่ไม่ดีการมีแผน ป้องกันการเป็นซ้ำและแผนการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง

3.7 องค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 10 ประการ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเอง ทั้งอาการและอารมณ์มีความหวัง เพื่อให้ก้าวเดินไปข้างหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ทำให้กลับมาามีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุขภาพจิต ที่ดีและมีความสุขมากขึ้น องค์ประกอบสำคัญของหลักการฟื้นคืนสู่สุขภาพมี 10 ประการ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวของทั้งบุคลากรและผู้ป่วย (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) ได้แก่

3.7.1 Self-direction มีอิสระในการคิดตัดสินใจเลือกจุดมุ่งหมายในชีวิตและ ออกแบบเส้นทางเดินเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์เหล่านั้น

3.7.2 Individualized and person-centered มีการวางแผนเป็นรายบุคคล โดยการฟื้นคืนสู่สุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับจุดเด่น ความต้องการ ความชอบ ประสบการณ์และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

3.7.3 Empowerment การเสริมสร้างพลังชีวิตให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถเลือกและมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจทุกอย่างที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิต มีความสามารถที่จะร่วมกับผู้อื่นในการเรียกร้องตามความต้องการและสามารถควบคุมเส้นทางชีวิตของตนเองได้

3.7.4 Holistic บริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การศึกษา สุขภาพจิต ยาเสพติด สื่อทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว ฯลฯ

3.7.5 Nonlinear เป็นขบวนการที่มีพื้นฐานจากการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ จากประสบการณ์ของบุคคลระยะแรกต้องตระหนักรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้แล้ว จึงเริ่ม ดำเนินการสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพ

3.7.6 Strengths-based ต้องนำจุดเด่นและความสามารถของบุคคลนั้นมาใช้ โดย ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะการให้การสนับสนุนและการให้ความเชื่อถือซึ่งกันและกัน

3.7.7 Peer support บุคคลที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตมีบทบาทสำคัญ ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้เกิดพลัง ทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและชุมชน

3.7.8 Respect การยอมรับ การชื่นชมและการให้เกียรติบุคคลรวมทั้งการปกป้อง สิทธิส่วนบุคคลและลดการถูกกีดกันทางสังคม

3.7.9 Responsibility บุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบเรื่องการดูแลตนเอง การทำงานโดยมุ่งไปที่เป้าหมาย

3.7.10 Hope การมีความหวัง คือ จุดเริ่มต้นของการฟื้นคืนสู่สภาวะที่บุคคลจะสามารถเอาชนะสิ่งกีดขวางและอุปสรรคที่คุกคามอยู่ โดยเพื่อน ครอบครัวและสังคม สามารถช่วยประคับประคองความหวังที่ตั้งไว้

3.8 กระบวนการของการฟื้นคืนสู่สภาวะ

จากการศึกษาวิจัยของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของคนที่เป็นโรคมะเร็งจิตเวช เพื่อสรุปขั้นตอนของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะ พบว่าการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (เชษฐา แก้วพรม, 2555) ดังนี้

3.8.1 ยอมรับการเจ็บป่วย เป็นขั้นตอนสำคัญของการทำความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย

3.8.2 สร้างความหวัง โดยการค้นหาเป้าหมายของการดำเนินชีวิตของตนเอง สร้างแรงบันดาลใจในการที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้น และการค้นหากิจกรรมหรือบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่หรือในยามอ่อนแอ ท้อแท้

3.8.3 พัฒนาตัวตนใหม่ เป็นการพัฒนาตัวตน (self) ให้มีความเข้มแข็ง เห็นคุณค่าของตนเองและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจิตเวช

3.8.4 เสริมสร้างความรับผิดชอบในตนเอง โดยการกำหนดวิธีการดำเนินชีวิตและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตัวเอง ตลอดจนกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่เป็นภาระแก่คนอื่น

3.8.5 มุ่งมั่นต่อสู้อุปสรรคและปัญหา เพื่อเอาชนะปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจิตเวช ตลอดจนพิสูจน์ให้เห็นถึงความสามารถและยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนบุคคลอื่นในสังคม

3.8.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง โดยการออกไปพบปะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับคนรอบข้าง ตลอดจนการติดต่อเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

3.9 หลักการในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดเพราะรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง (Kaewprom, 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งจิตเวช ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม การดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะพยาบาลต้องคำนึงถึงหลักการสำคัญในการดูแล (Farkas et al., 2005; เชษฐา แก้วพรม, 2555) ดังนี้

3.9.1 เน้นที่ความเป็นบุคคล (Person orientation) เป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการยอมรับในฐานะ “บุคคล” สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ใช่แค่การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเท่านั้น การดูแลจะต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่ความต้องการที่เกิดจากการประเมินของบุคลากรวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

3.9.2 เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล (Person involvement) เป็นการดูแลที่เน้นการเป็นพันธมิตรร่วมในการบำบัดรักษา (therapeutic alliance) ไม่ใช่คนป่วยที่ต้องพึ่งพาและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ผู้ให้การดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างตรงไปตรงมา รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในกระบวนการดูแลรักษาตนเองด้วย ไม่ใช่กระบวนการรักษาทุกอย่างขึ้นกับผู้ให้บริการเท่านั้น

3.9.3 เน้นการตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self determination) เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด การดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการตัดสินใจในบางครั้งจะก่อให้เกิดผลเสียบ้าง แต่ผู้ให้บริการก็ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ได้ทดลองปฏิบัติ (taking risk) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในภายหลัง เพราะไม่ว่าผลของการทดลองปฏิบัติจะดีต่อสุขภาพของตนเองหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดการเรียนรู้เกิดขึ้นเสมอ

3.9.4 เน้นศักยภาพของบุคคล (Growth potential) เป็นการดูแลที่ไม่เน้นการควบคุมเพียงแค่อาการของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านอื่นของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี ความเชื่อของผู้ให้บริการตามแนวคิดนี้เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะดูแลตนเองเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการค้นหาข้อดีและจุดอ่อนที่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยส่งเสริมให้ใช้ข้อดีที่มีอยู่ต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป

การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะสามารถนำไปใช้ในการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตเวชในทุกๆระยะการเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่เป็นผู้ที่อยู่ในระยะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น (McKenna et al., 2014; McLoughlin et al., 2013; Roe and Swarbrick, 2007) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McLoughlin et al. (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวช เพศหญิง จบปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ย 44.7 ปี อายุงานเฉลี่ย 19 ปี ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 15 ปี ส่วนใหญ่อยู่หน่วยงานด้านจิตเวชผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้มีปัญหาการกินที่ผิดปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของการดูแลตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery-oriented care) ข้อศึกษาเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมและฝึกทักษะตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของการศึกษาที่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่ผู้ป่วยจิตเวชระยะ

เฉียบพลัน พบว่าพยาบาลสามารถใช้ระบบการฟื้นคืนสู่สภาวะกับผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันได้ ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูเท่านั้นและเมื่อพิจารณาด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ เพราะการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันย่อมเป็นไปได้ยากกว่าผู้ป่วยที่อาการทางจิตดี

สรุป การฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแนวคิดที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีจากการมุ่งเน้นด้านชีวการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตเพราะการดูแลตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะดูแลเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพแต่ละบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เป็นเรื้อรังและรักษาไม่หาย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในทุกๆ ด้าน

3.10 รูปแบบการฟื้นคืนสู่สภาวะตามแนวคิด Copeland (2002)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคลระบุแยกความแตกต่างที่สำคัญระหว่างประสบการณ์ส่วนตัวต่อโรคจิตเวชกับตัวโรคจิตเวชเองและผลตามมาที่สำคัญจากการมุ่งสู่ความสนใจหลักไปที่ตัวบุคคลไม่ใช่ตัวโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับโรคจิตเวช การผสมผสานประสบการณ์เข้าไปในอัตลักษณ์โดยรวมของตนเองเพื่อเป็นก้าวสำคัญในการเดินทางสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะไม่มีบุคคลอื่นสามารถทำแทนให้ได้ การประเมินจึงต้องทำงานร่วมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยพัฒนาจำกัดความของตนเอง ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีความสามารถในการรับมือและปรับตัวกับผลกระทบดังกล่าวจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ เพื่อเป้าหมายที่สำคัญตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาบุคคลให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Copeland, 2002) โดยมีปัจจัยที่สำคัญทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ดังนี้

3.10.1 การศึกษา (Education) เป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึก การกระทำอย่างถาวร และเพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการศึกษายังมุ่งให้ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเองสามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตเพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ดีเกี่ยวกับทุกด้านของคุณภาพชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาความหวัง การตัดสินใจด้วยตนเองและความรับผิดชอบตนเองในการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Copeland, 2002; Slade et al., 2014) ประกอบด้วย ดังนี้

1) เสริมสร้างการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย เป็นจุดสำคัญในการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะ เพราะช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ

ตัวเองและไม่ตระหนักกับความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงในการเสริมสร้างการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยไม่ได้จบแค่นั้นแนวทางการฟื้นคืนสู่สุขภาพะยังมีแนวโน้มที่จะปลดปล่อยจากความคาดหวังที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น การวินิจฉัยบุคคลคนนี้ รักษาโรคนี้ รักษาคนไข้คนนี้ให้หาย จัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ แยกความเป็ยงเบนออกจากสังคม การมุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาพะก็เพื่อเสริมสร้างการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของบุคคล

2) พัฒนาความรู้ความสามารถ เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริงของการเจ็บป่วยและเข้าใจเหตุผลของการรักษา ช่วยให้เรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ถ้าบุคคลนั้นมีความบกพร่องในกระบวนการคิดและเขาวนปัญญาจะส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีเป้าหมายให้เกิดการตัดสินใจแทนผู้ป่วยน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยการมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถทำให้กระบวนการตัดสินใจ

3) ส่งเสริมความรู้การได้รับการรักษาด้วยยา การได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมช่วยสนับสนุนกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะของบุคคลเป็นไปด้วยดี เพราะอาการดีขึ้นผลข้างเคียงของยาน้อยจะสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ช่วยให้ทำกิจกรรมตามแผนที่วางปฏิบัติต่างๆ ได้ดีขึ้น

4) ช่วยให้บุคคลเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะการดำเนินโรคมีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เช่น บุคคลที่มีอาการทางจิตรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะฟื้นคืนสู่สุขภาพะได้ช้า โดยเฉพาะบุคคลที่มีอาการทางลบจะฟื้นคืนสู่สุขภาพะได้ช้ากว่าอาการทางบวก

3.10.2 ความหวัง (Hope) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะของบุคคล โดยความหวังนำไปสู่การฟื้นฟูระดับพื้นฐานของแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เป้าหมายที่สำคัญคือการรับรู้และยอมรับว่าตนเองมีปัญหา มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นไปที่จุดแข็งหรือความเป็นไปได้มากกว่าจุดอ่อน ซึ่งความหวังจึงเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลและสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นการคาดการณ์ในทางบวกต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ความหวังยังเป็นพลังภายในของบุคคลที่ช่วยให้ปรับตัว เพื่อช่วยให้ชีวิตมีสุขภาพดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สิ่งสำคัญความหวังมีผลต่อการรักษาที่ช่วยปกป้องความเสื่อมด้านร่างกาย จิตใจและช่วยส่งเสริมการปรับตัวให้เข้ากับสังคม (Herth, 1990; Miller, 2007 Sahrnk et al., 2014)

นอกจากนี้ ความหวังเป็นสภาวะของจิตใจที่ได้ในการกระตุ้นจรมีพลังทางบวกในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นเป้าหมายในอนาคตตามความต้องการของตนเอง (Cutcliffe and Herth, 2002) โดยตั้งอยู่บนสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น ที่ช่วยให้เกิดกระบวนการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองประกอบด้วย พลังความตั้งใจและพลังแห่งการกำหนดแนวทางเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของความคิดที่มีเป้าหมาย (Goal-directed) เพื่อให้เดินทางไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (Snyder, 1995) ดังนี้

1) เป้าหมาย คือ อะไรก็ตามที่บุคคลนั้นปรารถนาหรือต้องการให้เกิดขึ้น เป็นทั้งมีการวาง เป้าหมายที่เหมาะสมนั้นต้องไม่ง่ายหรือยากเกินไปที่เหมาะสม คือ มีความยากในระดับปานกลาง เพื่อให้สามารถวางแผนการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายนั้นได้

2) การวางแผนสู่เป้าหมาย เป็นการรับรู้ความสามารถตนเองของบุคคลในการวางแผนพัฒนาวิธีการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยมีแนวคิดว่าคุณจะวางแผนสู่เป้าหมายของตนเองได้ เมื่อคุณค่านั้นค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้แล้ว และวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น

3) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ เป็นความคิดทางบวกต่อตนเองเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้สู่เป้าหมาย รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง เช่น บอกตัวเองว่า “ฉันสามารถทำได้” หรือ “ฉันจะไม่หยุดทำ”

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าความหวังเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคลที่ช่วยส่งเสริมให้การฟื้นคืนสู่สุขภาพ มุ่งเน้นตัวบุคคลและเป้าหมายที่เลือกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและคุณภาพชีวิตที่ดี (Buchanon-Barker and Barker, 2008) การศึกษา Slade et al. (2014) พบว่าความหวังช่วยส่งเสริมและสนับสนุนความรับผิดชอบต่อบุคคลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ประกอบด้วย ความหวัง บุคคลและความรับผิดชอบของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Copeland (2002) พบว่าความหวังและความรับผิดชอบของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพราะช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึงการช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย

3.10.3 การกำกับตนเอง (Self Advocacy) เป็นกระบวนการที่สื่อสารระหว่างบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการต้องการและได้รับการสนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพและการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Copeland, 2002; Slade et al., 2014) รายละเอียดดังนี้

1) เชื่อมมั่นในตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นต่อความคิดและการตัดสินใจเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพตามที่ตนเองวางแผนไว้

2) รู้สิทธิของตนเอง เป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความรู้และข้อมูลสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพรวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในแนวทางการจัดการตามการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง

3) ตัดสินใจในเลือกในสิ่งที่ต้องการ เน้นการสนับสนุนให้บุคคลเลือกตัดสินใจเดินทางสู่ชีวิตที่มีความหมายและทำบทบาทที่มีคุณค่าเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง

4) รับข้อมูลข่าวสารที่แท้จริง ให้ข้อมูลข่าวสารแนวทางที่เหมาะสมช่วยพัฒนาและสนับสนุนการจัดการตามแผนการดูแลของตนเองที่วางไว้

5) มีวิธีการวางแผนฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เป็นการสนับสนุนให้เกิดความหวัง การเสริมพลังในการรับผิดชอบต่อตนเองและการเน้นความเป็นบุคคลคนหนึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค

6) รวบรวมการสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ของบุคคลที่ช่วยพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพะที่ตนเองกำกับไว้

7) ความพยายามที่จะไปถึงเป้าหมาย โดยการกำหนดตามวิธีการดำเนินชีวิต และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่น

8) แสดงตนเองอย่างชัดเจน เป็นการสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติตามแผน ที่วางไว้

9) ยืนยันตนเองตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เพื่อเอาชนะปัญหาที่เป็น ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ตลอดจนพิสูจน์ให้สังคมเห็นถึงความสามารถและยอมรับ ในฐานะบุคคลเหมือนบุคคลอื่นในสังคม

10) แน่วแน่และอดทนปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เพื่อให้เกิด กระบวนการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของตนเอง เกิดแรงผลักดันต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ

3.10.4 การสนับสนุน (support) เป็นความคิดหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการ ได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรัก ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรใน ทีมสุขภาพในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Schaefer, Colyne and Lazarus, 1981; Copeland, 2002; Slade et al., 2014)

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นความคิดหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย มีที่พึ่งที่รับฟังข้อคิดเห็นและให้ความเคารพยกย่องจากบุคคล ในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคลากรในทีมสุขภาพขณะที่อยู่ในชุมชน

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นความคิดหรือการรับรู้บุคคลต่อการ ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาดูแลตนเอง

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นความคิดหรือการรับรู้แต่ละบุคคลต่อ การได้รับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น การอำนวยความสะดวกรวมทั้งการ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขณะอยู่ในชุมชน

3.10.5 ความรับผิดชอบของบุคคล (Personal Responsibility) การรับรู้ตนเอง ในฐานะและบทบาทของตนที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องดำรงตนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเลือกการดูแลสุขภาพะของตนเองและยอมรับผลการกระทำของตนเองทั้งที่เป็นผลดีและ

ผลเสีย ดังนั้นการพัฒนาให้บุคคลมีความรับผิดชอบในตนเองด้วยการสนับสนุนให้สามารถตัดสินใจ และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เป้าหมายเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวชตลอดจนสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม

การศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่ศึกษาประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้หญิงไทยวัยกลางคนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าการคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการที่ค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเองในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดหลักในการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากความซึมเศร้าโดยแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1) การอธิบายสาเหตุของความซึมเศร้า ในรูปแบบการเกิดความซึมเศร้าในลักษณะกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นสิ่งสำคัญในชีวิตและประเมินตัดสินใจการกระทำที่เป็นสิ่งสำคัญในชีวิตทางลบ

2) การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า ประกอบด้วย การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือและการไตร่ตรองพิจารณาตนเอง

3) การฟื้นคืนสู่สุขภาพจากความซึมเศร้า ประกอบด้วย การคลี่คลายปัญหาและการเจริญเติบโตของตนเอง ในช่วงนี้เป็นช่วงที่ฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง และกลับมาเป็นบุคคลใหม่ที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยในช่วงนี้จะพบว่ามีการคืนความสำคัญให้ตนเอง (Self-regaining) เป็นกระบวนการที่ค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การให้ความหมายความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่และการควบคุมชีวิตของตนเอง

สรุป แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นแนวคิดที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ความรับผิดชอบต่อตนเองของบุคคล รวมถึงเน้นศักยภาพของบุคคลด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การศึกษา การมีความหวัง การกำกับตนเองการสนับสนุนและการรับผิดชอบต่อตนเองสามารถเชื่อมโยงกันในรูปแบบของการพัฒนากิจกรรมเพื่อช่วยพัฒนาขีดความสามารถในการอยู่ได้ด้วยตนเอง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งที่จะดำเนินการต่อไปนี้จะช่วยให้ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้ โดยองค์ประกอบต่างๆของแนวคิดสามารถผสมผสานเชื่อมโยงให้มีลักษณะเป็นผลต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การช่วยให้ประสบความสำเร็จได้นั้นต้องมีองค์ประกอบหลายส่วนที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมั่นใจ หลักสำคัญเริ่มแรกคือบุคคลจะต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจึงจะสามารถพัฒนามุ่งสู่ความหวังของบุคคลได้ จนพัฒนาสู่แผนการจัดการสุขภาพตนเองที่ต้องใช้การกำกับตนเองและได้รับการสนับสนุนที่ตีรวมทั้งคงอยู่ต่อเนื่องด้วยการรับผิดชอบต่อตนเอง กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพจึงเป็นการสรุปลงองค์ความรู้มาจากระบบการรับรู้ตรงตามการรับรู้ของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นวิธีการที่จะทำให้หายจากการ

เจ็บป่วยซึ่งเป้าหมายของการหายไม่ได้หวังเพียงแต่ให้อาการลดลงเท่านั้น แต่ประกอบไปด้วยกระบวนการเยียวยารักษาเพื่อสร้างชีวิตใหม่ด้วยตัวเองทั้งที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3.11 บทบาทของพยาบาลกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่ได้มีการปรับเปลี่ยนจากการควบคุมอาการของโรคหรือลดอาการทางจิตไปสู่การส่งเสริมกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery process) เพื่อให้เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามแนวคิดเรื่องกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับพยาบาลจิตเวชไทย ถึงแม้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคทางจิตเวชให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังมีจิตใจที่เข้มแข็ง รู้จักตัดสินใจและรับผิดชอบดูแลตนเองเพื่ออยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถพัฒนาตนเองให้สังคมยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนกับคนอื่น (Kaewprom, 2011) โดยพยาบาลจิตเวชเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากและดูแลใกล้ชิดรวมถึงการให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงเป็นบุคคลให้การดูแลและสามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเน้นที่การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เป็นเรื้อรังและรักษาไม่หาย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการรับมือและปรับตัวกับผลกระทบดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ การพยาบาลตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาความหวัง การตัดสินใจด้วยตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเองในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคล (Farkas et al., 2005; เชษฐา แก้วพรม, 2555) การที่ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองได้ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ดังนี้

3.11.1 เสริมสร้างความหวัง เนื่องจากความหวังเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพราะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึงการช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย

3.11.2 ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะการดำเนินโรคมีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ช้า โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่แสดงอาการทางบวก

3.11.3 เสริมสร้างการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย เป็นจุดสำคัญในการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และไม่ตระหนกกับความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วย

3.11.4 ส่งเสริมการได้รับการรักษาด้วยยา การได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมช่วยสนับสนุนกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลเป็นไปได้อย่างดี หากอาการทางจิตสงบผลข้างเคียงของยาน้อย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

3.11.5 พัฒนาความรู้ความสามารถ เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจความเป็นจริงของการเจ็บป่วยและเข้าใจเหตุผลของการรักษา เรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความบกพร่องในกระบวนการคิดและเชาวน์ปัญญาจะส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง

3.11.6 การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ส่งผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความแตกต่างไปจากคนอื่นสิ่งเหล่านี้ไม่สนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ดังนั้นบทบาทพยาบาลจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาของ McCann (2002) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสนับสนุนให้เกิดความหวังของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพยาบาลจิตเวชต้องให้ความสำคัญสำหรับการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังเพราะการมีความหวังจะช่วยให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แม้ว่าความหวังไม่สามารถปลูกฝังได้แต่สามารถสนับสนุนและเสริมสร้างได้ โดยต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาลจิตเวชเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

การศึกษาของ Kaewprom, Curtis and Deane (2009) เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ บทบาทของพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาล และเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช จำนวน 24 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทางกายและพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในชุมชนและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาพร้อม (Thematic analysis) พบว่า แนวคิดชีววิทยาทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของพยาบาลและต่อกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลต่อบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท มีข้อเสนอแนะจากการวิจัยว่าพยาบาลจิตเวชควรมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพแบบบูรณาการ (Recovery orientation) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาในตัวเอง ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตและการเจ็บป่วย

การศึกษาของ Kaewprom (2011) ที่ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาล เพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความเข้าใจและการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากโรคจิตเภทและศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากโรคจิตเภทสอดคล้องกับรูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างไร พบว่าการรับรู้และการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับรูปแบบการแพทย์มากที่สุด และพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติด้านการพยาบาลเรื่องการฟื้นคืนสู่สุขภาพระดับน้อย ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติทางการพยาบาลสอดคล้องกับรูปแบบทางการแพทย์มากกว่ารูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

4. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ระดับปานกลาง (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณະไชย, และสุบิน สมิน้อย, 2555) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Mercier et al., 1998) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในระยะเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่มีอาการทางลบ (Barry and Crosby, 1996) เมื่อเกิดอาการทางจิตกำเริบจะสูญเสียบทบาทหน้าที่ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับบุคคลอื่นลดลง พร่องทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลงตลอดจนถึงหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนด้านจิตใจ เกิดความเครียด อาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ (Linstrom and Bingfors, 2000; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ซึ่งการเจ็บป่วยซ้ำในแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994)

การที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้นนั้น ต้องหาแนวทางให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย โดยมีองค์ประกอบสำคัญเป็นปัจจัยภายในบุคคลคือ ความหวัง สร้างพลังใจให้เกิดการควบคุมกำกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนและมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกให้เกิดการสนับสนุนการดูแลโดยผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่กำกับดูแลตนเองได้ ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและต่อเนื่อง แนวทางที่เหมาะสมคือ การทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้องในสุขภาพของตนเองได้ (Jacobson and Greenley, 2001; Stotland, Mtatison, and Bergeson, 2008; Kaewprom, 2011; Kidd, Kenny, and McKinstry, 2015)


ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวตามแนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยของ WHOQOL Group (1996) เพื่ออธิบายโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การศึกษา ความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุน และความรับผิดชอบต่อตนเอง โดยมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นต่อสร้างพลังใจในตนเองและเกิดแรงจูงใจภายในและการกำกับตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Hasson-Ohayon et al., 2009; Sahrnk et al., 2014) การพัฒนาโปรแกรมผู้ป่วยโรคจิตเวชจากประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สุขภาพทำให้ส่งผลต่อความหวังและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวดำเนินการ 8 ครั้ง ทุก 1 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลคุณภาพชีวิตภายหลังในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อไม่ให้กระทบกับจำนวนวันนอนในการรักษาและเข้ากับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย


การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยในและดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินกลุ่มแบบวันเว้นวัน ครั้งละ 60-90 นาที ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ติดตามผลลัพธ์คุณภาพชีวิตหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 เนื้อหาสาระตามแนวคิดดังกล่าวได้นำมาประยุกต์ใช้ครอบคลุมในโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยกำหนดกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปรูปการพัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002)	คำอธิบายแนวคิด	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
ปัจจัยที่ 1 การศึกษา (Education)	อธิบายถึงแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยส่งเสริมการเรียนรู้ และให้เข้าใจความเป็นจริงของการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเหตุผลของการรักษา ยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้ความสามารถที่จะออกแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้	กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพและกิจกรรม รู้จักตัวตน รู้จักชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่ผ่านมา การอยู่ร่วมกับความจริงช่วยให้เกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วย ตลอดจนยอมรับ

แนวคิดการฟื้นคืน สู่สุขภาพของ Copeland (2002)	คำอธิบายแนวคิด	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
		และเห็นความจำเป็นที่จะดูแลตนเอง เพื่อต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วยให้ สามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมในสังคม ได้ (จินตรา อีระสมบูรณ์, 2543; Copeland, 2002; Slade et al., 2014)
ปัจจัยที่ 2 ความหวัง (Hope)	เป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ ความรู้สึก และการแสดงออก ของบุคคลซึ่งเป็นการคาดการณ์ใน ทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความหวังยังเป็นพลังภายในของ บุคคลที่ช่วยให้ปรับตัว โดยมุ่งเน้นไป ที่จุดแข็งหรือความเป็นไปได้มากกว่า จุดอ่อนจะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่ จะเปลี่ยน แปลงตัวเองเพื่อจะได้มี ชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย	กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและ เป้าหมายชีวิต กิจกรรมประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การวางแผนสู่ เป้าหมาย และ 3) การสร้างแรงจูงใจใน การปฏิบัติโดยเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของ ตนเอง วิธีการเผชิญและรับมือเมื่อเจอ ปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรคจิต เภทที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการใช้ ปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตที่มีต่อการ เจ็บป่วย วางแผนเป้าหมายใหม่และ รวมถึงการร่วมแลกเปลี่ยนทักษะความรู้ ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการการ ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ต่อไป (Herth, 1990; Snyder, 1995; Miller, 2007; Sahrank et al., 2014)
ปัจจัยที่ 3 การ กำกับตนเอง (Self advocacy)	เป็นแผนการดูแลสุขภาพประจำวัน ของตนเอง เพื่อใช้ในการประเมิน และปกป้องควบคุมการกำกับทาง อารมณ์และร่างกาย รวมถึงแผนการ	กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการกับ ตัวกระตุ้น เป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วย วางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณ เตือน (Copeland, 2002; Slade et

แนวคิดการฟื้นคืน สู่สุขภาพของ Copeland (2002)	คำอธิบายแนวคิด	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	<p>สำหรับการรับรู้และการตอบสนอง ต่อสิ่งกระตุ้นอาการทางจิตเพื่อ ป้องกันวิกฤต อาการเตือนและ วิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ได้</p> 	<p>al., 2014) กิจกรรมนี้ให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้เข้าใจและเรียนรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้น สัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเองและ สามารถสร้างแผนการจัดการตนเอง เมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนของ ตนเองได้ ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยร่วม แลกเปลี่ยนสัญญาณเตือนของตนเอง ได้แก่ อาหารหิวแหว่ ภาพหลอน ไม่นอน เป็นต้น มีสาเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร มี วิธีการรับมือกับสัญญาณเตือนของ ตนเองอย่างไรรวมทั้งได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวกระตุ้น ได้แก่ การขาดยา ใช้สุราและสารเสพติด เป็นต้น มีสาเหตุใดที่เป็นตัว กระตุ้นที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและ อาการทางจิตที่กำลังกำเริบของตนเองได้ รวมทั้งผู้ป่วยร่วมวางแผนการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบนั้น ขึ้น</p>
<p>ปัจจัยที่ 3 การ กำกับตนเอง (Self advocacy)</p>	<p>เป็นการวางแผนและสร้างแผนวิกฤต โดยระบุสัญญาณของภาวะวิกฤตที่ กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง และ วางแผนที่ขอรับการสนับสนุนและขอ ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว และสามารถคงไว้ซึ่งการสนับสนุน หลังเกิดภาวะวิกฤตเพื่อป้องกันการ กำเริบซ้ำของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะ วิกฤตของตน โดยให้ผู้ป่วยจัดทำคู่มือที่ มีการวางแผนและสร้างแผนเกี่ยวกับ ภาวะวิกฤตของตนเองได้ในผู้ป่วยแต่ละ ราย ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภาวะวิกฤตของตนเอง เช่น เมื่อเกิด อาการทางจิตที่กำลังกำเริบ มีวิธีการจัดการ และเผชิญปัญหานั้นอย่างไร ขอความ</p>

แนวคิดการฟื้นคืน สู่สุขภาพของ Copeland (2002)	คำอธิบายแนวคิด	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
		<p>ช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนใดได้บ้าง ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้กระบวนการจัดการกับภาวะวิกฤตได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง และมีการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การตัดสินใจฝึกทักษะการตัดสินใจอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ และรับมือภาวะวิกฤตของตนเองได้เหมาะสม</p>
<p>ปัจจัยที่ 4 การสนับสนุน (support)</p>	<p>มีการค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้รู้จักและเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุน โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพ เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล ความรู้และแหล่งสนับสนุนทางทรัพยากร</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแต่หากเกินกำลังความสามารถผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งสำคัญของบุคคลในสังคมได้ (Caron et al., 1998; วัลย์พร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558)</p>

แนวคิดการฟื้นคืน สู่สภาวะของ Copeland (2002)	คำอธิบายแนวคิด	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
ปัจจัยที่ 5 ความ รับผิดชอบต่อ ตนเอง (Personal responsibility)	การพัฒนาความรับผิดชอบในตนเอง ด้วยการเน้นความเป็นบุคคล สนับสนุนให้มีส่วนร่วม ต่อ ความสามารถตัดสินใจ และ รับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อให้ สามารถอยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวช ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นใน สังคม	กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการ ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการ กำกับและรับผิดชอบต่อตนเองให้ปฏิบัติ ตามแผนการฟื้นคืนสภาวะที่วางไว้ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เช่น แผนการรับประทานยา การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การจัดการปัญหาการ ใช้สุราหรือสารเสพติดของตน และ แผนพัฒนาทักษะการสื่อสารและการ ควบคุมอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งเป็นแผนการ ดูแลสุขภาพดีต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่การมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 การศึกษาวิจัยในประเทศไทย

วัลย์พร สุวรรณบุรณ และคณะ (2558) ศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 24 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 12 ราย ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของThe Maryland Psychiatric Research Center by Heinrichs, Hanlon, and Carpenter (1984) โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวผสมผสานกับแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาโลม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 6 สัปดาห์ และผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รูปแบบแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการบำบัดกลุ่มช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นิภา ยิ้มเฟื่อง และปภาจิต บุตรสุวรรณ (2558) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่ การฟื้นคืนสู่สุขภาพของหอผู้ป่วยพิเศษชาย: รายงานผู้ป่วย 3 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่สุขภาพและเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแนว ทางการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในชีวิต เส้นทางสู่เป้าหมายและกิจกรรมในแต่ละ วันด้วยตนเอง ติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายเป็นระยะคือ สัปดาห์ที่ 1, 3, 4 และทุก 1 เดือนจน ครบ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไปโพลาร์ 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 3 ครั้ง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทำงานได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยจิตเภทสามารถ เรียนต่อได้และกำลังจะจบปริญญาตรีในปีนี้ รายที่ 3 เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดสามารถเรียนต่อ การศึกษานอกโรงเรียนจนจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวช่วยพ่อแม่ทำงานได้ ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สรุปแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถนำมาใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชได้เป็นแนวทางในการบำบัดและส่งเสริมความสามารถโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตทำ ให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทีมผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ปติดา ภาณุพิศุทธิ์ และคณะ (2559) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่มีต่อความหวังและคุณภาพชีวิต พบว่าโปรแกรมสู่ การฟื้นคืนสู่สุขภาพ ลักษณะของโปรแกรมเป็นการดำเนินการโดยกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์จาก โรคทางจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความสามารถในการดำเนินการตามโปรแกรมได้ โปรแกรม ประกอบด้วยเป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพและแผนในการดำเนินการเพื่อให้คืนสู่สุขภาพที่ดี (Copeland, 2002) จากผลการสืบค้นข้อมูล การคัดกรองงานวิจัยการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด 9 การศึกษาและการศึกษาทั้งหมดไม่สามารถรวมกันได้ เนื่องจาก ลักษณะโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้วัดความหวังและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน จึงเสนอในรูปแบบ สรุปความดังนี้ 1) โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตและหรือความหวังของผู้อยู่กับโรค ทางจิตเวช มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบโปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ โปรแกรมการ จัดการความเจ็บป่วย (IMR) และรูปแบบการดำเนินการโดยผู้อยู่กับโรคจิตเวช เช่น โปรแกรมแผนสู่ การฟื้นคืนสู่สุขภาพ (WRAP) โปรแกรมการเสริมสร้างความฝันและเป้าหมายส่วนบุคคลสู่การฟื้นคืน สู่สุขภาพ (BRIDGS) โปรแกรมแบบฝึกหัดสู่การหายดี (Recovery Up to You) 2) ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลผู้อยู่กับโรค ผลที่เกิดจากการ เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีความหวังแต่คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษา ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่สำรวจ การรับรู้ของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย (Kaewprom, 2011) พบว่าพยาบาลจิตเวชไทยให้การ พยาบาลที่มุ่งเน้นรูปแบบทางการแพทย์มากกว่ารูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ จึงทำให้ไม่พบงานวิจัย ที่เป็นโปรแกรมการพยาบาลหรือโปรแกรมการดูแลที่ใช้แนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว

5.2 การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ

Nick (2006) ศึกษาการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยการใช้วิธีกลุ่มบำบัดโดยศึกษาแบบย้อนหลัง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1950-1991 เกี่ยวกับการรักษาในรูปแบบกลุ่มบำบัด ทั้งหมดจำนวน 57 กลุ่มบำบัด ผลการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดมีผลการบำบัดดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Färdig et al. (2011) ศึกษาการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชผ่านรูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รูปแบบโปรแกรมกลุ่มดำเนินการโดยบุคลากรหรือ Professional support จำนวน 40 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3-4 คน ครั้งละ 1 ชั่วโมง/ครั้ง กลุ่มทดลองจำนวน 12 คน กลุ่มควบคุมที่รอเข้าโปรแกรมการจัดการต่อความเจ็บป่วยและการดูแลตามปกติจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

Cook et al. (2012) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวัง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเวชตามแนวคิดของ Copeland (2002) เป็นโปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพรูปแบบโปรแกรมกลุ่มดำเนินการโดยผู้อยู่กับโรคจิตเวชหรือ peer support โดยกลุ่มทดลองจำนวน 276 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภท โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 8 ครั้ง ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความหวัง (HS) ดีกว่ากลุ่มควบคุม

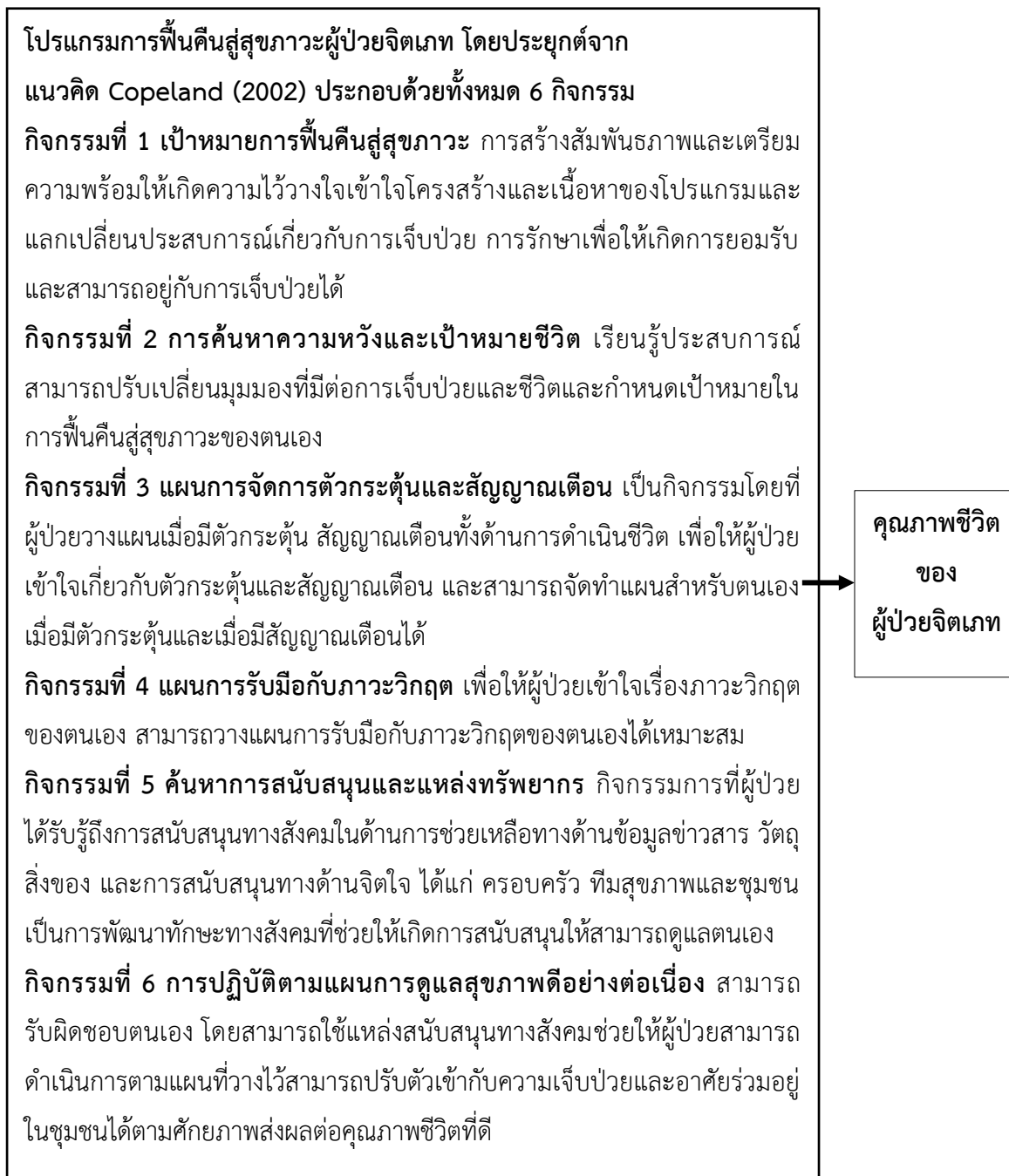
Jonikas et al. (2013) ศึกษาการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชผ่านรูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นโปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพรูปแบบโปรแกรมกลุ่มดำเนินการโดยผู้อยู่กับโรคจิตเวชหรือ peer support โดยกลุ่มทดลองจำนวน 251 คน กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวนที่เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) และความหวัง (HS) ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและติดตามผลใน 6 เดือน ผลที่เกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถความคุมอาการทางจิตรวมถึงการได้รับการสนับสนุนต่อการเจ็บป่วยด้วยตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Salyers et al. (2014) ศึกษาการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชผ่านรูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รูปแบบโปรแกรมกลุ่มดำเนินการโดยบุคลากรหรือ Professional support โดยกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม Problem Solving ลักษณะเป็นกลุ่มสนับสนุนให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาในกลุ่ม ไม่มีโครงสร้างชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายและไม่มีการบ้าน ผลของการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ในส่วนของความหวังกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าอยู่ในระดับไม่ดีถึงปานกลาง ส่งผลต่อทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้อาการทางจิตแยกลงตลอดจนถึงหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพะบุคคลตามแนวคิดของ Copeland (2002) กล่าวถึงการศึกษา ความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและความรับผิดชอบต่อตนเอง ช่วยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกรวิธการดูแลตนเองและลงมือทำตามวิธีที่ตนเองเลือก รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงได้นำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะของ Copeland (2002) ช่วยให้เกิดความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนจำหน่ายและมีปฏิสัมพันธ์ให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมทำหน้าที่กำกับการดูแลตนเองได้ ช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและต่อเนื่องซึ่งแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ : โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตัวแปรตาม : คุณภาพชีวิต

การออกแบบการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยใช้แบบแผนการทดลอง ดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

โดยกำหนดให้

O₁ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

O₂ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

X หมายถึง โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

O₃ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0-F20.9) โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 20-59 ปี ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง

เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการประเมินอาการทางจิต BPRS ตามแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
- 2) มีระดับคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ (1996) ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2545) ที่มีค่าคะแนน 26-95 คะแนน
- 3) มีประวัติเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคฉีกขาด เป็นต้น
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9 จากการนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาเรื่อง Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong ของ Winnie et al. (2016) นำมาใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 17 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน (ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย) กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random sampling) ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ทั้ง 2 กลุ่มให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอรริยะ, 2552; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ โดยเพศหญิงจะมีความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเพศชาย ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wotyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย เนื่องจาก การเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จำเป็นต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการป่วยซ้ำในแต่ละครั้ง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองต่อความ ต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; Makara-Studzinska, Wotyniak and Partyka, 2011)

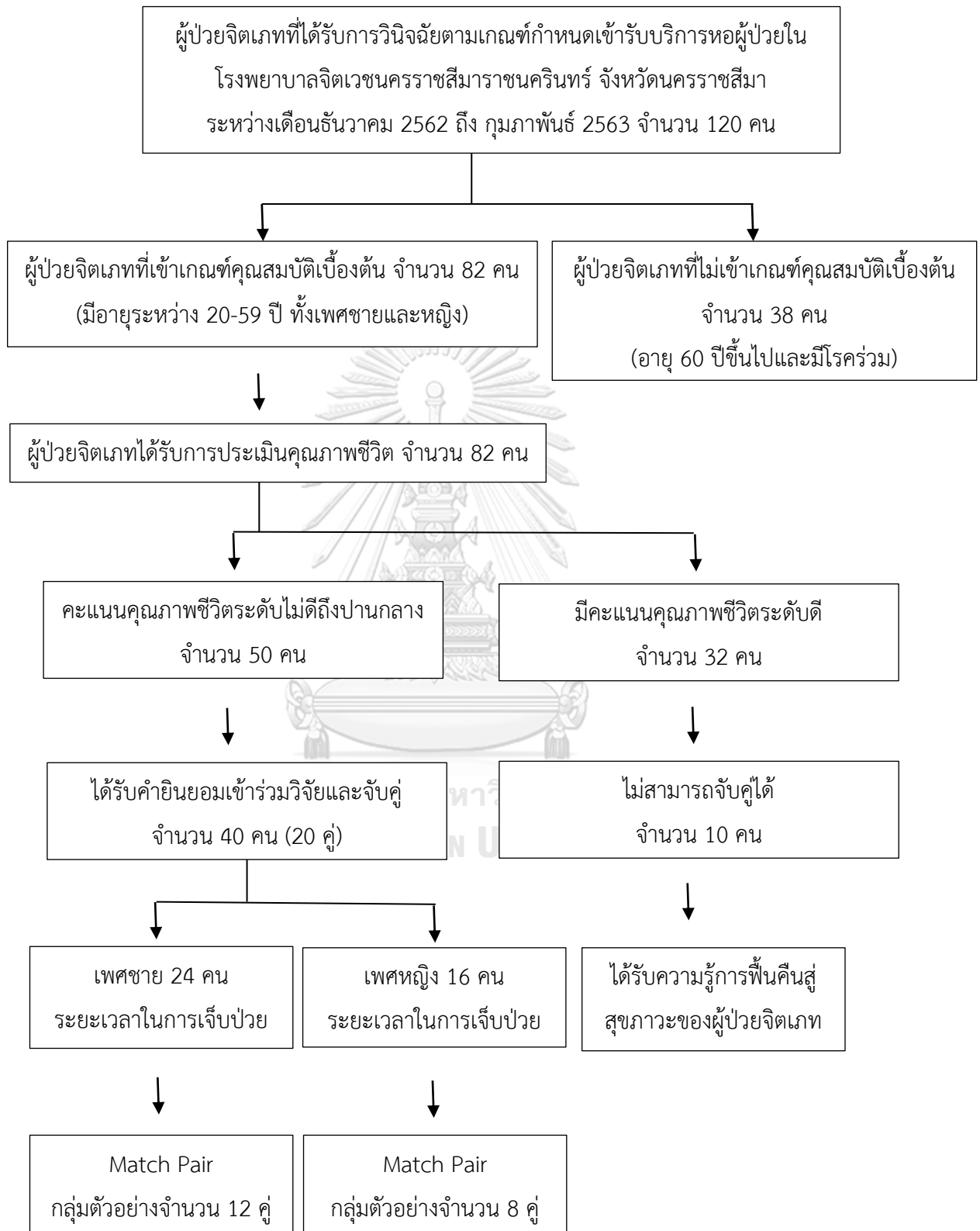
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน และหัวหน้าฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนหอผู้ป่วยใน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติในช่วงเวลาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 120 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้น คือ อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 82 คน และไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 38 คน โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจำนวน 82 คน พบว่ามีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีถึงปานกลาง จำนวน 50 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 40 คน

2) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้และให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยทำการควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันอย่างมากที่สุด คือ เพศ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wotyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรีและกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; Makara-Studzinska, Wotyniak and Partyka, 2011) โดยแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วย ได้แก่ ช่วง 2-5 ปี ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีปัญหาของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ความบกพร่องนี้อาจประกอบไปด้วยการแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป มีปัญหาด้านอารมณ์ การสื่อสาร ความนึกคิด สุขนิสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและ และช่วง 6-10 ปี ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการชัดเจน ส่วนมากจะมีอาการด้านบวก การเจ็บป่วยร้อยละ 80 มีอาการกำเริบได้เป็นระยะๆ เมื่อถูกสภาวะการณ์ที่กดดันด้านจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่แย่งลงได้จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และได้กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ดังมีรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม แสดงตามภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion Criteria ดังนี้

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion Criteria



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษางานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้ขอความเห็นชอบและได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเรื่องนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ (เอกสารรับรองเลขที่ 001/2562 รหัสโครงการ 01-112562 อนุมัติเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 ในภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย) โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมทั้งเครื่องมือทุกชุดที่ใช้ในการวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองพร้อมสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ทั้งนี้ได้ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจากการวิจัยได้รับการปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งหากมีข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Copeland (2002) เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินการเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพและศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม โดยนำมากำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สร้างแผนกิจกรรมของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพตามแผนการสำหรับตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002) โดย

เนื้อหาของกลุ่มปรับมาจากแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ Wellness recovery action plan: WRAP ของ Copeland (2002) ซึ่งมีการพัฒนาต้นโปรแกรมผู้ป่วยโรคจิตเภทจากประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สุขภาพรวบรวมวิธีการต่างๆ ที่เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จ โปรแกรมเดิมดำเนินการ 8 ครั้ง ทุก 1 สัปดาห์ แต่เนื่องจากบริบทต่างกันเพราะนำมาใช้ในแผนกผู้ป่วยใน และดำเนินการกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวช จึงปรับการดำเนินการเป็น 6 ครั้ง ดำเนินการวันเว้นวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เกิดทบทับกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ จึงต้องมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างและเนื้อหาของโปรแกรมและเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง กำหนดเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง

สาระสำคัญ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการระบุนิสัยที่ไม่สบายใจดีและผลกระทบของการเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทยอมรับเข้าใจการเจ็บป่วย เกิดความตระหนักและกระตือรือร้นว่าตนเองต้องวางแผนและการดูแลสุขภาพอย่างไร เพิ่มความสามารถและสมรรถนะในการจัดการสุขภาพที่ดีของตนเอง สามารถตระหนักได้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยและสามารถหาแนวทางที่สมควรและดีที่สุดในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองรวมทั้งการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ประเมินผล

- 1) บอกภาวะสุขภาพของตนและผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภทได้
- 2) บอกถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองได้

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เพื่อค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต โดยความหวัง เป็นปัจจัยสำคัญของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักและยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

สาระสำคัญ ความหวัง (hope) เป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นสภาพจิตใจเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการตระหนักและยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย มีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นต่อสร้างพลังใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจภายในและการกำกับตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Hasson-Ohayon et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน นอกจากนี้ ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป

การค้นหาคความหวังและเป้าหมายชีวิต เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตในช่วงที่ยากลำบาก เช่น การฝ่าฟันกับปัญหาสุขภาพจิต การเสพติด ความรู้สึกสูญเสีย เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทสามารถผ่านอุปสรรคเหล่านั้นมาได้อย่างไร อยู่กับสิ่งนั้นได้อย่างไร และจะเดินหน้าต่อไปอย่างไรเพื่อเติมเต็มความฝันและเป้าหมาย ความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นกำลังใจให้เกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อชีวิตที่ดีขึ้น

ประเมินผล

สามารถกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพจิตของตน

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้น สัญญาณเตือนและจัดทำแผนสำหรับตนเองเมื่อมีเมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนได้

สาระสำคัญ ตัวกระตุ้น เป็นเหตุการณ์ภายนอกหรือภายในตนเองที่ทำให้เกิดอาการหรือปฏิกิริยาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายมาก ถ้ายังไม่ถูกแก้ไขอาจทำให้เกิดอาการมากขึ้นหรือทำให้รู้สึกแย่ลงได้ ตัวอย่างตัวกระตุ้น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ การสูญเสียส่วนบุคคล สิ่งของ การงาน การเรียน เป็นต้น หากผู้ป่วยรับรู้ตัวกระตุ้นของตนและวางแผนรับมือกับกับมันได้ เป็นการเพิ่มความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์และป้องกันการเกิดอาการขึ้นเฉียบพลันของตนเอง เรียนรู้และปรับปรุงแผนการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

สัญญาณเตือน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้น สัญญาณเตือนตั้งแต่ในระยะแรกๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น นอนหลับไม่สนิท ไม่มีสมาธิ ไม่อยากเจอใคร กลัว กังวลจนฟุ้งซ่าน เริ่มระแวงหรือมีเสียงแว่ว เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้อาการที่เป็นสัญญาณเตือนของตน จะช่วยให้ดำเนินการแก้ไขได้ก่อนที่อาการจะแย่ลงมากกว่าเดิม

ประเมินผล

- 1) บอกถึงสาเหตุ เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตนเองได้
- 2) กำหนดแผนการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตนเองได้

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเอง บอกแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิตประจำวันได้และสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้

สาระสำคัญ ภาวะวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพราะอาจเป็นช่วงที่ต้องถูกควบคุม การตระหนักเรื่องภาวะวิกฤตของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ การพัฒนาทักษะการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตของตนจำเป็นต้องให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำของโรคจิตเภทก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตของตน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางจัดการกับปัญหาได้ ช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกวิธี

จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะส่งผลต่อภาวะวิกฤตส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ได้เหมาะสม

ประเมินผล

มีแผนการดูแลตนเองด้านการจัดการภาวะวิกฤตและแนวทางการวางแผนรับมือกับภาวะวิกฤตนั้นได้

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร วัตถุประสงค์เพื่อให้รู้จักและเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ การเข้าใจและยอมรับในฐานะสมาชิกของชุมชน บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สาระสำคัญ การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น จะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง แต่หากเกินกำลังความสามารถของตนเองควรเรียนรู้ที่จะหาและใช้แหล่งสนับสนุนเป็น ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมรวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่ผู้ให้การสนับสนุนคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างจากผู้รับการสนับสนุน ซึ่งในที่นี้ก็คือการมีสุขภาพที่ดีสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้

การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายเพื่อจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้นั้น จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของคนที่เลือกและควบคุมชีวิตตนเองได้รวมถึงการสร้างกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตตนเองได้และเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้สนับสนุนว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี

ประเมินผล

- 1) บอกวิธีใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนอย่างเหมาะสม (ตามสถานการณ์)
- 2) บอกวิธีขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนได้

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องความรับผิดชอบต่อตนเองและเพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดำเนินการตามแผนที่วางไว้เมื่อได้รับการจำหน่ายสู่ชุมชนสามารถนำแผนการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปปฏิบัติได้

สาระสำคัญ การรับผิดชอบตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้เหมือนกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพในชีวิต หลายครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทมุ่งมั่นในความรับผิดชอบต่อตนเองนำแผนการดูแลสุขภาพดี ทั้งนี้หากการวางแผนเส้นทางฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนแล้วเกิดปัญหาและอุปสรรคไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ

ตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยจิตเภทอาจต้องการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบตนเองก็สามารถช่วยเหลือหรือสนับสนุนได้จนกว่าที่ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถดูแลตนเองได้อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจนถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ประเมินผล

มีแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพดีของตนเองตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของแผนกิจกรรมไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบหาความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นนำแผนกิจกรรมของโปรแกรมฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นด้วยกับแผนกิจกรรมของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแก้ไขเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับด้านภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพก่อนนำไปใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้ (Try out) นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อนำมาปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สร้างแบบสอบถามโดยมีข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัด

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เครื่องมือเป็นแบบประเมินที่สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (Subjective) เป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่กับบริบทวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมขึ้นอยู่กับการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีการใช้ เครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบได้ด้วยตนเอง ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .65 โดยเปรียบเทียบกับแบบวัด WHOQOL -100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด ได้แก่ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (Self-report objective) โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
- 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (ซึ่งไม่ได้อยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และข้อ 26

การให้คะแนน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อและกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

- ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน
- ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน
- ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน
- ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

- ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน
- ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
- ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน
- ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2545) ดังนี้

คะแนน 26 –60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
 คะแนน 61 –95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
 คะแนน 96 –130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
 สามารถแยกออกเป็นองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ได้พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84 โดยเปรียบเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ได้พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะตามเกณฑ์ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแต่ละด้านองค์ประกอบของเครื่องมือ พบว่าองค์ประกอบด้านร่างกาย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

สำหรับแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของ Hancock (2016) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 จำนวน 38 ข้อ ชุดย่อ ฉบับภาษาไทยของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) ผู้วิจัยได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือใหม่ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีองค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สภาวะ 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบ

- 1) การฟื้นคืนสู่สุขภาพทางด้านกายใจ ข้อ 1-6
- 2) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านบุคคล ข้อ 7-24
- 3) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านคลินิก ข้อ 25-31
- 4) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านสังคม ข้อ 32-38

โดยมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่แน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	1
ไม่จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	3
จริงแน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด	4

การแปลผล คะแนนฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนน ตั้งแต่ 38-152 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวม

คะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 38 –75 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ดี

คะแนน 76 –114 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพปานกลาง

คะแนน 114 –152 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดลองในกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการกำกับการทดลองทันทีโดยการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หลังการประเมินผลด้วยแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน มีจำนวน 7 คน ที่มีระดับคะแนนของการฟื้นคืนสู่สุขภาพดีขึ้นและกลุ่มทดลองจำนวน 13 คน ยังคงมีระดับของการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีอยู่จำนวน 11 คน และมีจำนวน 1 คน ซึ่งมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Hancock (2016) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากทั้งหมด 5 ท่าน ที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตาม

ผู้ทรงคุณวุฒิความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 มีค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Pilot and Beck, 2004) ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาใช้สูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

การวิจัยครั้งนี้ผลการตรวจสอบ พบว่าแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ .94 และผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเที่ยงเท่ากับ .93

ส่วนที่ 4 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.1 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) แปลฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละราย โดยแบบประเมินมีหัวข้อที่ใช้ในการประเมินทั้งหมด 18 ข้อ มีคำถามที่ประกอบด้วยตัวเลือกซึ่งเป็นลักษณะข้อคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1-7 โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ

คะแนน 2 หมายถึง สงสัยมีอาการอยู่บ้าง แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย

คะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง

คะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง

คะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง

คะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การแปลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-108 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ มีอาการทางจิตมาก หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการทางจิตน้อย หมายถึง คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนแบบประเมิน

อาการทางจิต (BPRS) เท่ากับหรือน้อยกว่า 36 คะแนน ใช้ประเมินอาการทางจิตจะต้องมีค่าคะแนนของ BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อย

4.2 แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินการทางจิตเพื่อใช้คัดเลือกเข้าสู่ระยะวางแผนเตรียมจำหน่าย โดยการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ค่าความตรงตามเกณฑ์เท่ากับ .79 โดยเทียบกับแบบวัด BPRS (บุพบรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และคณะ, 2550) การให้ค่าคะแนนข้อ 1.1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไปหรือจากพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่น ระบุว่า ไม่สงบ และข้อ 1.2 มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ ค่าคะแนนรวมน้อยกว่า 2 คะแนน ถือว่ามีระดับอาการทางจิตรุนแรงน้อย เกณฑ์ตั้งแต่ระดับ 1-5 โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ
- คะแนน 1 หมายถึง ปัญหาเล็กน้อย
- คะแนน 2 หมายถึง ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นชัด
- คะแนน 3 หมายถึง ปัญหารุนแรงปานกลาง
- คะแนน 4 หมายถึง ปัญหารุนแรงมาก

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้น ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้มีความรู้และมีสมรรถนะในการให้ความรู้โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ wellness recovery action plan: WRAP หรือ (Copeland, 2002) รวมทั้งหลักการสอน การจัดทำสื่อต่างๆ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 พัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้ป่วยจิตเภท คู่มือความรู้การฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้ป่วยจิตเภท ประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOOL-BREF-THAI)

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองในการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

1.5 ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อแนะนำตัวและทำการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แผนในการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.6 เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละตึกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ, คັນสนีย์ ประชุมศรีและกนกวรรณ บุญอริยะ, 2552; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011) โดยแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วย ได้แก่ 2-5 ปี และ 6-10 ปี เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และได้กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

1.9 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการ

พื่นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) และประเมินระดับคุณภาพชีวิตดังมีรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันจันทร์ พุธและศุกร์ ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

3) ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการได้เข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในครั้งที่ 6 ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) ประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของกลุ่มทดลองทันที หลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test) แจ้งกลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมวิจัยพร้อมกับแสดงความขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1) หลังจากกลุ่มควบคุมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยการให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและการบำบัดทางจิตสังคมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

3) นัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินพฤติกรรม การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองโดยทำเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของ Hancock (2016) ฉบับภาษาไทยของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559)

ตารางที่ 2 กำหนดกิจกรรมการดำเนินการฟื้นคืนสู่สภาวะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
จันทร์ 6 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะ
จันทร์ 6 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะ
พุธ 8 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต
พุธ 8 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต
ศุกร์ 10 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน
ศุกร์ 10 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน
สัปดาห์ที่ 2		
จันทร์ 13 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต
จันทร์ 13 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต
พุธ 15 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร
พุธ 15 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร
ศุกร์ 17 ม.ค.63	9.00-10.00 น.	กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดี อย่างต่อเนื่อง
ศุกร์ 17 ม.ค.63	13.30-14.30 น.	กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดี อย่างต่อเนื่อง

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลกิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงออกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ เข้าใจการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผลกระทบและแนวทางการรักษา
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจเป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. บอกถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการระบุนความรู้สึกละเอียดที่ไม่สบายใจดีและผลกระทบของการเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง เริ่มต้นจากการเริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทยอมรับเข้าใจการเจ็บป่วยเกิดความตระหนักและกระตือรือร้นว่าตนเองควรมีการวางแผนและการดูแลสุขภาพอย่างไร เพิ่มความสามารถสมรรถนะในการจัดการสุขภาวะที่ดีของตนเอง สามารถตระหนักรู้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยและสามารถหาแนวทางที่เหมาะสมและดีที่สุดในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมแตกต่างไปจากปกติ ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง อาการจะค่อยๆ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากบุคลิกภาพเดิมส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันและหากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการปรับปรุงหรือแก้ไขฟื้นคืนสู่สุขภาพจะทำให้เป็นโรคเรื้อรังและเกิดความเสียหายต่อการดำรงชีวิต การดูแลตนเอง การใช้ชีวิตในสังคม การฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่วนบุคคลที่มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็ตาม

ดังนั้นการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพราะจะช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและไม่ตื่นตระหนกกับความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนยอมรับและเห็นความจำเป็นที่จะดูแลตนเองเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตของเรา
2. ใบความรู้ที่ 1.1 ใครๆ ก็ป่วยได้
3. ใบความรู้ที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษา
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทาย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มเปิดกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ “อาการอะไรหรือเหตุการณ์ใดๆที่ทำให้พวกเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลจนได้มานั่งอยู่ในกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆขณะนี้” ตามใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตของเรา

- อาการอะไรที่ทำให้เราได้มาโรงพยาบาล
- อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการที่เกิดขึ้นบ้าง
- มีการใช้สุราหรือสารเสพติดหรือเครื่องดื่มและเครื่องดื่มชูกำลังด้วยหรือไม่
- เกี่ยวกับการกินยาเป็นอย่างไรบ้าง
- มีเหตุการณ์หรือสิ่งใดที่ทำให้เราไม่สามารถควบคุมได้หรือไม่
- ถ้าไม่มารักษาที่โรงพยาบาลจะส่งผลอย่างไรต่อตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้าง

3. ผู้นำกลุ่มสรุปอาการของสมาชิกแต่ละคนตามใบความรู้ที่ 1.1 ใครๆ ก็ป่วยได้

4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาการทางจิต สาเหตุ ผลกระทบความจำเป็นในการเข้ารักษาและความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ตนเองได้ในฐานะสมาชิกหนึ่งของชุมชน แม้มีการเจ็บป่วยในชีวิตตามใบความรู้ที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษา

5. ผู้นำกลุ่มให้สรุปเนื้อหาและการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมวันนี้

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะสุขภาพของตนและผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภทได้และบอกถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองได้ ผู้วิจัยและผู้ป่วยภายในกลุ่มเริ่มแรกในการสนทนามีความสนใจและร่วมแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงชีวิตประจำวัน พูดคุยตอบคำถามแสดงความคิดเห็นการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่กล้าแสดงออกพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นๆ มีบางรายที่ไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เมื่อการดำเนินกิจกรรมนานขึ้นผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยและเริ่มเชื่อมั่นสามารถร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนผู้ป่วยรายอื่นได้ บางรายสนใจสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตและ

ข้อตกลงการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ทุกคน บางรายสองถามรายละเอียดในครั้งต่อไปและบอกสามารถถึงการเจ็บป่วยของตนเองได้ทุกคน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“ผมทะเลาะกับพี่สาวมาครับ ที่จริงผมจัดยากินเองได้แต่หมอบอกให้พี่สาวผมจัดให้กินแก้จัด ผิดเอายามีก่อนนอนมาไว้ตอนเช้า แกบอกอยากให้ผมหายเร็วๆ ผมเลยทะเลาะกับแก พี่สาวเลยจับผมมาโรงพยาบาล”

“จริงๆครั้งนี้ผมไม่ได้เป็นอะไรนะ คือผมปลุกดาวเรื่องข้างบ้านไว้ผมส่งขายตลาด ข้างบ้านมันปล่อยควายเข้ามากินหญ้า ควายมันเดินเข้ามาแปลงดอกไม้ผม ผมเลยโมโหจะเอาไม้ฟันควายมันเลยทะเลาะกัน เขาเลยแจ้งจับผมให้มาส่งที่นี่”

“หนูเกลียดมันคะ คือหนูแต่งงานกับลูกมัน หนูกินยาดีอยู่แล้วมันง่วงบ้างมันก็ว่าหนูไม่ทำงานเป็นผู้หญิงเอาแต่นอน หนูเลยตบมัน คุณตัวเองไม่ได้ แฟนหนูเลยพามาพักที่โรงพยาบาลก่อน”

“แม่พี่คะพี่..หนูไม่อยากจะกลับไปเจอเขาแล้ว กะว่าออกจากโรงพยาบาลจะกลับบ้านอยู่บ้านพ่อหนู”

“พอผมไม่ได้กินยานะหมอ อยากลองของ ผมเริ่มมีหูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยมาสั่ง มาคุยตลอดเวลา ผมก็หงุดหงิด เสียงมันทำทนายว่าเราทำไม่ได้หรอก

“ผมกินยามาหลายปีแล้วผมเบื่อ ผมว่าตอนกินอาการผมดีทำงานได้ อยากลองหยุดยาเอง พอผมหยุดผมมีหูแว่ว เสียงมันมาสั่งให้ผมทำโน้นนี่”

“หนูไม่ได้กินเหล้าคะ อาจารย์มาตำหนุเขาทำทนายหนูเรื่องบุหรี หนูเลยสูบประทัดแกเลย”

“พี่ผมก็อยากเลิกนะพี่แต่เลิกไม่ได้ เพื่อนมาบ้านมันก็นั่งกินหน้าบ้าน กินผมเหล้าก็คุมไม่ได้แม่ก็ตำ ผมก็เลยจะเผาบ้านเลย”

“หมอลองกินยา CPZ สักเม็ดดูหมอมจะเข้าใจผมกินแล้วมันง่วง ทำงานไม่ได้”

“เพื่อการกินยา โกรธที่ใครๆถามเรื่องยาครับ”

“หมอมนอนอยู่บ้านเห็นชาวบ้านเอาควายมากินหญ้าแล้วก็ผูกมันตากแดด ผมก็สงสารมัน กลัวมันร้อนไม่ได้กินน้ำ เลยไปปล่อยควายเขา มันเลยหนี เขาก็เลยมาตำผม ผมก็โมโหเตะหมอมเลยจะไปเผาบ้านมัน”

“คนแถวบ้านชอบตำผมไอบ้า ผมอยากรู้ผมบ้าจริงไหมแต่ผมก็ทำงานได้ปกติ”

“ถ้าผมไม่ได้มาโรงพยาบาลป่านนี้ผมคงอยู่ในคุกแทนแล้วหมอม (หัวเราะ)”

“ตอนนั้นผมโมโหม่มากที่หลอกผมมาโรงพยาบาล ตอนนั้นผมหายละอยู่นี้ได้พักผอนไม่เครียด เห็นคนอื่นเขามีปัญหามากกว่าผมอีกนะ พี่ที่อยู่ตึกผกากรองอยู่เกือบปียังไม่ได้กลับบ้านเลยเห็นบอกต้องรอหมอนก(นักสังคมสงเคราะห์) ลงไปเตรียมชุมชนก่อน”

“ป่าต้องมาหาหมอมะ ถ้าป่าไม่มาอยู่ไม่ได้หรือยาโรงพยาบาลแถวบ้านมันไม่ดีมันคงละตัวกันป่ากินแล้วมันไม่ดี มาหาหมอมที่นี้ดีกว่า”

“ผมมาอยู่ที่นี่นานแล้วจะเป็นเดือน เมียเขาคงโกรธผมมากผมทำร้ายเขา ตอนนี้เขาไม่ให้ผมเจอหน้าลูกเอาลูกกลับไปอยู่บ้านแม่ยาย ผมอยากไปขอโทษเขา”

“หนูอยู่กับแม่มันไม่ได้หรอกคะ กับไปก็ตีกันบ้านแตกแน่ๆ แพนหนูเขารักหนูนะแต่หนูจะไม่กลับไปอยู่บ้านเขา ถ้าออกจากโรงบาลจะให้พ่อหนูไปเอาลูกกลับมา หนูไม่ไปเอาลูกหรอก”

สำหรับกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและตัวกระตุ้น และสัญญาณเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย เกิดอาการทางจิตกำเริบคุมตนเองไม่ได้ในผู้ป่วยหลายคน (ใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตของเรา) และพบปัญหาการหยุดยาเอง การจัดการกับผลข้างเคียงกับการใช้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่หยุดยาเองส่วนใหญ่หยุดยาโดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือทีมสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายเมื่อตนเองอาการทางจิตทุเลาลง คิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดยาเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมีเพียงบางรายลังเลใจการเจ็บป่วยของตนเองแต่มีทัศนคติที่ดีร่วมมือในการรักษา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ป่าป่วยโรคจิตเภท หมอบอกมันเป็นความผิดปกติของสมองเราเหมือนโรคเบาหวาน ความดัน ถ้าเรากินยาตีมันก็หาย ป่าก็กินยาตลอดไม่กล้าหยุดยาเองหรือ กินแล้วป่าทำงานได้ กลับได้”

“หมอบอกผมว่าผมเป็นเกี่ยวกับด้านสมอง มันทำงานเปลี่ยนเลยทำให้ผมมีหูแว่ว ตอนแรกผมก็คิดว่าผมหูทิพย์ (หัวเราะ) พอมันหนักขึ้นคนอื่นเห็นเขาก็เลยหลอกผมมาที่นี้ ผมไม่โกรธเขาหรอก ผมรู้เขาพามาเพราะรักผม ตอนนี้ผมดีขึ้นแล้วแค่อยากลองว่าหยุดยาแล้วจะเป็นยังไง กลับมาแว่วมากกว่าเดิมอีก”

“คือผมไม่แน่ใจว่าตัวเองป่วยเป็นไรนะ ไม่รู้เวลาที่ผมเสพยา กินเหล้ามันมีผลไหม ผมว่าก็ไม่แน่ เหล้าคนอื่นก็กินไม่เห็นเป็นไร อาจเป็นเพราะผมเสพยาแล้วมันหลอนแต่เหล้าผมไม่รู้มันเกี่ยวกับที่ผมมีอาการไหม”

ผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหากิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละราย กระตุ้นและสร้างความตระหนักกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เรียนรู้การเจ็บป่วยของตนตามใบความรู้ที่ 1.1 ใดๆ ก็ป่วยได้และใบความรู้ที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษาและการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักความหวังและเป้าหมายของชีวิต
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ค้นหาและกำหนดความหวังและเป้าหมายของชีวิตของตน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

กำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพดีของตน

สาระสำคัญ

ความหวัง (hope) เป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้และยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย โดยมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นต่อสร้างพลังใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจภายในและการกำกับตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Hasson-Ohayon et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นอกจากนี้ ความหวังยังช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางแผนเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตในช่วงที่ยากลำบาก เช่น การฝ่าฟันกับปัญหาสุขภาพจิต การเสพติด ความรู้สึกสูญเสีย เป็นต้น เราผ่านอุปสรรคเหล่านั้นมาได้อย่างไร อยู่กับมันอย่างไร และจะเดินหน้าต่อไปอย่างไรเพื่อเติมเต็มความฝันและเป้าหมายของเรา ความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และเป็นกำลังใจให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ 2.1 ความหวังและเป้าหมายชีวิต
2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 หน้าต่างรับอรุณ
3. ใบกิจกรรมที่ 2.2 ธงแห่งชัยชนะ
4. รูปภาพบ้านหน้าต่าง 6 ช่อง
5. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่ม
 2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิก (2-3 คน) ยกตัวอย่างว่ารู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์นั้น ผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้อย่างไร และมีความหมายอย่างไรกับชีวิตตนเอง
 3. ผู้นำกลุ่มได้เล่าเรื่องตามใบความรู้พร้อมทั้งให้ตัวแทนสมาชิกได้ร่วมเล่าเรื่องตามใบความรู้
- 2.1 ความหวังและเป้าหมายชีวิต พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนร่วมทำกิจกรรมหน้าต่างรับอรุณ โดยมีช่องหน้าต่าง 6 บาน โดยตอบคำถามในหน้าต่างแต่ละบาน ดังนี้
 - ตั้งแต่เล็กจนโตมีความทรงจำที่ประทับใจเรื่องอะไร
 - คุณคิดว่าชีวิตของคุณเป็นอย่างไร คุณมีสิ่งดีๆ อะไรในตัวเอง
 - คุณผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากมาได้อย่างไร
 - อะไร/ใครที่สนับสนุนช่วยเหลือให้ผ่านมาได้

- ใครเป็นที่พึ่งของคุณเวลาที่มีปัญหาและคุณเป็นที่พึ่งของใครเมื่อเขามีปัญหา
- คุณอยากให้อชีวิตคุณมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร/มีเป้าหมายในชีวิตอย่างไร

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายและสรุปประเด็น การเรียนรู้จากกิจกรรม

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนำคำตอบจากหน้าต่างบ้านที่ 6 มา 1-2 ประเด็น มากำหนดเป้าหมาย และวางแผนแก้ปัญหาช่วยกันใส่คำตอบวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละเป้าหมาย

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมอภิปรายและวิเคราะห์การเรียนรู้จากกิจกรรม

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพดีของตนได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องกระตุ้นในการแสดงความคิดเห็น สามารถเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตของตนเองได้ สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ครบ โดยการที่ผู้ป่วยได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามใบความรู้ที่ 2.1 ความหวังและเป้าหมายชีวิตทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้แสดงความคิดเห็นของตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“ชีวิตเหมือนผมเลยครับ อาการเหมือนผมเลยตอนมาครั้งแรกก็แบบนี้ ผมเข้าใจ”

“เหมือนพี่เข้าเลยครับ ผมคุมตัวเองไม่ได้เหมือนพี่เขา มาตีกแรกถูกจับมัดตอนนั้นโมโหหมอ มาก ไม่รู้จะมัดผมทำไมแล้วหมอก็ฉีดยา สักครู่เขาก็ปล่อยอาการดีเขาก็ย้ายตึก มาเจอเพื่อนเข้ากลุ่มพร้อมกัน พยาบาลบอกว่าเข้ากลุ่มเสร็จโทรให้ญาติมารับ ผมก็เลยสบายใจ กินยาตามหมอบอก จะได้กลับไปทำงานเหมือนเดิม”

“ป้าก็เป็นเหมือนกัน ใครๆก็มาแบบนี้ ตอนแรกป้าเสียใจมากมันเหมือนเราไม่มีคุณค่าไปไหนมาไหนก็ไม่ได้ปวดเขี้ยวก็ไปไม่ได้ ถูกมัด พยายามตีกป้าก็ดีขึ้นเพราะเรารู้ตัวเองแล้ว ชีวิตเราๆเหมือนกันเลยเนอะ”

หลังจากดำเนินตามตามใบกิจกรรมที่ 2.1 หน้าต่างรับอรุณและใบกิจกรรมที่ 2.2 ธงแห่งชัยชนะและผู้ป่วยแต่ละรายได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความหวังและเป้าหมายชีวิตกับเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีความสนใจต่อเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง ผู้ป่วยบางคนอธิบายความหวังเป้าหมายของตนให้เพื่อนผู้ป่วยที่นั่งติดกันฟัง

“ตอนเป็นเด็กผมอยากไปทหารครับ ออกจากโรงพยาบาลผมจะไปสมัคร อพพร. หมู่บ้านผู้ใหญ่ บอกจะให้ผมเป็นครับ ถ้าผมรักษาตัวเองดี”

“หนูอยากกลับบ้าน หนูตั้งจะกลับไปเรียนต่อ หนูอยากเรียนวาดรูป เวลาหนูวาดรูปมันทำให้ หนูมีความสุข หนูคิดว่ามันแสดงความพลังของหนูให้กับคนอื่นคะ”

“ผมรู้ว่าแฟนผมไม่อยากให้ผมกลับไป เขาไม่อยากให้ผมเจอลูก ถ้าผมกลับบ้านผมจะกลับไปทำงาน หาเงินก่อนมีเงินเยอะๆ กินยาตามหมอบอกแล้วค่อยกลับไปหาลูก ส่วนแฟนแล้วแต่เขา ผมยอมรับได้แล้ว”

“ผมว่าผมจะเลิกเล่นยาแล้ว ผมวางเป้าหมายไว้ถ้าออกไปผมจะเปิดร้านสัก ผมชอบสักดูตามตัวผม แต่ผมจะไม่ไปเปิดแถวบ้านนะไม่ค่อยมีคนชอบ คิดไว้ว่าจะไปอยู่กับพี่สาวที่ชลแวงพัทธยา ผมมีเงินสักก่อนว่าจะไปเปิดที่นั่นรายได้คงดี พี่สาวผมก็น่าจะให้เปิดอยู่”

“เวลาที่อ๊ากก็ถึงแต่หน้าลูกนี่แหละคะ อยากกลับบ้าน อยากรักษาตัวเองจะได้ไปทำงานเลี้ยง ทำกับข้าวให้ลูกกิน เขาโตแล้วเราก็ออยากดูแล”

หลังจากที่ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงความหวังและเป้าหมายในชีวิตตนเอง กิจกรรมที่ให้เป้าหมายสำเร็จรวมถึงระยะเวลาที่จะไปสู่เป้าหมาย เห็นได้ว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมืออย่างดี มีความตั้งใจในการทำกิจกรรมผู้ป่วยเกิดความเกื้อกูลกัน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ได้ว่า คนเราแต่ละคนมีข้อบกพร่องไม่สมบูรณ์แบบกันทุกคน สิ่งนี้เองทำให้เรามองเห็นข้อบกพร่องของตนเองทำให้การอยู่ร่วมกันในชุมชนน่าสนใจยิ่งขึ้น ถ้ามองโลกภายนอกจะพบว่าตัวเองไม่ได้มีแต่ข้อบกพร่องหรือจุดด้อยเพียงเท่านั้น ดังนั้นเราต้องยอมรับแต่ละคนในแบบที่เป็นและมองหาจุดเด่นของตนเอง จากนั้นเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยฝึกสิ่งที่ภูมิใจในตนเองโดยเริ่มจากสิ่งเล็กๆ มีผู้ป่วยบางรายบอกว่าตนเองมองไม่เห็นสิ่งที่ดีของตัวเอง เพื่อนสมาชิกให้กำลังใจและบอกว่า “ก็เรามาอยู่ร่วมกันตรงนี้ไง เรามาเรียนรู้เพื่อกลับไปเริ่มใหม่ ทำไมเราจะไม่มีความดีของตัวเอง” ผู้ป่วยรายดังกล่าวยิ้มตอบและหัวเราะและบอกว่า “ขอบคุณครับ ผมไม่เคยมองเห็นตัวเองเลยพี่ ผมดีใจที่พี่เห็นความดีในตัวผม” สิ่งที่เกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ป่วยเริ่มให้ความร่วมมือมากขึ้น ใ้วางใจมากขึ้น กล้าที่จะแสดงออกและเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง บางเรื่องเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่กล้าเปิดเผยให้ผู้อื่นรับฟัง ก็สามารถกล้านำมาเปิดเผยให้เพื่อนผู้ป่วยได้รับฟัง

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือน
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตนเองได้
2. กำหนดแผนการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตนเองได้

สาระสำคัญ

ตัวกระตุ้น คือ เหตุการณ์ภายนอก หรือภายในตนเองที่ทำให้เกิดอาการหรือปฏิกิริยาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายมาก ถ้ายังไม่ถูกแก้ไขอาจทำให้เกิดอาการมากขึ้นหรือทำให้รู้สึกแย่ลงได้ ตัวอย่างตัวกระตุ้น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ การสูญเสียส่วนบุคคล สิ่งของ การงาน การเรียน เป็นต้น หากเรารู้ตัวกระตุ้นของตนและวางแผนรับมือกับมันได้ เป็นการเพิ่มความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์ และป้องกันการเกิดอาการขึ้นเฉียบพลันของตนเอง เรียนรู้และปรับปรุงแผนการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

สัญญาณเตือน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้น สัญญาณเตือนตั้งแต่ในระยะแรกๆ ช่วยให้เราสามารถวางแผนป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น นอนหลับไม่สนิท ไม่มีสมาธิ ไม่อยากเจอใคร กลัว กังวลจนฟุ้งซ่าน เริ่มระแวงหรือมีเสียงแว่ว เป็นต้น ดังนั้น การรับรู้อาการที่เป็นสัญญาณเตือนของตน จะช่วยให้เราดำเนินการแก้ไขได้ก่อนที่อาการจะแย่ลงมากกว่าเดิม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3 ตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน
2. ใบกิจกรรมที่ 3.1 ตัวกระตุ้นของฉัน
3. ใบกิจกรรมที่ 3.2 สัญญาณเตือนของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่มและทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก “สมาชิกเคยสังเกตตัวเองหรือไม่ว่ามีอะไรบ้างที่จะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เราารู้สึกไม่ดีหรือมีอาการมากขึ้น” ให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่เคยเป็นตัวกระตุ้นหรืออาจจะเป็นตัวกระตุ้น
3. ให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองตามที่บ้านทัก
4. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก “อาการอะไรเป็นสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าอาการเริ่มรุนแรงขึ้น”
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้น/สัญญาณเตือน “มีแผนรับมือกับสัญญาณเตือนอย่างไรบ้าง”
6. ผู้นำกลุ่มสรุปปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนของโรคจิตเภท พฤติกรรมการแสดงออก การจัดการปัญหาของให้สมาชิกฟังจากการร่วมกิจกรรม
7. ปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างไรให้สมาชิกช่วยกันสรุป
8. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาที่เรียน และการเรียนรู้ที่ได้ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตนเองได้และกำหนดแผนการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนของตน โดยผู้ป่วยแต่ละคนมีส่วนร่วมในการบอกสัญญาณเตือนและตัวกระตุ้นของตนเองแต่ละคนร่วมแลกเปลี่ยนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งแนวทางการจัดการสุขภาพและได้วางแผนการรับมือกับสัญญาณเตือนและตัวกระตุ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นที่จะแสดงความคิดเห็น บางรายนั่งฟังผู้ป่วยอื่นอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยได้ระบายเรื่องที่ทำให้ตนเองเกิดความไม่สบายใจจนเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ภายในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนและช่วยกันให้ข้อเสนอแนะทางในการวางแผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“ผมว่าผมเล่นยามากไป ผมเลยคุมตัวเองไม่ได้ บางทีมันหลอนเหมือนมีคนจะมาฆ่าผม”

“พี่สาวผม พ่อผมตำผมทุกวันใครจะทนได้ ผมก็โมโห เลยจุดไฟจะเผาบ้าน”

“หนูไม่พอใจครู เขาทำทนายหนู หนูเลยทำประชดเขา ไม่อยากไปเรียน เรียนก็ไม่ดี เพื่อนหลายคนก็นิทาหนู หนูไม่อยากไปยุ่งกับพวกเขา ไม่อยากไปเรียน”

“ฉันนะเครียด เงินก็ไม่พอใช้ นอนก็ไม่หลับ ไม่รู้จะเอาเงินไหนใช้ ก็เลยกินเหล้า กินไปกินมาก็เลยกินทุกวัน แต่ไม่ติดนะ เขาหาว่าฉันบ้า ฉันเลยโมโหตามัน”

“ตอนผมกินเหล้าแรกๆมันก็ไม่มีอาการนะ พอหัดดื่บ มันนอนไม่หลับ เดินไปมามันอยู่ไม่ถูก ไม่นอนทั้งคืน กลางคืนก็เห็นคนเดินผมก็กลัว”

“ผมเหมือนพี่เขา นอนไม่หลับเหมือนกัน ผมกินยาตีนะแต่มันไม่นอน แม่ก็กลัวผม ผมเอามีดไปตัดต้นไม้หน้าบ้าน ไม่รู้จะทำไรก็มันไม่หลับเขาเลยกลัวผมกันทั้งบ้าน”

“จริงๆแล้วผมกินยาตี ถ้าผมเลิกเหล้าได้ ผมไม่มีปัญหา ผมกลับไปกะจะคุมให้ได้แน่นอน”

“ป่าเวลาไม่นอน หงุดหงิดป่าจะไปหาหมอนามัยก่อน หมอเขาฉีดยาให้ไปแล้วมาเยี่ยมบ่อย”

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวิกฤต สาเหตุและแนวทางวิธีการจัดการภาวะฉุกเฉิน

2. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางจัดการภาวะวิกฤตของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

2. มีแผนการดูแลตนเองด้านการจัดการภาวะวิกฤตและการขอความช่วยเหลือได้

สาระสำคัญ

ภาวะวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากเพราะอาจเป็นช่วงที่ต้องถูกความควบคุม ซึ่งการตระหนักเรื่องภาวะวิกฤตของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ การพัฒนาทักษะการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำของโรคจิตเภทก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตของตน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางจัดการกับปัญหาได้ ช่วยป้องกันการกำเริบจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกวิธีจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะส่งผลต่อภาวะวิกฤตส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ได้เหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1 ภาวะวิกฤตคืออะไร
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 ภาวะวิกฤตของฉัน
3. ใบกิจกรรมที่ 4.2 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทักทายและกระตุ้นสมาชิกทบทวนกติกากลุ่มและทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก“ภาวะวิกฤตของสมาชิก คืออะไรและมีอะไรบ้าง”
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายสรุปเกี่ยวกับภาวะวิกฤต
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบันทึกเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของตนเองละร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามที่บ้านทัก
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสรุปแนวทางการวางแผนรับมือกับภาวะวิกฤต
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันวางแผนการดูแลตนเองด้านการจัดการภาวะวิกฤตและแนวทางการรับมือกับภาวะวิกฤตนั้น
7. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาที่เรียน และการเรียนรู้ที่ได้ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแผนการดูแลตนเองด้านการจัดการภาวะวิกฤตและแนวทางการวางแผนรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยหลายคนนั่งเสียบมีผู้ป่วยบางคนยกมือสอบถามและให้ผู้วิจัยอธิบายซ้ำถามว่าภาวะวิกฤตคืออะไร ผู้วิจัยอธิบายอีกครั้งโดยใช้ภาษาอย่างง่ายพร้อมได้ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยเริ่มพูดคุยกันเองก่อน ผู้ป่วยเริ่มมีการบอกสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ทำให้อาการหนักจนแรงจนตนเองไม่ได้ทำให้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลายคนบอกความรู้สึกและเชื่อมโยงเข้าสู่ปัญหาจนเกิดภาวะวิกฤตของตนเอง หลังจากนั้นแต่ละคนได้ร่วมวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตของตน ผู้วิจัยเชื่อมโยงกิจกรรมนี้เข้าสู่การให้ความ

ช่วยเหลือ การใช้ทักษะการสื่อสารกล้าแสดงความต้องการความช่วยเหลือรวมทั้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“ผมจะเผาบ้านนั่นแหละ โมโหพี่สาวกับพ่อมาก เขาเอาแต่ต่างๆ เขาคงกลัวผมมากทั้งๆที่ผมกินยาตามหมอสั่ง เขาเลยให้ตำรวจจับผมมาโรงพยาบาล”

“ผมเล่นยาจนหลอน ตอนนั้นเหมือนมีคนเดินรอบบ้านผม ผมก็ไม่กล้านอนเหมือนเขาจะมาฆ่าผม ผมเลยถือมีดจะป้องกันตัว แม่เห็นผมเลยแจ้งตำรวจพาไปหนองบัวแดง เขาก็จับผมมัดไว้กับเตียงตอนนั้นผมจำอะไรไม่ค่อยได้ ผมรู้ว่าผมโวยวายมากผมอึดอัด เขาก็เลยส่งผมมาโคราช”

“ตอนนั้นหนูโกรธครู โกรธเพื่อนที่เรียนด้วยกัน หนูอยากจะเอามีดแทงเขา กลับบ้านหนูเอามีดคัตเตอร์กรีดแขนตัวเอง หนูทำอะไรเขาไม่ได้”

“ถ้าผมมีอาการผมจะบอกผู้ใหญ่บ้านนะ เขารักผมเหมือนน้องชาย เขาหางานให้ผมทำ”

“ก็คงบอกแม่กับพ่อให้พามาโรงพยาบาล ครั้งต่อไปถ้าผมคุมตัวเองไม่ได้เลย ผมจะกลับไปบอกแม่ให้แกบอกหมอที่เฉลิมพระเกียรติมารับผมได้”

“ผมกลับเขาไปในบ้านเอามีดจะไปฆ่าเขา เขาเลยแจ้งให้ผู้ใหญ่มาเคลียร์ เขาบอกรุกที่ผมก่อน ผู้ใหญ่เลยบอกให้ผมมาพักที่โคราชผมก็เลยมา ใจผมก็ไม่อยากมาแต่มาแล้วผมก็สบายใจ”

ในการทำกิจกรรมครั้งนี้ที่แตกต่างจากกิจกรรมที่ผ่านมา สมาชิกทุกคนมีความกล้าแสดงออก กล้าเป็นตัวแทนในการทำกิจกรรมมากขึ้นและช่วยกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และข้อเสนอแนะในการอภิปรายมีการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องทักษะทางสังคมและการสื่อสาร จากนั้นผู้วิจัยได้สรุปให้เห็นถึงปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตอีกครั้ง ทำให้เกิดปัญหาในชุมชน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์ในกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้แหล่งสนับสนุน แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนการดูแลตนเองได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เลือกใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. มีทักษะทางสังคมสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนได้

สาระสำคัญ

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น จะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง แต่หากเกินกำลังความสามารถของตนเองควรเรียนรู้ที่จะหาและใช้แหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่ผู้ให้การสนับสนุนคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างจากผู้รับการสนับสนุน ซึ่งในที่นี้ก็คือการมีสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้

การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายเพื่อจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเอง การที่สมาชิกสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้นั้น จะทำให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนที่จะเลือกและควบคุมชีวิตตนเองได้รวมถึงการสร้างกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตตนเองได้และเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้สนับสนุนว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 แหล่งสนับสนุนในชุมชน
2. ใบกิจกรรมที่ 5.1 บ้านแสนสุข
3. ใบกิจกรรมที่ 5.2 มือของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่มและทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ บ้านแสนสุข โดยกล่าวถึงองค์ประกอบของบ้าน เช่น บ้าน 1 หลังกว่าจะเป็นบ้านได้ต้องทำอะไรบ้าง
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสร้างบ้านด้วยตนเอง 1 หลัง โดยวาดรูปบ้านในกระดาษเป็นบ้านที่อยากให้เป็น
4. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงบ้านแสนสุขกับการแสวงหาแหล่งสนับสนุน/แหล่งช่วยเหลือ
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทาบมือลงบนกระดาษและใช้ดินสอร่างตามรูปมือของตนเอง
6. ผู้นำกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามกิจกรรมมือของฉัน
7. ผู้นำกลุ่มเปรียบเทียบเรื่องบ้านหนึ่งหลัง และนิ้วมือที่มืองค์ประกอบหลายอย่างกับชีวิตคนเราที่ไม่สามารถทำอะไรได้เองทั้งหมดต้องมีแหล่งสนับสนุนเพื่อขอความช่วยเหลือ ดังนั้นจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เหมาะสมจึงจะได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนรอบข้าง

8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกยกตัวอย่างการใช้แหล่งสนับสนุนในชีวิตประจำวัน “เราต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน”

9. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาที่เรียน และการเรียนรู้ที่ได้ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกวิธีใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนอย่างเหมาะสมและบอกวิธีขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนได้ ในกิจกรรมนี้เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยแต่ละคนเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย มีการพูดคุยหยอกล้อระหว่างกันภายในกลุ่มก่อนเริ่มกิจกรรม ทุกคนถามการดำเนินชีวิตของกันและกัน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้ช่วยกันให้ข้อเสนอแนะใหม่ๆ เพื่อช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วย มีการลอกเลียนแบบสิ่งดีของเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น ป้าชอบความคิดของน้องคนนี้ ป้าจะเอากลับไปทำที่บ้านเหมือนเขา ผู้ป่วยแต่ละคนเกิดความหวังและมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีการวางแผนเพื่อขอความช่วยเหลือและหาแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์สำหรับตนเองได้ เป้าหมายที่สำคัญคือผู้ป่วยทุกคนต้องการกลับไปอยู่บ้านกับครอบครัวและไม่ต้องการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“จริงๆแล้วพี่สาวกับพ่อก็ค่าผมเหมือนเดิม เขาบ่นผมประจำ ผมนี้แหละที่เปลี่ยนไปกลับไปบ้านผมก็จะให้พี่สาวจัดยาให้ผมกินก่อนแล้วผมจะขอจัดยากินเองตามหมอบอก ผู้ใหญ่บอกให้ผมเป็นออฟปร. หมู่บ้านถ้าผมอาการดี ผมอยากเป็นตำรวจบ้าน”

“ตอนฉันเดือดร้อน ฉันไม่รู้จะพึ่งใคร ฉันไปหาหมอที่อนามัยก่อน บ้านฉันโทรมฉันก็ไปหาผู้ใหญ่แต่มันช้าหลังคามันรั่ว ฉันเลยไปอำเภอหานายอำเภอเขาเลยให้ อบต.กับผู้ใหญ่มาทำบ้านให้ฉัน ถ้าฉันไม่ได้บ้านนะ ฉันจะไปหาผู้ว่า ฉันต้องดูแลตัวเองให้ได้จะได้อีกกลับไปบ้านพร้อมลูก อยู่อีกตึกหนึ่ง”

“ที่ผมเขียน ผมจะทำตามที่ผมวางไว้ก่อน กลับบ้านไปตั้งหลัก ผมอยากเปิดร้านซ่อมมอไซค์ ผมเรียนจบช่างมา แม่กับที่บ้านมาเยี่ยมกันวันก่อนเขาบอกให้ผมรักษาตัวให้ดีจะมารับ แล้วจะออกทุนให้เปิดร้าน ผมดีใจมาก”

“หนูว่าจะกลับไปอยู่บ้านพ่อกับแม่ที่ขามแสงก่อน ค่อยหางานทำ หนูว่าจะทำงานโรงงาน แต่ต้องคุยกับหมอก่อนเพราะมันเข้าเป็นกะ ให้หมอบริบยาให้ก่อนกลับบ้านแต่ยาชุดนี้ก็คืออยู่หลับสบาย”

“เวลามีเรื่องไม่สบายใจ ฉันชอบสวดมนต์ ฉันชอบไปอยู่ที่วัด บางทีก็ช่วยเหลืองานที่วัดอยู่กับหลวงพ่ พอสเสร็จงานที่บ้านฉันก็ไปวัดบ่อยๆ ชวนข้างบ้านไปด้วยกันแก็ไปเป็นเพื่อนตลอด ถ้าหมอลงมาเยี่ยมบ้านเขาหาฉันไม่เจอ เขาก็จะไปวัดเจอฉันตลอด”

ผู้วิจัยหลังจากจบกิจกรรมได้ให้กำลังใจผู้ป่วยเชื่อมโยงไปสู่ประโยชน์ของการที่ผู้ป่วยมองเห็นและวางแผนเกี่ยวกับการใช้แหล่งสนับสนุนของตนเองมีผู้ป่วยหลายคนที่มีความเห็นคล้ายคลึงกันในกิจกรรมที่ 5.2 มีของฉันผู้ป่วยมองเห็นคนในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่สำคัญที่สุดรวมถึง

ที่มีสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน หลังจากทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงแหล่งสนับสนุนของตนเอง ทุกคนให้ความร่วมมืออย่างดี มีความตั้งใจในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลสุขภาพดีของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อนตนเองนำแผนการดูแลสุขภาพดีไปใช้ชุมชน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 สมาชิกสามารถ

บอกถึงแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพดีของตนเองได้

สาระสำคัญ

การรับผิดชอบตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้เหมือนกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพในชีวิตของเรา มีหลายครั้งเรามุ่งมั่นที่จะรับผิดชอบตนเองและผู้อื่น แต่ก็มีบางครั้งที่เราล้า มุ่งมั่นน้อยลง เพราะการเดินทางนั้นยาวนาน ยากลำบาก หรือเพราะเราไม่รู้จกเส้นทาง แต่ตอนนี้เราได้วางแผนเส้นทาง การฟื้นคืนสู่สุขภาพของเราแล้ว หากบางครั้งเราไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ เหมือนที่เราวางแผนไว้ เราอาจจะต้องการความช่วยเหลือ อย่ามองว่าเป็นความล้มเหลว ให้มองในแง่บวกกว่าเป็นประสบการณ์ที่เราจะไม่ทำแบบเดิมอีก บุคคลอื่นที่อยู่รอบตัวเราก็สามารถช่วยเหลือเราได้ จนกว่าเราจะสามารถดูแลตนเองได้อีกครั้ง ขอให้เราเดินมุ่งหน้าต่อไปจนกว่าจะถึงเป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ระยะเวลา 60-90 นาที

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 6.1 ต้นไม้ของฉัน
2. ใบความรู้ที่ 6.2 จะทำตามแผนได้อย่างไร
3. ใบกิจกรรมที่ 6.2 แนวทางการทำตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มพักทหาย กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่มและทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก
 - “ถ้าเปรียบชีวิตเป็นต้นไม้ สมาชิกเป็นต้นไม้อะไร เพราะอะไร” โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นตามกิจกรรมต้นไม้ของฉันตามใบกิจกรรมที่ 6.1
 - “วงจรของต้นไม้มีเส้นทางอย่างไรบ้าง”

3. ผู้นำกลุ่มสรุปวงจรการเจริญเติบโตของต้นไม้ ต้นไม้จะโตได้ก็ ต้องได้น้ำเปรียบกับตัวเราก็ ต้องได้อาหาร ได้ยาได้ปุ๋ยเพื่อบำรุงรักษา
4. ผู้นำกลุ่มสรุปต้นไม้ของฉันทันในประเด็นสิ่งที่เป็นกำลังใจและสิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้ก้าวเดินต่อไป
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาเวลาที่สมาชิกมีความไม่สบายใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง สมาชิกมีวิธีให้กำลังใจตนเองอย่างไร หรือมีวิธีที่ทำให้อาการเหล่านั้นหายไปได้อย่างไร มีใคร ช่วยเหลือได้บ้าง
6. ผู้นำกลุ่มอธิบายความรับผิดชอบต่อนตนเองตามใบความรู้ที่ 6.2 จะทำตามแผนได้อย่างไร
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกวางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพดีของตนเองตามแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะรวมทั้งอภิปรายแผนฯ ของตนเองตามใบกิจกรรมที่ 6.2 แนวทางการทำตามแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะ
8. สรุปเนื้อหาที่เรียนรวมทั้งการเรียนรู้ที่ได้รับและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพดีของตนเองตามแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะได้ โดยผู้ป่วยทุกคนมีการพูดคุยกันภายในกลุ่มมากขึ้น สลับที่ไป-มาและกลับมา นั่งในที่ประจำของตนเองเมื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีเสียงหัวเราะ มีความเป็นกันเองภายในกลุ่ม ผู้ป่วยแต่ละคนเริ่มแสดงความคิดเห็นบอกสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการวางแผนการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยทุกคนพูดคุยแลกเปลี่ยนด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 6.2 แนวทางการทำตามแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะแต่ละคนได้สร้างแผนของตนเองและช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยอื่นๆ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“ผมว่าผมทำได้ อยู่ ผมรู้สึกอบอุ่นตอนอยู่ที่นี้ ไม่ใช่ที่ผมมีปัญหาคนเดียว แผนที่ผมวางไว้ผมจะลองทำให้ได้ตามที่ผมเขียน ตอนนี้ผมให้คะแนนตัวเองเต็ม”

“ป่าสนุกจังเลย ชอบจัง ป่าไม่เคยมีคนมาช่วยคิดแบบนี้ แก้ปัญหาเป็นขั้น เป็นตอนดีใจมากที่ป่าได้เขียนแผนของตัวเอง จะกินยาตามแผน จะทำงานให้ได้ตามแผนที่ป่าเขียนไว้”

“ผมจะลองเอาคำแนะนำของเพื่อนๆ ไปใช้ ปัญหาของผมคล้ายๆ กับของพี่เขาน่าจะใช้แบบเดียวกันได้”

ผู้ป่วยแต่ละคนพบว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ผู้ป่วยแต่ละคนมีความเข้าตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้น เข้าใจในธรรมชาติของตนเอง เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร เรียนรู้ทักษะทางสังคม ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสมรวมถึงเข้าใจและยอมรับในอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของตนเอง ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่เป็นประโยชน์ประยุคต์สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมไปใช้ในการดำเนินชีวิตในชุมชน ผู้วิจัยกล่าวสรุปอย่างชัดเจนอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มั่นใจเรียนรู้วิธีการรับมือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยได้ดังนี้

“หนูมีแผนแล้ว หนูมั่นใจขึ้น เวลาหนูมีปัญหา หนูจะได้นึกถึงสิ่งที่เขียนไว้”

“ครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายแน่นอน ผมรู้แล้วว่าผมต้องทำยังไง แผนที่ผมวางไว้จะทำให้ผมอยู่กับที่บ้าน อยู่กับเพื่อนไม่ต้องมานอนโรงพยาบาลอีก”

“เมื่อก่อนฉันเหมือนคนตาบอด โดดเดี่ยว ไม่มีคนช่วย แต่พอหลังจากมีคนมาช่วยจูง รู้สึกดี มีคนคอยช่วยเหลือฉัน เวลาฉันไม่มีใคร”

ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาการเรียนรู้ทั้งหมดและกล่าวให้กำลังใจผู้ป่วยที่จะนำแผนที่วางไว้ ความรู้และประสบการณ์จากที่ร่วมกิจกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม

1) กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินตนเองโดยใช้แบบเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2) ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อมูลสำหรับกลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลปกติที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาครินทร์ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบได้รับการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ การดูแลให้ได้รับยาทางจิตและสารอาหารตามแผนการรักษา ดูแลการจำกัดพฤติกรรมไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท 2) การพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยรวมทั้งการบำบัดจิตสังคมรายบุคคลและรายกลุ่ม และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานยา การรักษาและคำปรึกษาตามอาการผู้ป่วยจิตเภท

3) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

3.2 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในการทดลองสัปดาห์แรก เพื่อให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) เมื่อครบเสร็จสิ้นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

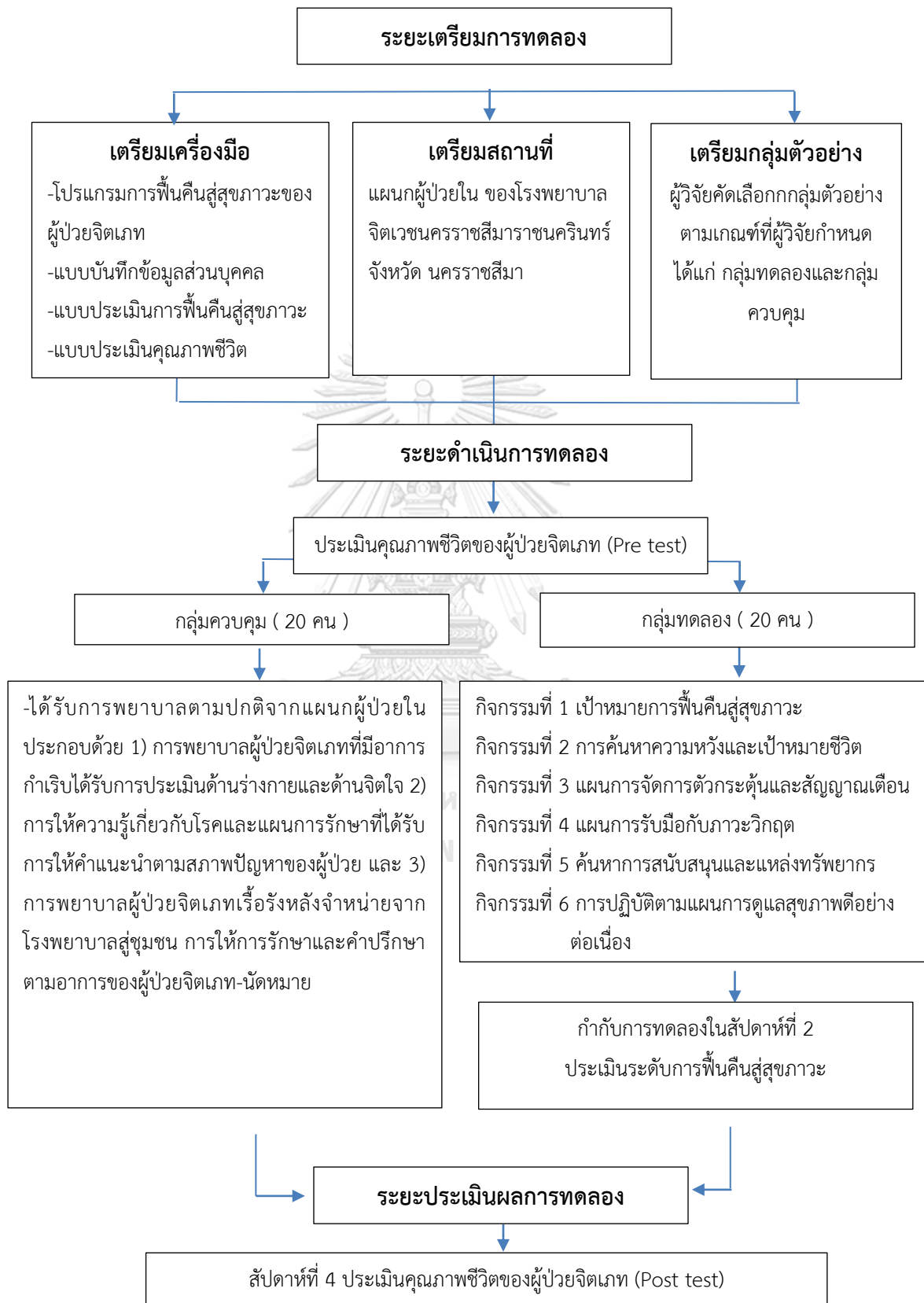
ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired Sample T-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (Independent T – test)

ภาพที่ 3 แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่ได้รับการประเมินจากแบบประเมินเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ตึงปานกลาง ซึ่งได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีจำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดของกลุ่มตัวอย่างและได้มีการจับคู่ (Matched-pairs) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค) ให้มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศและระยะเวลาในการเจ็บป่วย จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60.00	12	60.00	24	60.00
หญิง	8	40.00	8	40.00	16	40.00
ช่วงอายุ						
20-29 ปี	8	40.00	5	25.00	13	32.50
30-39 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
40-49 ปี	6	30.00	7	35.00	13	32.50
50-59 ปี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
สถานภาพสมรส						
โสด	14	70.00	11	55.00	25	62.50
คู่	3	15.00	5	25.00	8	20.00
ม่าย/หย่า/แยก	3	15.00	4	20.00	7	17.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40.00	4	20.00	12	30.00
มัธยมศึกษาต้น	6	30.00	9	45.00	15	37.50
มัธยมศึกษาปลาย/ อนุปริญญา/ปวช./	5	25.00	3	15.00	8	20.00
ปวส.	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี	-	-	4	20.00	4	10.00
ไม่ได้ศึกษา	1	5.00	-	-	1	2.50

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60 เพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีอายุอยู่ระหว่าง ช่วง อายุ 20-29 ปี และ 40-49 ปี อย่างละ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 เท่ากัน สถานภาพโสด 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	5	25.00	4	20.00	9	22.50
รับจ้าง	9	45.00	6	30.00	15	37.50
ค้าขาย	2	10.00	3	15.00	5	12.50
เกษตรกรรม	3	15.00	1	5.00	4	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	5.00	1	2.50
ว่างงาน	1	5.00	4	20.00	5	12.50
อื่นๆ	-	-	1	5.00	1	2.50
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
2-5 ปี	8	40.00	8	40.00	16	40.00
6-10 ปี	12	60.00	12	60.00	24	60.00
จำนวนครั้งในการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล						
1-5 ครั้ง	20	100	16	80.00	36	90.00
6-10 ครั้ง	-	-	4	20.00	4	10.00

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยช่วง 6-10 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ (Dependent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านร่างกาย	23.70 (ปานกลาง)	4.05	24.00 (ปานกลาง)	3.96	-0.361	.722
ด้านจิตใจ	21.40 (ปานกลาง)	3.80	21.55 (ปานกลาง)	3.61	-0.142	.889
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8.80 (ปานกลาง)	1.60	9.45 (ปานกลาง)	2.41	-1.101	.285
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.35 (ปานกลาง)	3.15	29.10 (ปานกลาง)	4.90	-4.309	.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85.00 (ปานกลาง)	10.00	91.00 (ปานกลาง)	13.78	-0.211	.048*

*p < .05

จากตารางที่ 5 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 85.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองเท่ากับ 91.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (t = -4.309) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (t = -0.211) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Dependent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านร่างกาย	23.30 (ปานกลาง)	1.97	23.30 (ปานกลาง)	4.07	0.000	1.000
ด้านจิตใจ	21.80 (ปานกลาง)	3.17	21.80 (ปานกลาง)	3.77	0.000	1.000
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.20 (ปานกลาง)	1.67	9.55 (ปานกลาง)	2.35	-0.588	.563
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.45 (ปานกลาง)	3.57	28.20 (ปานกลาง)	5.60	-1.998	.600
คุณภาพชีวิตโดยรวม	86.40 (ปานกลาง)	6.50	89.70 (ปานกลาง)	14.26	-1.236	.232

*p < .05

จากตารางที่ 6 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 86.40 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองเท่ากับ 89.70 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านร่างกาย	23.70 (ปานกลาง)	4.05	23.30 (ปานกลาง)	1.976	0.397	.695
ด้านจิตใจ	21.40 (ปานกลาง)	3.80	21.80 (ปานกลาง)	3.172	-0.361	.720
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8.80 (ปานกลาง)	1.60	9.20 (ปานกลาง)	1.673	-0.771	.446
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.35 (ปานกลาง)	3.15	25.45 (ปานกลาง)	3.575	-1.032	.309
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85.00 (ปานกลาง)	10.00	86.40 (ปานกลาง)	6.52	-0.525	.603

*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านร่างกาย	24.00 (ปานกลาง)	3.96	23.30 (ปานกลาง)	4.07	0.551	.585
ด้านจิตใจ	21.55 (ปานกลาง)	3.61	21.80 (ปานกลาง)	3.77	-0.214	.832
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.45 (ปานกลาง)	2.41	9.55 (ปานกลาง)	2.35	-0.133	.895
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.10 (ปานกลาง)	4.90	28.20 (ปานกลาง)	5.60	0.54	.592
คุณภาพชีวิตโดยรวม	91.00 (ปานกลาง)	13.78	89.70 (ปานกลาง)	14.26	-0.525	.771

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพมีคุณภาพชีวิตไม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เตรียมความพร้อมวางแผนการจำหน่าย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์ จำนวน 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน วิธีการสุ่ม (Random assignment) โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched- pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอรริยะ, 2552; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011) แบ่งเป็นช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วย ได้แก่ 2-5 ปี และ 6-10 ปี เมื่อผู้วิจัยทำการจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และได้กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ดังมีรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Copeland (2002) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างและเนื้อหาของโปรแกรมและเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง กำหนดเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เพื่อค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต โดยความหวัง เป็นปัจจัยสำคัญของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน และจัดทำแผนสำหรับตนเองเมื่อมีตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนได้

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเอง บอกแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตได้และสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร เพื่อให้รู้จักและเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทาง

อารมณ์ การเข้าใจและยอมรับในฐานะสมาชิกของชุมชน บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่อง ความรับผิดชอบต่อตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้วางแผนการดำเนินการตามแผนที่วางเมื่อได้รับการจำหน่ายสู่ชุมชนสามารถนำแผนการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปปฏิบัติได้

การติดตามประเมินผล

โดยติดตามการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

สำหรับการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของแผนกิจกรรมไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบหาความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาจากนั้นนำแผนกิจกรรมของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นด้วยกับแผนกิจกรรมของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแก้ไขเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับด้านภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน ครบ 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพก่อนนำไปใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้ (Try out) นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อนำมาปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สร้างแบบสอบถามโดยมีข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มัทนรินทร์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .65 โดยเปรียบเทียบกับแบบวัด WHOQOL -100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่โดยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะตามเกณฑ์ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแต่ละองค์ประกอบของเครื่องมือ พบว่า องค์ประกอบด้านร่างกาย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.92 และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของ Hancock (2016) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Copeland, 2002) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 จำนวน 38 ฉบับภาษาไทยของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) ผู้วิจัยทำการผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใหม่พบว่าแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ .94 นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้มีความรู้และมีสมรรถนะในการให้ความรู้โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ wellness recovery action plan: WRAP หรือ (Copeland, 2002) รวมทั้งหลักการสอน การจัดทำสื่อต่างๆ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 พัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไคแก โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้ป่วยจิตเภท คู่มือความรู้การฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้ป่วยจิตเภท ประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยเครื่องมือชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOOL-BREF-THAI)

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปเสนอต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองในการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

1.5 ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อแนะนำตัวและทำการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลแผนในการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.6 เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในแต่ละตึก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ โดยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Norman, Malla and McLean, 2000; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011; Forchuck et al., 2012) และระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Bobs and Gonzalaze, 1997; รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเสศ, ศันสนีย์ ประชุมศรีและกนกวรรณ บุญอรียะ, 2552; Makara-Studzinska, Wołyniak and Partyka, 2011) แบ่งเป็นช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วย ได้แก่ 2-5 ปี และ 6-10 ปี เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากที่ละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และได้กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

1.9 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) และประเมินระดับคุณภาพชีวิต

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรม การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Hancock (2016) ฉบับภาษาไทย โดยศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม

1) กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2) ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อมูลสำหรับกลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลปกติที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบได้รับการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ การดูแลให้ได้รับยาทางจิตและสารอาหารตามแผนการรักษา ดูแลการจำกัดพฤติกรรมไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท 2) การพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการบำบัดจิตสังคมรายบุคคลและรายกลุ่ม และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องยา การรักษาและคำปรึกษาตามอาการของผู้ป่วยจิตเภท

3) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

3.2 กลุ่มทดลอง

- 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในการทดลองสัปดาห์แรก ประเมินโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)
- 2) เมื่อครบเสร็จสิ้นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)
- 3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test) หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test) หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

2. คุณภาพชีวิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในระดับปานกลาง โดยสรุปคือคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดเช่นกัน

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีส่วนช่วยพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของ Copeland (2002) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นกิจกรรมให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ กิจกรรมรู้จักตัวตน รู้จักชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเอง รับรู้และเข้าใจโรคส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ (Copeland, 2002; Slade et al., 2014) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มการเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองหากผู้ป่วยมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการวางแผนเป้าหมายเพื่อทำกิจกรรมเกิดความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกิจกรรมครั้งนี้

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหวังและเป้าหมายชีวิต รวมทั้งให้ค้นหากำหนดความหวังและเป้าหมายชีวิต โดยความหวัง (hope) เป็นปัจจัยที่สำคัญของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตระหนักรู้

ยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดี ภายหลังจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป (Herth, 1990; Snyder, 1995; Miller, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasson-Ohayon et al. (2009) และ Sahrank et al. (2014) พบว่าความหวังเป็นตัวแปรกลางที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีความหวังและเป้าหมายชีวิตในการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ การตั้งเป้าหมาย การวางแผนวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น และการจูงใจที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (Snyder, 1965) เพราะเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jacobson and Greenley (2002) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้ดำเนินการตามแผนที่ตนเองมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง จะนำไปสู่การกระทำด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจมากกว่ามีคนอื่นมาทำให้ที่สำคัญความหวังเป็นถึงองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนสู่สภาวะและมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต เพราะเป็นตัวแปรกลางที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วยวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้น สัญญาณเตือนทั้งด้านการดำเนินชีวิต เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพของตน ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต (Copeland, 2002; Slade et al., 2014) กิจกรรมเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและได้วางแผนกำกับตนเองเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พร่อง ความรู้และข้อมูล ความเข้าใจ การวางแผนจัดการเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนเพื่อเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาล (ไปรษณีย์ กสิพันธุ์ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2541; ดวงมล สระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2558) การอธิบายถึงสาเหตุของแผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนเพื่อเชื่อมโยงการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และ เข้าใจรวมถึงการกำกับตนเองได้ กระทั่งหรือรื้อฟื้นว่าตนต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้อาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถดำเนินชีวิตได้

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเอง และสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้ รวมทั้งแผนภายหลังจากการเกิดภาวะวิกฤตของตนเองเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ (Copeland, 2002; Slade et al., 2014) ซึ่งเป็นการให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของการกำกับตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ และสามารถกำกับตนเองเกี่ยวกับอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ส่งผลต่อ

ทักษะที่จำเป็นที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลงตลอดจนถึงหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ Slade et al. (2014) และวลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ (2558) พบว่าการได้รับการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการกำกับตนเองจากอาการทางจิตช่วยในผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองแต่หากเกินกำลังความสามารถผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคม บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Caron et al., 1998; วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) และหทัยรัฐณ์ วารินทร์ (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจการดูแลตามแผนการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการดำเนินชีวิตร่วมในชุมชนได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของรุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ (2552) ผล การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยให้ค้นหาแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากรจึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมี คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถรับผิดชอบต่อตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการฟื้นคืนสุขภาพที่วางไว้ โดยสมาชิกในครอบครัวเป็น แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด มีบทบาทในการสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้ เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เป็นต้น กิจกรรมนี้เป็นการสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน สิทธิประโยชน์และสวัสดิการความ ค้ำครองต่างๆ ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตในชุมชนและการให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงวิธีการดูแลที่ เหมาะสมที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมแก่ครอบครัวและ ชุมชนตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2554) และ Slade et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหากได้รับการสนับสนุนทาง สังคมที่ดี จะเกิดการเปลี่ยนแปลงปรับพฤติกรรม เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ส่งผลให้มี การพัฒนาทักษะทางการสื่อสาร รวมถึงทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นมีการปรับตัวทาง สังคมที่ดีขึ้นนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ ได้แก่ ปกติดา ภาณุพิศุทธิ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะที่มีต่อ ความหวังและคุณภาพชีวิต พบว่าโปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพะต่อความหวังและคุณภาพชีวิต ของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชมี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากร และ 2) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะทั้งสองรูปแบบ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังแต่ประสิทธิผลของทั้งสองรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตยังไม่ชัดเจน จึง ต้องมีการทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาผลที่มีต่อคุณภาพชีวิตต่อไป การศึกษาของ Zhang et al. (2010) ศึกษาประสิทธิผลของฟื้นฟูการฟื้นคืนสู่สุขภาพะในผู้ป่วยจิตเวชเชื้อชาติจีนที่อาศัยในประเทศ นิวซีแลนด์ ศึกษาแบบแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบโปรแกรมแผนการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพจิตของผู้ป่วยเชื้อชาติจีนได้ ข้อเสนอแนะมีการเสนอ ข้อมูลให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบโปรแกรมให้เข้าวัฒนธรรมและเชื้อชาตินั้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ ได้แก่ การศึกษาของ Cook et al. (2012) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต(WHOQOL) ความหวัง(HS) ดีกว่ากลุ่ม ควบคุม จากการศึกษา Winnie et al. (2016) ศึกษาประสิทธิผลของฟื้นฟูการฟื้นคืนสู่สุขภาพะใน ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเชื้อชาติจีนฮ่องกง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพะช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อ องค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทได้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะตามแนวคิดของ Copeland (2002) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดขณะที่ทำกลุ่มดังนี้ “ผมว่าผมจะเลิกเล่นยาแล้ว ผมวางแผนไว้ถ้าออกไปผมจะเปิดร้านสัก ผมชอบสักดูตาม ตัวผม แต่ผมจะไม่ไปเปิดแถวบ้านนะไม่ค่อยมีคนชอบ คิดไว้ว่าจะไปอยู่กับพี่สาวที่ชลแควพัตยา ผมมี เงินสัก ก่อนว่าจะไปเปิดที่นั่นรายได้คงดี พี่สาวผมก็น่าจะให้เปิดอยู่” “จริงๆแล้วพี่สาวกับพ่อก็ตาผมเหมือน เดิม เขาบ่นผมประจำ ผมนี้แหละที่เปลี่ยนไปกลับไป บ้านผมก็จะให้พี่สาวจัดยาให้ผมกินก่อนแล้วผม จะขอจัดยากินเองตามหมอบอก ผู้ใหญ่บอกให้ผมเป็น อพปร. หมู่บ้านถ้าผมอาการดี ผมอยากเป็น ตำรวจบ้าน” “ตอนฉันเดือดร้อน ฉันไม่รู้จะพึ่งใคร ฉันไปหาหมอที่อนามัยก่อน บ้านฉันโทรมาฉันก็ไป หา ผู้ใหญ่แต่มันช้าหลังคามันรั่ว ฉันเลยไปอำเภอนายอำเภอละเลยให้ อบต.กับผู้ใหญ่มาทำบ้าน ให้ฉัน ถ้าฉันไม่ได้บ้านนะ ฉันจะไปหาผู้ว่า ฉันต้องดูแลตัวเองให้ได้จะได้กลับไปบ้านพร้อมลูก อยู่อีก

ตึกหนึ่ง” “ครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายแน่นอน ผมรู้แล้วว่าผมต้องทำอย่างไร แผนที่ผมวางไว้จะทำให้ผมอยู่กับที่บ้านอยู่กับเพื่อนไม่ต้องมาอนโรนโรนอีก” “ผมว่าผมทำได้ อยู่ ผมรู้สึกอบอุ่นตอนอยู่ที่นี้ ไม่ใช่ ผมมีปัญหาคนเดียว แผนที่ผมวางไว้ผมจะลองทำให้ได้ตามที่เขียน ตอนนี้อยู่คนเดียว”

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพไม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพไม่แตกต่างกัน แม้จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพมีปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม การแสดงออก มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้ง รักษาหายขาดหรือกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) เนื่องจากโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีจากการมุ่งเน้นด้านชีวการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตเพราะการดูแลตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะดูแลเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพแต่ละบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เป็นเรื้อรังและรักษาไม่หาย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลในทุก ๆ ด้าน (Jacobson and Greenley, 2001; Kaewprom, 2011; Slade et al., 2014) นอกจากการที่ผู้ป่วย

จิตเภทได้รับมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตามมา (วีระยุทธ บุปผาธา, 2554)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นการบำบัดโดยเน้นการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการเข้ากลุ่มเพื่อรับความรู้ในเรื่องเดียวกัน เน้นการสอนเพื่อให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย แต่ในส่วนรายละเอียดและวิธีการที่ต่างกันของ 2 รูปแบบการพยาบาลตามปกติไม่ได้จัดกระทำให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี และลดช่องว่างการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะเป็นวิธีการที่ตอบสนองความต้องการให้แก่ผู้ป่วยได้ดีเพราะผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอยู่บ้าง (วีระยุทธ บุปผาธา, 2554) และมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้เพียงระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ผู้ป่วยไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บทพร่องการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (วีระยุทธ บุปผาธา, 2554) เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ Cook et al. (2012) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความหวัง (HS) ดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jonikas et al. (2013) ศึกษาการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชผ่านรูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่เข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) และความหวัง (HS) ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและติดตามผลใน 6 เดือน ผลที่เกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตรวมถึงได้รับการสนับสนุนต่อการเจ็บป่วยด้วยตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชที่ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพยาบาลจิตเวชให้การดูแลและสามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เพราะการดูแลตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะดูแลเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เป็นเรื้อรังและรักษาไม่หายก็

ตาม ทิ้งนี้ในรูปแบบกิจกรรมต้องสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีลักษณะพึงพิงรูปแบบการดูแลรักษาทางการแพทย์มากกว่าการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถดูแลตนเองได้เพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อนานขึ้นเกิดความเบื่อหน่ายกับการรับประทานยาที่ยาวนานและการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากปกติทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกับศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น “เบื่อการกินยา โกรธที่ใครๆ ถามเรื่อง ยาคับ” “ผมกินยามาหลายปีแล้วผมเบื่อ ผมว่าตอนกินอาการผมดีทำงานได้ อยากลองหยุดยาเอง พอผมหยุดผมมีหูแว่ว เสียงมันมาสั่งให้ผมทำโน่นนี่” “คือผมไม่แน่ใจว่าตัวเองป่วยเป็นโรนะ ไม่รู้ว่าที่ผมเสพยา กินเหล้ามันมีผลไหม ผมว่าก็ไม่นะ เหล้าคนอื่นก็กินไม่เห็นเป็นไร อาจเป็นเพราะผมเสพยา แล้วมันหลอนแต่เหล้าผมไม่รู้มันเกี่ยวกับที่ผมมีอาการไหม” “ตอนฉันเดือดร้อน ฉันไม่รู้จะพึ่งใคร” “เมื่อก่อนฉันเหมือนคนตาบอด โดดเดี่ยว ไม่มีคนช่วย แต่พอหลังจากมีคนมาช่วยจูง รู้สึกดีมีคนคอยช่วยเหลือฉัน เวลาฉันไม่มีใคร” เป็นต้น หากผู้ป่วยได้รับการปรับรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้พัฒนาผู้ป่วยจิตเภทให้มีความสามารถในการรับมือและปรับตัวกับผลกระทบดังกล่าวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

ตามแนวคิดของ Copeland (2002) ในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้เป็นลักษณะของกระบวนการที่เป็นลำดับความต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดกระบวนการ (non-linear process) แต่เป็นลักษณะการขึ้นลงของกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอด ผู้ป่วยจิตเวชบางรายมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างรวดเร็วภายใน 1-2 ปี บางรายใช้เวลาจนถึง 10 ปี ขึ้นกับประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลนั้น (Wilken, 2007; เศรษฐา แก้วพรม, 2555)

จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยสรุปแม้หลังการทดลองคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกันแต่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้ที่จะนำรูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพภาวะควรมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทางเพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง พัฒนาตนเองให้สังคมยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนกับคนอื่นเพราะจะช่วยให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและอัตราการกลับป่วยซ้ำ
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำกิจกรรมไปใช้ เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเกิดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้บำบัด
4. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการเจ็บป่วย จึงควรนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไปใช้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและการติดตามผลต่อเป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทว่ามีเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากเดิมหรือไม่อย่างไร โปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้นานเพียงใด เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่ใช้ในการวิจัยอาจส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวิเคราะห์และหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบดูแลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละโรคต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554 ขอนแก่น.
- จันทร์หา ธีระสมบุรณ์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารกรมสุขภาพจิต, 4(1), 117-126.
- เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 23(2), 73-80.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์. (2555). ระยะโรคสงบและการฟื้นฟูตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(3), 357-370.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเหลียงที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3(1), 24-36.
- ดวงกมล สระบุรี และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2558). ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทิดศักดิ์ เดชคง, อินทิรา ปัทมินทร, อุษา พังธรรม, ธัญลักษณ์ แก้วเมือง และอภิสิทธิ์ ฤธาทิพย์. (2547). คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต: วงศ์กมล โปรดักชั่น.
- นรวิโร พุมจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 146-156.
- นิภา ยิ้มเฟื่อง และปภาจิต บุตรสุวรรณ (2558). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะของหอผู้ป่วยพิเศษชาย 8: รายงานผู้ป่วย 3 ราย. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 16(1), 19-31.
- ธีรภา ธาณี. (2551). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551 กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข.

บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, มานิต ศรีสุรภานนท์, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย.

พิเชฐ อุดมรัตน์, กิเตอร์ อลัน และประหยัด ประภาพรหม. (2550). Reliability and validity of the Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) = ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 90(11), 2548-2593.

บุญใจ ศรีสถิตยน์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.

ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อารียา เตชไพสิฐพงศ์ และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2559).

ประสิทธิผลโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1), 34-51.

ไพรยทิพย์ กสิพันธุ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2541). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พยุงค์กัต์ ผางแก้ว. (2558). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณະไชย, และสุบิน สมิน้อย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(3), 113-121.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-9.

- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). ผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 3(1), 1-11.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. (2561). แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561. นครราชสีมา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). แนวปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชน. นนทบุรี: พรอสเพอริตีพลัส.
- วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑาทย์ ชัยเสนา ดาลลาส. (2558). ผลของใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(1), 68-79.
- วีระยุทธ บุปผาธา. (2554). รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทราภรณ์ พุงปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2558). บทบรรณาธิการ. วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต, 15(58), 3.
- สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล, 42(3), 159-168.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ
 ราณี พรมานะรังกุล (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ
 ภาษาไทย. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของ
 ประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
 หงษ์ บันเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 พระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 ท้ายรัฐณ์ วารินทร์ (2555). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาล
 ศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
 อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทรไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวารินทร์ ถาน้อย. (2557). การ
 พยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พรินติงค์แอนด์พลับลิชชิง.
 อุมภาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันดา
 การพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Agius, M., Shah, S., Ramkisson, R., Murphy, S., and Zaman, R. (2007). Three year
 outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with
 treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental
 health team-final results. *Psychiatria Danubina*, *19*(3), 130-138.
 American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of
 mental disorders* (4 th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
 Andresen, R., Oades, L., and Caputi, P. (2003). The experience of recovery from
 schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and
 New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594.
 Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the
 mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4),

11-23.

- Barry, M., and Crosby, C. (1996). Quality of life an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long term psychiatric disorder. *British of Psychiatry*, *168*, 210-216.
- Benaiges, I., Prat, G., and Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of life outcomes*, 106-128.
- Bigelow, D. A., and Young, D. J. (1991). Effectiveness of a case management program. *Community Mental Health Journal*, *27*(2), 115–123.
- Bobes, J., and Gonzalez, M.P. (1997). *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley and sons.
- Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., and Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services*, *62*(12), 1470-1476.
- Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P., and Toumi M. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, *13*(15), 1-8.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., and Callaghan EO. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology, and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatry Scandinavia*, *94*, 24-118.
- Buchanon-Barker, P., and Barker, P.J. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*, 93-100.
- Capenter, W. T., Heinrichs, D. W., and Alphas, L. D. (1985). Treatment of negative symptom. *Schizophrenia Bull*, *11*, 440-452.
- Caron, J., Tempier R., Mercier, C., and Leouffre P. (1998). Component of social support and quality of life in severely mentally ill, low income and a general population group. *Community Mental Health Journal*, *34*(5), 459-475.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., Carter, T. M., and Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia*

- Bulletin, 38(4), 881-891.
- Copeland E. M. (2002). Wellness Recovery Action Plan. Occupational therapy in mental health, 17(3-4), 127-150.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental care. American Psychologist, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Fung, K. M. T., and Tsang, H. W. H., (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. Psychiatric Rehabilitation Journal, 32(2), 95-104.
- Cutcliffe, J. and Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. British Journal of Nursing, 11(13), 885-893.
- Dickerson, F. B., Pratt, F., and Ringle, N. (2000) .The Relationship among three Measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. Journal of Clinical psychology, 56, 1509-1519.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., and Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. Psychiatric Services, 62(6), 606-612.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., and Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. Community mental health journal, 41(2), 141-158.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. Research Nursing Health, 15, 29-38.
- Forchuk, C., Martin, M.L., Jensen, E., and Ouseley, S. (2012). Integrating the transitional relationship model into clinical practice. Archives of Psychiatric Nursing, 26(5), 374-381.
- Frank-Stromberg, M. (1984). Selecting an Instruments to Measure quality of Life. Once Nurse Forum, 11(5), 88-91.
- Gill, T., and Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of life measurements. The Journal of the American Medical Association, 272, 619-626.
- Green, C.bA., Fenn, D. S., Moussaoui, D., Kadri, N., and Hoffman W. F. (2001). Quality of life in treated and never-treated schizophrenia patients. Acta Psychiatry

- Scandinavia, 103, 131-142.
- Grove, S.K., Burns, N., and Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: appraisal synthesis and generation of evidence*. 7th Ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Gupta, S., Hendricks, S., Kenkel, M. A., Bhatia, C. S., and Haffke, A. E. (1996). Relapse in Schizophrenia is there a relationship to substance abuse?. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 153-156.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Bundy, A. C., and Honey, A. (2016). *Recovery Assessment Scale –Domains & Stages (RAS-DS) Manual- Version 2*. Sydney; University of Sydney.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Bundy, A. C., and Honey, A. (2016). *Recovery Assessment Scale –Domains & Stages (RAS-DS) Manual-Version 2 Thai version: Prepared by Dr Supalak Khemthong*. Sydney: University of Sydney.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., and Rozencwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167(3), 231-238.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., and Carpenter, W. T. (1984). The Quality of life scale. *Schizophrenia Bull*, 10, 388-398.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., and Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3041-3048.
- Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., and Hruby, R. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 265-274.
- IsHak, W. W., Greenberg, J. M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H., and Rapaport, M. H. (2011). Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(5), 229-239.

- Jacobson, N., and Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Jonikas, A. J., Grey, D. D., Copeland, E. M., Razzano, L., Hamilton, M. M., Floyd, B. C., Hudson, B. W., and Cook, A. J. (2013). Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260-269.
- Kaewprom, C. (2011). Perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia among Thai mental health nurses. Unpublished Doctor of Philosophy Thesis. School of Nursing Midwifery and Indigenous Health, Faculty of Health and Behavior Sciences. University of Wollongong.
- Kaewprom, C., Curtis, J., and Deane, F. (2009). Nurses' perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia: a descriptive qualitative study. *African Journal of Health Science*, 3(1), 1-12.
- Katschnig, H. (1997), How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley, 3-16.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., and Opier, L. D. (1987). The positive and negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kidd, S., Kenny, A., and McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional health service: An action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., and Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1), 232-245.
- Linstrom, E. and Binglefors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 18, 105-124.
- Lysaker, P. H., Salyers, M. P., Tsai, J., Spurrier, L. Y., Louanne, W., and Davis, L. W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45, 911-

920.

- Makara-Studzinska, M., Wołyniak M., and Partyka, I. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(1), 31-34.
- McCann, T. V. (2002). Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20(1), 81-99.
- McGorry, P., Killackey, E., Lambert, T., and Lambert, M. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1-30.
- McGorry, P. D., Nelson, B., Goldstone, S., and Yung, A. R. (2010). Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 486-497.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M., and Connally, F. (2014). Recovery-oriented care in a secure mental health setting: Striving for a Good Life. *Journal of forensic nursing*, 10(2), 63-69.
- McLoughlin, K. A., Du Wick, A., Collazzi, C. M., and Puntil, C. (2013). Recovery-oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 152-159.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 32-38.
- Mercier, C., and King, S. (1994). A latent variabel causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 89, 72-77.
- Mercier, C., Peladeau, N., and Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 487-499.
- Miller, F.J. (2007). Hope : A construct central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12-19.
- Moller, M. D., and Murphy, M. F. (2001). Neuro biological responses and schizophrenia psychotic disorder. *Principle and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Missouri.

- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macri, A., and Rocca P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, *220*, 102-111.
- Moons, P., Budts, W., and De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, *43*(7), 891-901.
- Norman, R. M., Malla A. K., and McLean, T. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning on schizophrenia to general well-being and quality of life scale. *Acta Psychiatria Scandinavia*, *102*, 303-309.
- Nick, M.D. (2006). Group Therapy with schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 937-938.
- Oliver, P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., and Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*, 76-83.
- Overall, J. E. and Gorham, D. R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, *10*, 799-812.
- Polit, D. and Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Razali, S. M., Hussein, S., and Ismail, T. (2010). Perceived stigma and self - esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal*, *17*(4), 255-260.
- Roe, D., and Swarbrick, M. (2007). A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *45*(2), 35-40.
- Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C., and Tansella, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: the South-Verona outcome project 5. *Acta Psychiatria Scandinavia*, *105*, 131-140.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., and Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry*, *178*(3), 268-275.

- Sadock, B.J. and Sadock, V. A. (2000). *Synopsis of Psychiatry* (9th.ed). Philadelphia: Lippincott.
- Salyers, M. P., Mc Guire, A. B., Kukla, M., Fukui, S., Lysaker, P. H., and Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of illness management and recovery with an active control group. *Psychiatric Services*, *65*(8), 1005-1011.
- Schaefer, C., Colyne, C., and Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, *4*, 381-406.
- Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., and Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *23*(03), 271-279.
- Schulz, B., and Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma : A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, *56*(2), 299-312.
- Seeherunwong A., Boontong T., Sindhu S., and Nilchaikovit T. (2002). Self-regaining from lose of self: A substantive theory of recovering from depression of middle-aged Thai women. *Thai Journal Nursing Research*, *6*(4), 186-99.
- Sidlova, M., Prasko, J., Jelenova, D., Kovacsova, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., and Vrbova, K. (2011). The quality of life of patients suffering from schizophrenia—a comparison with healthy controls. *journal of the Palacký University*, *155*(2), 173-180.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., and Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353-364.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., and Panther, G. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, *73*(3), 355-360.
- Spilker, B. (1990). Introduction, in Spilker B (ed). *Quality of Life assessment in*

- clinical trial. New York: Raven Press.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., and Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, *43* (2), 476-493.
- Stotland, N. L., Mattson, M. G., and Bergeson, S. (2008). The recovery concept: Clinician and consumer perspectives. *Journal of Psychiatric Practice*, *14*(S2), 45-54.
- Suttajit, S. and Pilakanta, S. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 1371–1379.
- Tandon, R. and Jibson, M. (2002). Negative symptoms of schizophrenia: How to treat them most effectively. *Current Psychiatry*, *1*(9), 36-42.
- Tempier, R. (1998). Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparative study. *Community mental health journal*, *34*(5), 477-485.
- Tomatake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medication Investigation*, *58*, 167-174.
- UNESCO. (1980). Evaluation the quality of life in Belgium. *Social Indicators Research*, *83*, 12-19.
- Vandiver, V.L. (1998). Quality of life, gender and schizophrenia: A cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Mental Health Journal*, *34*(5), 501-511.
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., and Latalova, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 567-575.
- Wenli Zhang, Suet Yi Wong, Yanbing Li, Hong-Shiow Yeh, and Yue Zhao. (2010). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP) : Effectiveness with Chinese consumers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, *21*(4), 94-102.
- Wilken, J. P. (2007). Understanding recovery from psychosis. A growing body of knowledge. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, *44*(5), 2-9.
- Wing, J. K., and Brown, G. W. (1970). *Institutionalism And Schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals*. London: Cambridge University Press.

- Winnie W. S. Mak, Randolph C. H. Chana, Ingrid H. Y. Panga, Nicola Y. L. Chunga, Sania S. W. Yaub, and Jessica P. S. Tang. (2016). Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 235–251.
- World Health Organization Quality Of Life Group. (1996). What quality of life? World Health Organization quality of life assessment. *World Health Forum*, 17(4), 354 – 356.
- World Health Organization Quality Of Life Group. (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO.
- Worley, K. N. (1997). *Mental Health Nursing in community*. St. Louis: Mosby.
- Yu-TAO Xiang, Yong-Zhen Weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, and Gabor s Ungvari. (2007). Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: Relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 442-449.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.
- Zhang, W., Wong, S. Y., Li, Y., Yeh, H. S., and Zhao Y. (2010). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): Effectiveness with Chinese consumers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 22(1), 92-102.
- Zelst, C. V. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: A user perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 293–296.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ธวัชวัฒน์ พืรวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. อาจารย์ ดร. ศักดา ชำคม	อาจารย์พยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล จิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. ดร. นพรัตน์ ไชยขำนิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
4. นางณัฐกานต์ ใจบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นางสาวปรานีdit ชุ่มพุทธรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์



การคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

$$CVI = \frac{6}{6} = 1.0$$

6

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

$$CVI = \frac{36}{38} = 0.94$$

38

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ในแต่ละองค์ประกอบของเครื่องมือ พบว่าองค์ประกอบด้านร่างกาย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

WHOQOL BREF-THAI	Cronbach's Alpha	N of Item
ด้านร่างกาย	.93	7
ด้านจิตใจ	.92	6
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	.92	3
ด้านสิ่งแวดล้อม	.92	8
โดยรวม	.93	2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

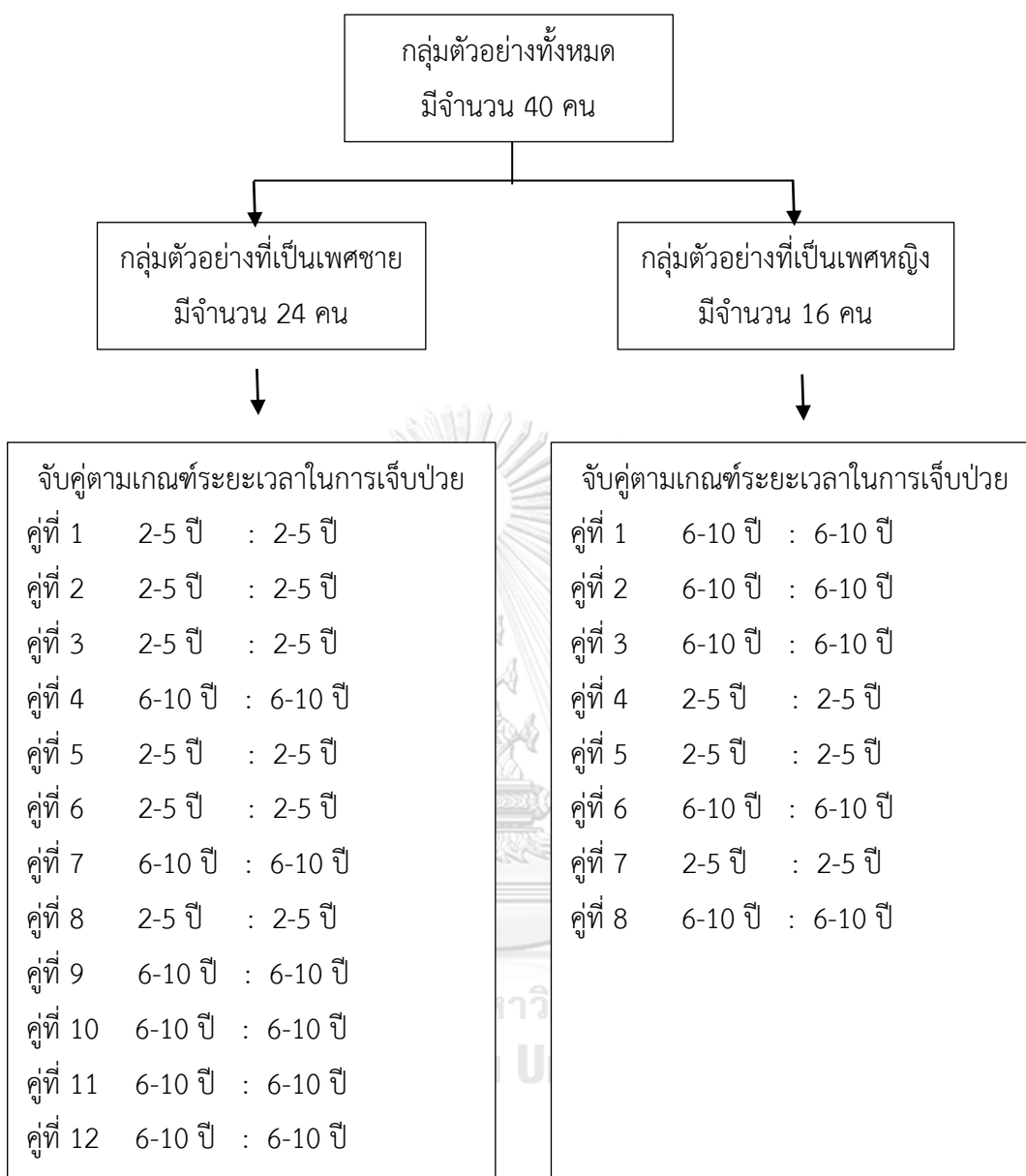
2. แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Hancock (2016) เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

Cronbach's Alpha	N of Item
.93	38

ภาคผนวก ค
แสดงขั้นตอนการ Match Pair กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
และแสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Match Pair) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลองเป็นคู่


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แสดงขั้นตอนการ Match Pair กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Match Pair) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลองเป็นคู่

จับคู่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	เพศ	ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
คู่ที่ 1	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 2	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 3	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 4	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 5	ชาย	2-5 ปี	ชาย	2-5 ปี
คู่ที่ 6	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 7	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 8	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 9	ชาย	2-5 ปี	ชาย	2-5 ปี
คู่ที่ 10	ชาย	2-5 ปี	ชาย	2-5 ปี
คู่ที่ 11	ชาย	2-5 ปี	ชาย	2-5 ปี
คู่ที่ 12	หญิง	2-5 ปี	หญิง	2-5 ปี
คู่ที่ 13	หญิง	2-5 ปี	หญิง	2-5 ปี
คู่ที่ 14	ชาย	2-5 ปี	ชาย	2-5 ปี
คู่ที่ 15	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 16	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 17	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี
คู่ที่ 18	หญิง	2-5 ปี	หญิง	2-5 ปี
คู่ที่ 19	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 20	ชาย	6-10 ปี	ชาย	6-10 ปี



ภาคผนวก ง
แสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
ที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
ที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ

คนที่	คะแนนก่อนทดลอง	การแปลผล	คะแนนหลังทดลอง	การแปลผล
1	144	ดี	142	ดี
2	121	ดี	128	ดี
3	88	ปานกลาง	89	ปานกลาง
4	88	ปานกลาง	115	ดี
5	150	ดี	151	ดี
6	127	ดี	138	ดี
7	115	ดี	121	ดี
8	90	ปานกลาง	128	ดี
9	121	ดี	116	ดี
10	119	ดี	124	ดี
11	120	ดี	127	ดี
12	117	ดี	131	ดี
13	90	ปานกลาง	130	ดี
14	130	ดี	123	ดี
15	114	ปานกลาง	105	ดี
16	117	ดี	111	ปานกลาง
17	70	ไม่ดี	151	ดี
18	114	ปานกลาง	135	ดี
19	135	ดี	136	ดี
20	118	ดี	125	ดี



ภาคผนวก จ

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Pair Sample T-test
และเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent T-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองด้วย Pair Sample T-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	InterPre	85.0000	20	10.00000	2.23607
	InterPost	91.0000	20	13.78787	3.08306



Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 InterPre - InterPost	-6.00000	12.69065	2.83772	-11.93941	-.06059	-2.114	19	.048

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มควบคุมด้วย Pair Sample T-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ConPre	86.4000	20	6.50829	2.23607
	Conpost	89.7000	20	14.26110	3.08306



Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 InterPre - InterPost	-3.30000	11.94329	2.67060	-8.88963	2.28963	-1.236	19	.232

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent T-test

Group Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ScorePre ทดลอง	20	85.0000	10.00000	2.23607
ควบคุม	20	86.4000	6.50829	1.45530

Independent Samples Test

	Levene' Test for Equality of Variances		t-test for Equality of means						
			t	df	Sig.(2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence interval of the Difference	
	F	Sig.					Lower	Upper	
ScorePre Equal variances Assumed	3.072	.088	-.525	38	.603	-1.40000	2.66794	-6.80096	4.00096
Equal variances not Assumed			-.525	32.647	.603	-1.40000	2.66794	-6.83019	4.03019

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent T-test

Group Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ScorePost ทดลอง	20	91.0000	13.78787	3.08306
ควบคุม	20	89.7000	14.26110	3.18888

I
n
d
e

pendent Samples Test

	Levene' Test for Equality of Variances		t-test for Equality of means						
			t	df	Sig.(2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence interval of the Difference	
	F	Sig.					Lower	Upper	
ScorePostEqual variances Assumed	.215	.645	.293	38	.771	-1.30000	4.43556	-7.67933	10.27933
Equal variances not Assumed			.293	32.957	.771	-1.30000	4.43556	-7.67966	10.27966



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ

<input type="checkbox"/> 20-29 ปี	<input type="checkbox"/> 30-39 ปี
<input type="checkbox"/> 40-49 ปี	<input type="checkbox"/> 50-59 ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า/ร้าง
<input type="checkbox"/> แยกทางกันอยู่	
4. นับถือศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม
<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
5. การศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ป.ว.ส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ว่างาน
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

<input type="checkbox"/> 2-5 ปี	<input type="checkbox"/> 6-10 ปี
---------------------------------	----------------------------------
8. จำนวนครั้งการรับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่าน มากที่สุดโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่อะดกกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียง					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่วันใหม่(เรื่องงานหรือชีวิตประจำวัน)					
.					
.					
.					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

คำแนะนำ : ด้านล่างเป็นรายการที่อธิบายถึงบุคคล ซึ่งรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง โปรดอ่านแต่ละหัวข้ออย่างละเอียดและวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่อธิบายถึงตัวคุณได้ถูกต้องวงกลมเพียงตัวเลขเดียวในแต่ละข้อและไม่ควรข้ามข้อใดข้อหนึ่งไป

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่แน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	1
ไม่จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	3
จริงแน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด	4

ข้อ ที่	การฟื้นคืนสู่สุขภาพ	ไม่ จริง แน่ นอน	ไม่ จริง บาง ส่วน	จริง บาง ส่วน	จริง แน่ นอน
	การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านกายใจ Functional Recovery				
1	การมีความสุขสนุกสนานถือเป็นสิ่งสำคัญ				
2	การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ				
3	ฉันทำสิ่งที่มีความหมายต่อฉัน				
.				
.				
.				
38	ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับสถานการณ์ครอบครัวของฉัน				

คู่มือโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นายดริณ พงศธรสกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงคอมยุทธ์

อาจารย์ที่ปรึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 1

เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงออกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ เข้าใจการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผลกระทบและแนวทางการรักษา
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจเป้าหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. บอกถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการระบุนิสัยที่ไม่สบายใจดีและผลกระทบของการเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทยอมรับเข้าใจการเจ็บป่วย เกิดความตระหนักและกระตือรือร้นว่าตนเองต้องวางแผนและการดูแลสุขภาพอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการสุขภาพที่ดีของตนเอง สามารถตระหนักรู้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไร ต่อการเจ็บป่วยและสามารถหาแนวทางที่สมควรและดีที่สุดในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมแตกต่างไปจากปกติ ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง อาการจะค่อยๆ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากบุคลิกภาพเดิมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับปรุงหรือแก้ไขฟื้นคืนสู่สุขภาพจะทำให้เป็นโรคเรื้อรังและเกิดความเสื่อมในการดำรงชีวิต การดูแลสุขภาพ การใช้ชีวิตในสังคม

การฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่วนบุคคลที่มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย แม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็ตาม

ดังนั้นการเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพราะจะช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและไม่ตื่นตระหนกกับความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนยอมรับและเห็นความจำเป็นที่จะดูแลสุขภาพตนเองเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตของเรา
2. ใบความรู้ที่ 1.1 ใครๆ ก็ป่วยได้
3. ใบความรู้ที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษา
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษเอ4 กระดานไวท์บอร์ด สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (10 นาที)	<p>ทักทาย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม เปิดกลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกชี้แจงวัตถุประสงค์กติกา 2. ผู้นำกลุ่มนำทำกิจกรรม “ตบมือตามตัวเลข” โดยให้สมาชิกทั้งหมดยืนเป็นวงกลม <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้สมาชิกปรบมือตามจำนวนครั้งที่ผู้นำกลุ่มบอกเช่น ผู้นำกลุ่มสั่งปรบมือ 1 ครั้ง ให้สมาชิกปรบมือ 1 ครั้งตามคำสั่ง 2) ผู้นำกลุ่มบอกให้สมาชิกปรบมือตามคำสั่ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง 4 ครั้ง 5 ครั้ง โดยให้สมาชิกทำตาม 1-2 รอบเป็นการซ้อมก่อน 3) หลังจากนั้นเริ่มทำกิจกรรมจริง โดยผู้นำกลุ่มบอกจำนวนครั้งให้สมาชิกปรบมือซึ่งจะเพิ่มจำนวนการปรบมือจาก 1 ครั้ง เป็นปรบมือ 2-3 ครั้ง ตามที่ผู้นำกลุ่มบอกเป็นการละลายพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแนะนำชื่อตนเอง โดยแนะนำตามจังหวะประกอบเพลง “คุณชื่ออะไรคุณชื่ออะไร” “คุณชื่ออะไรคุณชื่ออะไร” “ฉันชื่อ....ชอบทำทำอะไรอย่างนี้” (สมาชิกกลุ่มตอบชื่อ...และทำท่าประกอบที่ตนเองชอบ) ทำแล้วสบายใจดีทำแล้วสบายใจดีทำทำอย่างนี้สบายใจจัง” ร้องเพลงวนจนครบสมาชิกทุกคนในกลุ่มเพื่อละลายพฤติกรรมและสร้างสัมพันธ์ภาพของ 	

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
	สมาชิกในกลุ่ม	
แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ (15 นาที)	1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ “อาการอะไรหรือเหตุการณ์ใดๆที่ทำให้พวกเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลจนได้มานั่งอยู่ในกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆขณะนี้” - อาการอะไรที่ทำให้เราได้มาโรงพยาบาล - อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการที่เกิดขึ้นบ้าง - มีการใช้สุราหรือสารเสพติดหรือเครื่องดื่มและเครื่องดื่มชูกำลังด้วยหรือไม่ - เกี่ยวกับการกินยาเป็นอย่างไรบ้าง - มีเหตุการณ์หรือสิ่งใดที่ทำให้เราไม่สามารถควบคุมได้หรือไม่ - ถ้าไม่มารักษาที่โรงพยาบาลจะส่งผลอย่างไร ต่อตนเอง ครอบครัว และคนรอบๆข้าง	ใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตของเรา
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (10 นาที)	3. ผู้นำกลุ่มสรุปอาการของสมาชิกแต่ละคน	
สะท้อนแนวคิดและ อภิปราย (15 นาที)	4. ให้ความรู้เรื่องอาการทางจิต สาเหตุผลกระทบความจำเป็นในการรักษา และความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ตนเองได้ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน แม้มีการเจ็บป่วย	ใบความรู้ที่ 1.1 โรคจิตเภท และแนวทางการรักษา ใบความรู้ที่ 1.2 ความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
ความคิดรวบยอด (10 นาที)	5. สรุปเนื้อหาและการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมวันนี้	
ประยุกต์แนวคิด (10 นาที)	6. ให้สมาชิก (กลุ่มใหญ่) บอกแนวทางการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	
สรุปกลุ่ม (10 นาที)	ให้สมาชิกสรุปสรุปเนื้อหาที่เรียน การเรียนรู้ที่ได้ครั้งนี้ และนัดหมายครั้งต่อไป	

ประเมินผล

1. บอกภาวะสุขภาพของตนและผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองได้

ใบกิจกรรมที่ 1

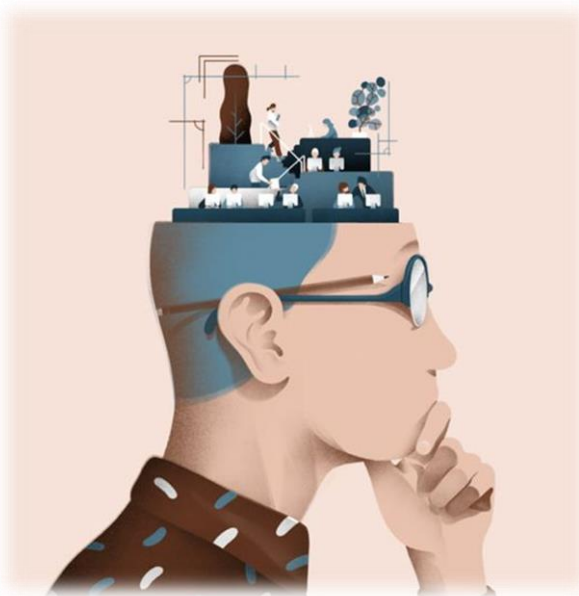
ชีวิตของเรา

“อาการอะไรหรือเหตุการณ์ใดๆที่ทำให้พวกเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลจนได้มานั่ง
อยู่ในกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆนะตอนนี้”

อาการอะไรที่ทำให้เราได้มาโรงพยาบาล



อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการที่เกิดขึ้นบ้าง



ใบกิจกรรมที่ 1

ชีวิตของเรา

“อาการอะไรหรือเหตุการณ์ใดๆที่ทำให้พวกเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลจนได้มานั่ง
อยู่ในกลุ่มร่วมกลุ่มกับเพื่อนๆนะตอนนี้”

มีการใช้สุราหรือสารเสพติดหรือเครื่องดื่มและ
เครื่องดื่มชูกำลังด้วยหรือไม่



เกี่ยวกับการกินยาเป็นอย่างไรบ้าง

ใบกิจกรรมที่ 1

ชีวิตของเรา

“อาการอะไรหรือเหตุการณ์ใดๆที่ทำให้พวกเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลจนได้มานั่ง
อยู่ในกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆขณะนี้”

มีเหตุการณ์หรือสิ่งใดที่ทำให้เราไม่สามารถ
ควบคุมได้หรือไม่



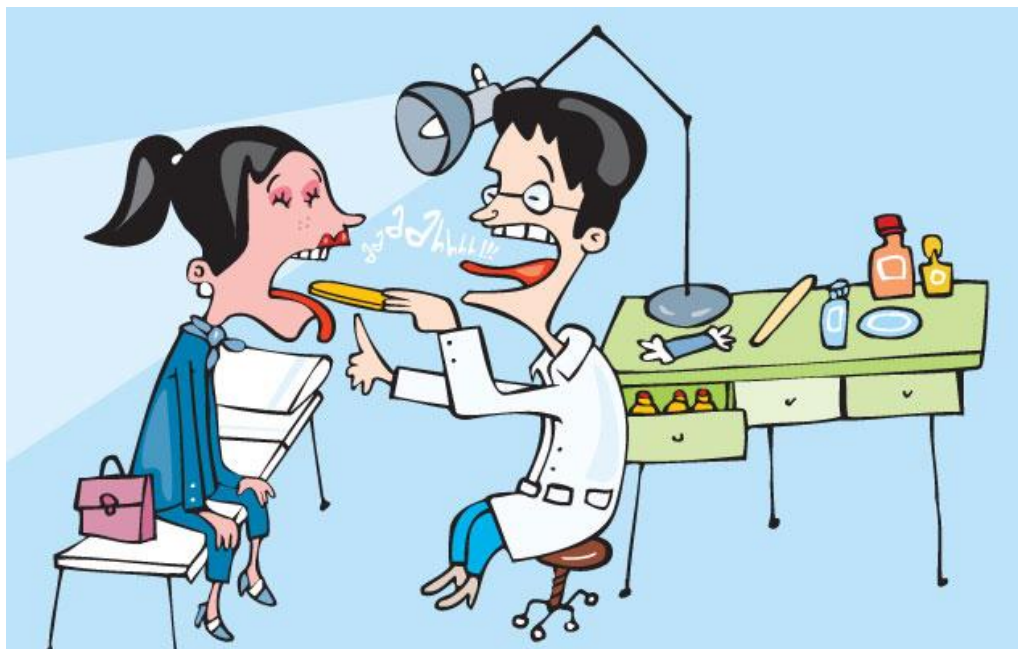
ถ้าไม่รักษาที่โรงพยาบาลจะส่งผลอย่างไร
ต่อตนเอง ครอบครัว และคนรอบๆข้าง



ใบความรู้ที่ 1.1

โรคจิตเภท และแนวทางการรักษา

ความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติมีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิต การทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคม สัมพันธภาพกับผู้อื่นและความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล คนทุกคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ คนจน คนรวย เพศหญิง เพศชายและทุกเชื้อชาติ



ใบความรู้ที่ 1.1

โรคจิตเภท และแนวทางการรักษา

โรคจิตเภท

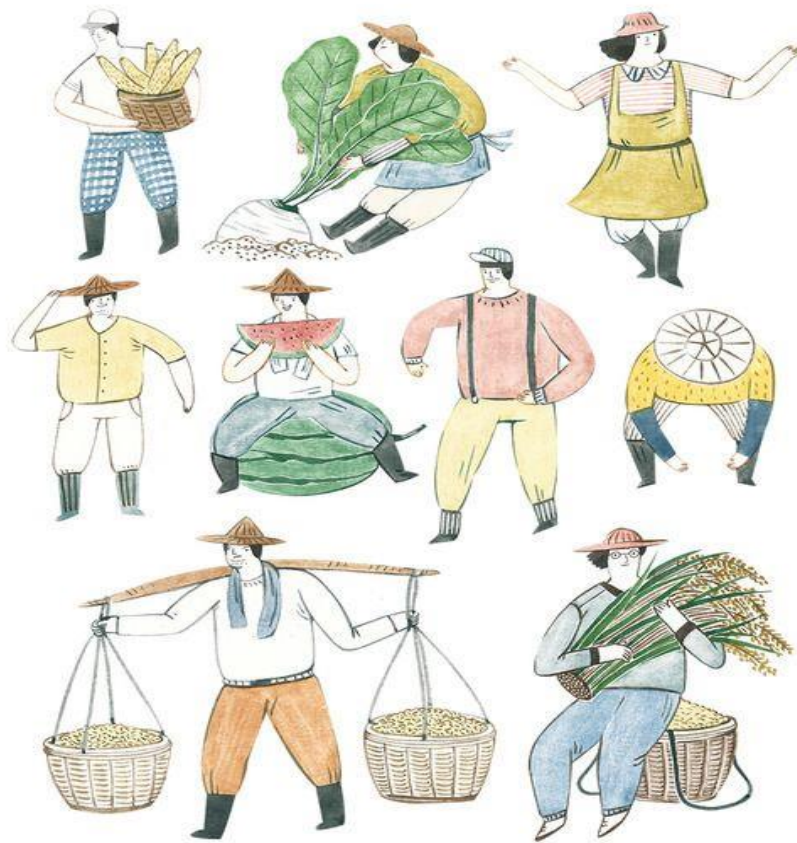
โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยแบ่งอาการออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเจ็บป่วยต่อเนื่องนาน 6 เดือน ส่งผลต่อการทำหน้าที่หลายๆ ด้านต่อการดำเนินชีวิตของเรา



คู่มือการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับบ้าน



แผนการดูแลสุขภาพดีของ



ความมั่นใจว่าสามารถทำได้ด้วยตนเอง

ประเมินก่อนและหลังร่วมกิจกรรม	คะแนน (ก่อน)	คะแนน (หลัง)
1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
2. ควบคุมการใช้สุรา/สารเสพติด/เครื่องดื่มชูกำลัง	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
3. ดูแลการกินยาของตนเอง	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
4. จัดการอาการทางจิตของตนเอง	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
5. สื่อสาร/ทำทีการแสดงออก/ควบคุมอารมณ์	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
6. ทำงานหรือประกอบอาชีพได้	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
7. มีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)
8. มีที่อยู่อาศัย/ปัจจัยจำเป็น	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)

(1) คะแนน หมายถึง ทำได้เองโดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือหรือกระตุ้น

(2) คะแนน หมายถึง ทำได้แต่มีการช่วยเหลือหรือกระตุ้นร่วมด้วย

(3) คะแนน หมายถึง ทำได้น้อยต้องมีคนจัดการให้เป็นส่วนใหญ่

ตัวอย่าง แผนการดูแลสุขภาพดี

วิธีปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดี



วิธีปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดี



1. แผนการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง

เป้าหมาย เพื่อ

1. สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้

2.....

3.....



วิธีปฏิบัติ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1.		ทำได้เองโดยไม่ต้อง กระตุ้น
2.		
3.		
4.		
5.		



ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขรับที่: 3224

วันที่: 09 ธันวาคม 2562 เวลา 16:42
มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกายภาพบำบัด

999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ฝ่ายวิชาการ พห

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่: 11 ธันวาคม 2562 เวลา 09:13

เลขรับที่: วช.00861

ที่ อว 78.39/ 1831

วันที่ - 6 ธ.ค. 2562

เรื่อง ขอรับอนุญาตให้เครื่องมือวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว 64.11/1537 เรื่องขอ
อนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพระดับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยนักศึกษาตรีศร พงศอรกุล และอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อม
ยุทธ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น

คณะกายภาพบำบัด อินทินันท์ให้นักศึกษาใช้แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพระดับ
ภาษาไทย ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.ศุภลักษณ์ เข็มทอง เพื่อทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จะขอบคุณยิ่ง

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

เลขาธิการ และสำนักเอกสารให้วิสิต ดำเนินการต่อไป

11 ธันวาคม 2562 เวลา 14:19

12 ธันวาคม 2562 เวลา 08:33

12 ธันวาคม 2562 เวลา 10:19

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภก.รุ่งทิพา วัลลະฐิติ)

คณบดีคณะกายภาพบำบัด

ทราบและโปรดดำเนินการตามเสนอ

13 ธันวาคม 2562 เวลา 15:47
ทนายวิจัย

โทร. 0 2441 5450 ต่อ 20220

โทรสาร 0 2441 5454



ที่ อว 64.11/ 1420



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายตรีณ พงศธรสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย และโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายตรีณ พงศธรสกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

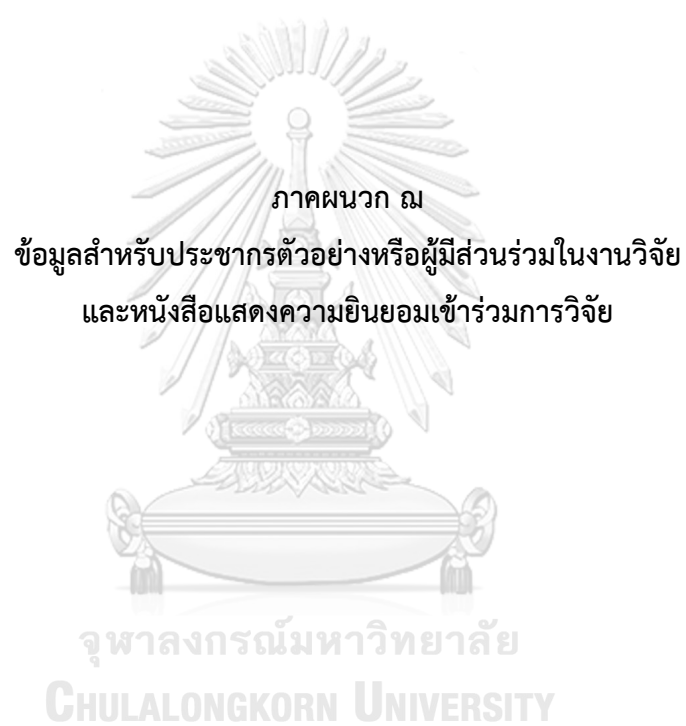
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

นายตรีณ พงศธรสกุล โทร. 08-7959-2499



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ)	ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท THE EFFECT OF RECOVERY ORIENTED PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
ชื่อผู้วิจัย	นายดริณ พงศธรสกุล นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	กลุ่มงานสนับสนุนและพัฒนาเครือข่าย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน	044-233977 ต่อ 65932
โทรศัพท์เคลื่อนที่	087-9592499

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ท่านควรทำความเข้าใจก่อนว่างานวิจัยในครั้งนี้เกิดขึ้นเพราะสาเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในเอกสารฉบับนี้ที่ยังขาดความชัดเจนได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- งานวิจัยนี้คือศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ
 - เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยครั้งนี้ คือ
 - ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเพิ่มคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 - ส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทเกิดความหวังและเสริมพลังใจในการรับผิดชอบต่อตนเองที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง
- การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมงานวิจัย และไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้
- การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการตัดสินใจนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ

6. ข้อมูลที่ท่านได้รับการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ไม่มีการนำข้อมูลนี้ไปเปิดเผยต่อผู้อื่น ยกเว้นคณะ ผู้วิจัย โดยผลการวิจัยที่ได้รับจะมีการนำเสนอในภาพรวมของข้อมูล และอาจมีการตีพิมพ์ และสรุปผลเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถาม ข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา
7. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง , นางสาว) ชื่อ.....สกุล..... อายุปี
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....
 เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูลจากผู้วิจัย ชื่อ นายดรณ พงศธรสกุล ที่อยู่
 633/18 ถนนมขมนตรี ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000 นิสิต
 ปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามที่ได้ลงนามด้านท้ายของ
 เอกสารนี้ ถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และแนวทางการศึกษานววิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่
 สุขภาวะต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งทราบถึงผลดีและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้
 ซักถามเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้ (นาย,นางสาว,นาง) ชื่อ..... นามสกุล
 ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ายินดีให้
 ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่รับจาก
 ข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิ์
 สามารถถอนตัวผู้ป่วยออกจากกรเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่งานวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้อง
 แจ้งเหตุผล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





บันทึกข้อความ

โครงการวิจัย
ที่ ๑๖๒๖
ปี ๒๕๖๒
๑๕.๕๕

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ที่ ศจว.๑๗ /๒๕๖๒

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

ตามที่ นายดริမ် พงศธรสกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์อ่านพิจารณา นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จึงขอเสนอโครงการวิจัยดังกล่าว เพื่อขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จำนวน ๑ ฉบับ, รายละเอียดโครงการวิจัยพร้อมคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จำนวน ๓ ชุด ดังเอกสารที่แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

อนุมัติ

(นายศักดิ์ โพธิ์ทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

ที่ราชการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

๒๕ พ.ย. ๒๕๖๒



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 001/2562 รหัสโครงการ : 01-112562

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพระยะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นาย.ตรีณ พงศธรสกุล

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 25 พฤศจิกายน 2562

วันที่หมดอายุ : 25 พฤศจิกายน 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม
 วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นายศักดิ์ โพธิ์โน)

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์



Certificate of Completion

National Research Council of Thailand (NRCT) and Forum for Ethical Review Committee in Thailand (FERCIT)

Certify that

Daran Phongsatornsakun

Has completed the ON-LINE RESEARCH ETHICS TRAINING

Course หลักสูตรหลักสูตรการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย

Date approved
(01/07/2561)

Date expired
(01/07/2564)

(Professor Dr. Sirirung Songsivilai)
Secretary-General
National Research Council of Thailand

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายดรัณ พงศธรสกุล
วัน เดือน ปี เกิด	10 ตุลาคม 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY