



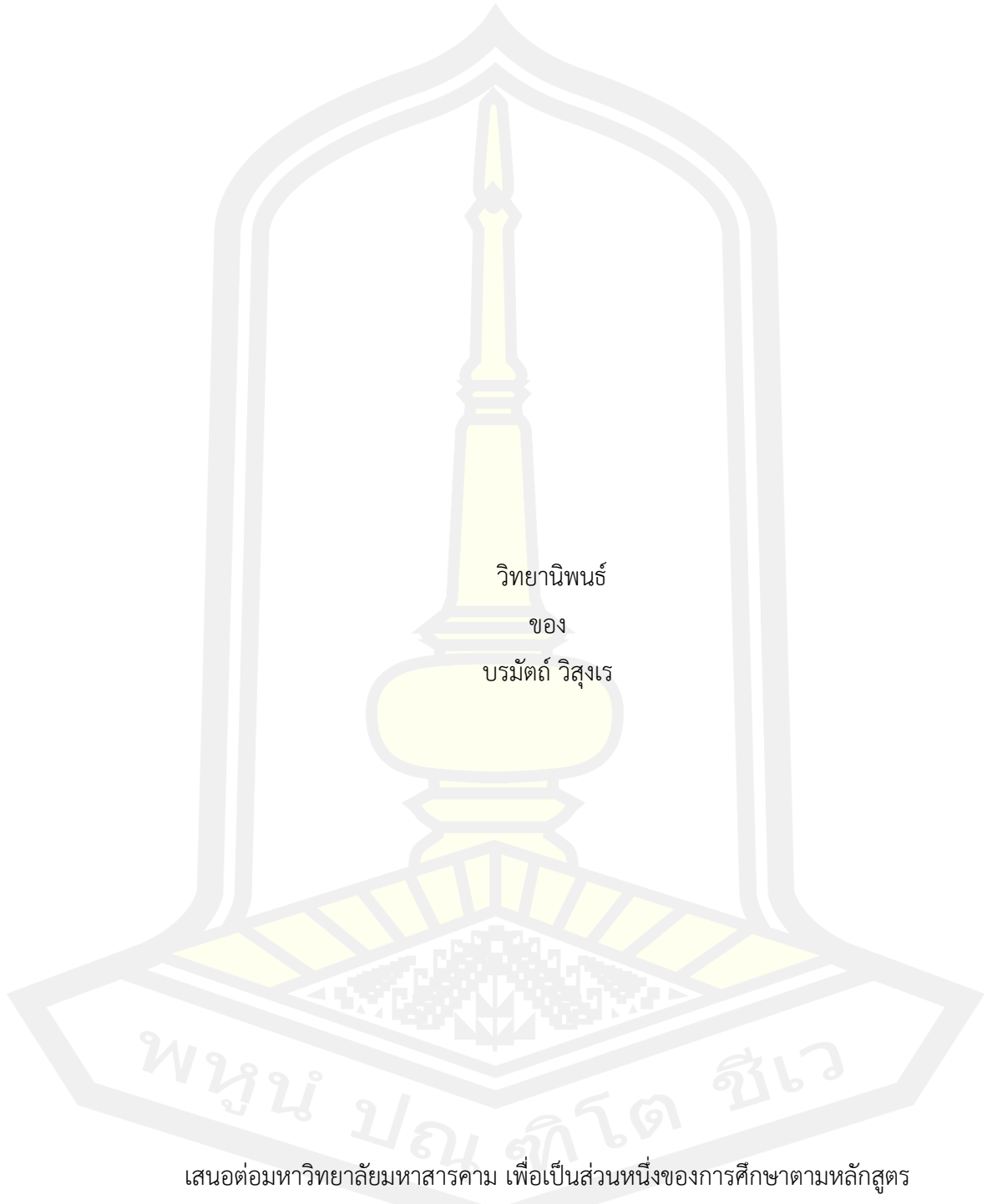
ปัจจัยทำนวยการฟื้นคืนสู่สขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

วิทยานิพนธ์
ของ
บรมัตถ์ วิสูงเร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสขภาพจิต
กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปัจจัยทำนายนการฟื้นคืนสู่สขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

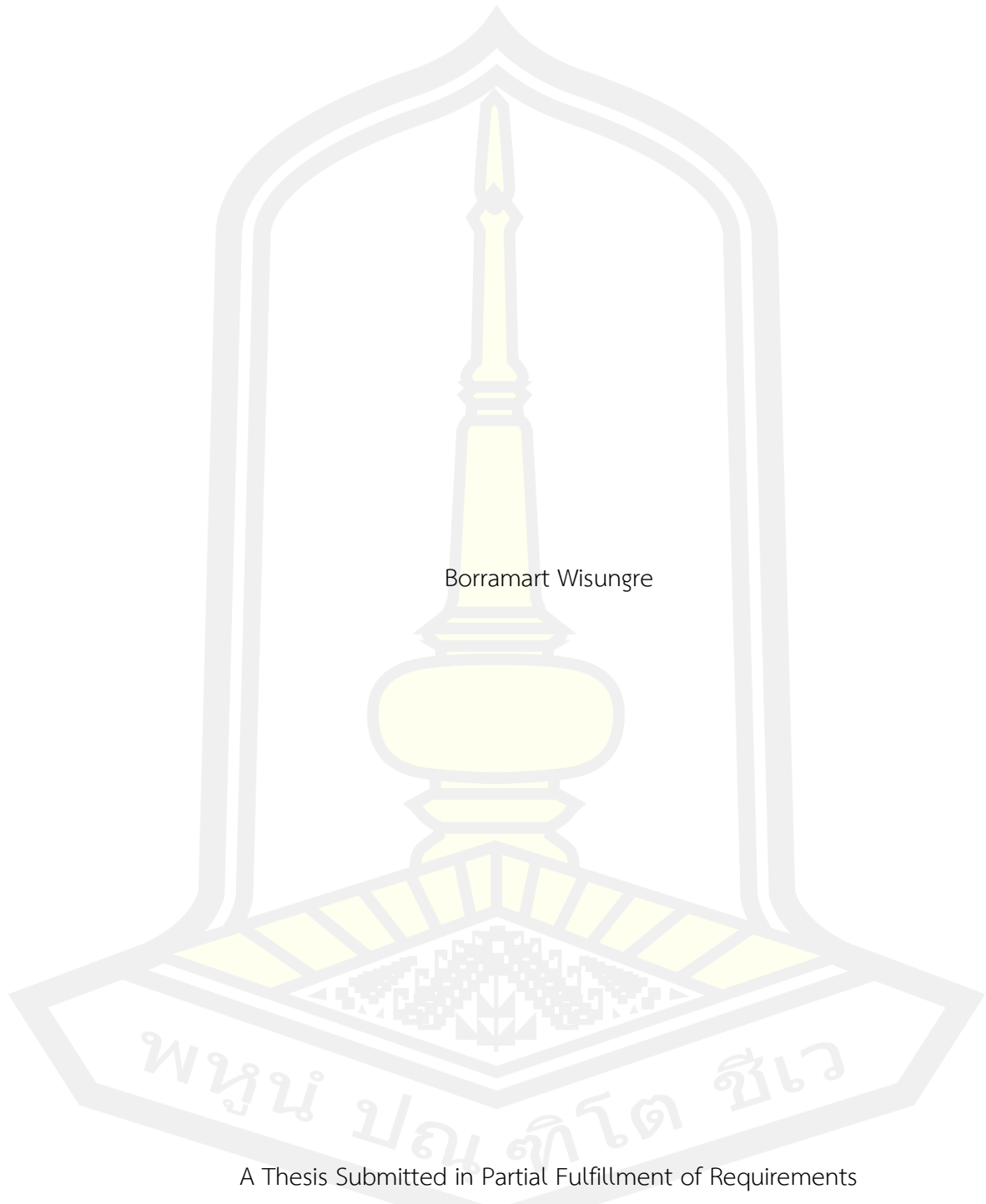


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors predicting personal recovery of people with schizophrenia



Borramart Wisungre

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

February 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายบรมัตต์ วิสุ่งเร แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท		
ผู้วิจัย	บรมด้ล วิสูงเร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ดรณี รุจกรกานต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณตติ	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

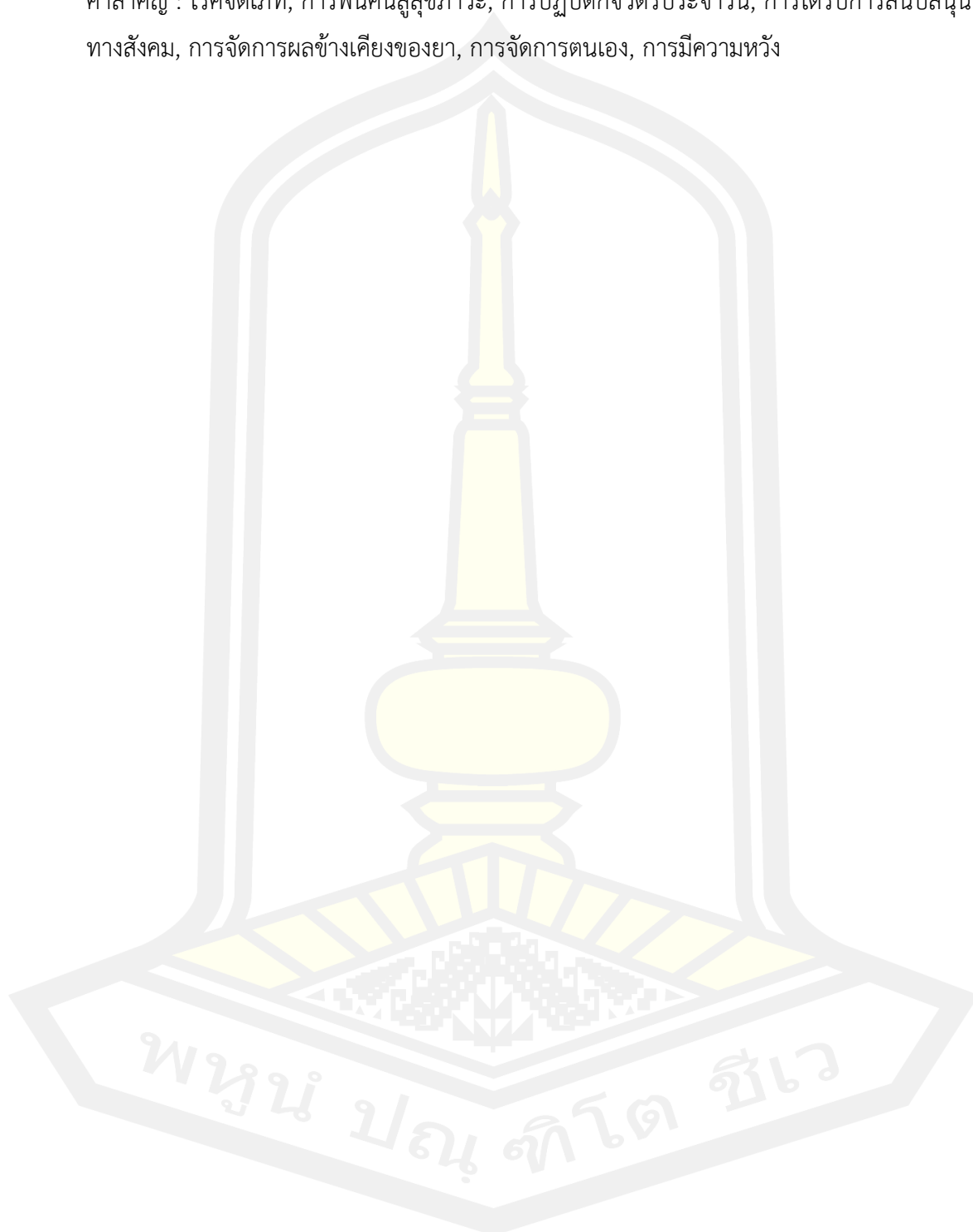
บทคัดย่อ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต การรักษาในปัจจุบันเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและสังคม อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การค้นหาปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทฟื้นคืนสู่สุขภาพ และอยู่ในชุมชนได้ยาวนานเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการศึกษาวิจัยของ ดรณี รุจกรกานต์ และคณะ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง กับ การฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2565 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ Pearson's correlation analysis และ Stepwise multiple regression

ผลการวิจัยพบ ศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .501, p < .05$) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .264, p < .01$) การจัดการอาการ ($r = .421, p < .05$) และการมีความหวัง ($r = .534, p < .05$) และเมื่อนำตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise พบว่ามี 3 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ได้ร้อยละ 41.7 ($R^2 = .417$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($R^2 \text{ change} = .285$) การมีความหวัง ($R^2 \text{ change} = .092$) และการจัดการอาการ ($R^2 \text{ change} = .04$)

ผลการวิจัยพบ ปัจจัยร่วมทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ได้แก่ การมีความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนาน

คำสำคัญ : โรคจิตเภท, การฟื้นคืนสู่สุขภาพ, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การได้รับการสนับสนุนทางสังคม, การจัดการผลข้างเคียงของยา, การจัดการตนเอง, การมีความหวัง



TITLE	Factors predicting personal recovery of people with schizophrenia		
AUTHOR	Borramart Wisungre		
ADVISORS	Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

Schizophrenia is the most common psychiatric disorder with 20 million people afflicted with this lifelong disease. Current treatment focuses on reintegrating patients into their community and with families. However, patients often have trouble adapting to living in the community. As a result, their symptoms relapse and require extended treatment to restore mental health. It is desirable to identify factors that might help patients with schizophrenia recover and remain in the community. This research was based on the conceptual framework by Rujkorakarn et al (2018). The objective was to predict factors associated with patients who adapt and recover effectively, such as age, duration of illness, daily routine practice, social support, drug side effects, self-management, hope, and recovery. The study used a descriptive and correlational design. Data were collected from 221 patients with schizophrenia who received outpatient services in hospitals under the Department of Mental Health in northeast Thailand from May 1 to July 31, 2022. Data were analyzed using Pearson's correlation and stepwise multiple regression.

The results showed that the factors associated with recovery were social support ($r = .501, p < .05$), medication adherence ($r = .264, p < .01$), symptom management ($r = .421, p < .05$), and hope ($r = .534, p < .05$). In the regression model, three variables predicted recovery ($R^2 = .417$): social support (R^2 change = .285), hope (R^2 change = .092), and symptom management (R^2 change = .04).

Treatment of patients with schizophrenia should concentrate on instilling hope, finding ways to provide social support, and managing symptoms. Focusing on these three factors will assist patients with schizophrenia in their long-term recovery and in remaining in the community with their families.

Keyword : Schizophrenia, Recovery, ADL, Social Support, Controlling Medication Side effects, Self-regulation, Hope



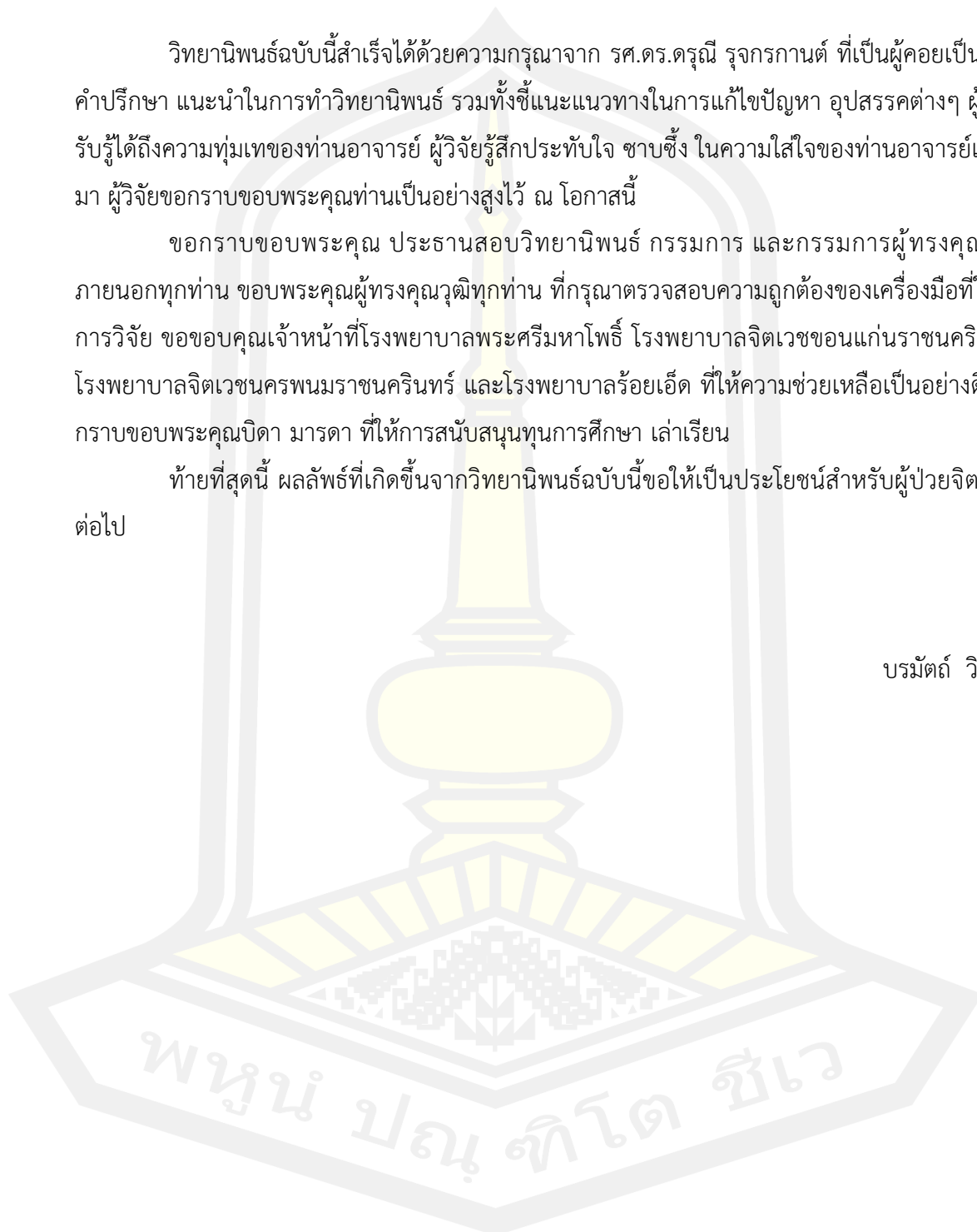
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รศ.ดร.ตรุณี รุจกรกานต์ ที่เป็นผู้คอยเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยรับรู้ได้ถึงความทุ่มเทของท่านอาจารย์ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ ซาบซึ้ง ในความใส่ใจของท่านอาจารย์เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ กรรมการ และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกทุกท่าน ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา เล่าเรียน

ท้ายที่สุดนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอให้ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

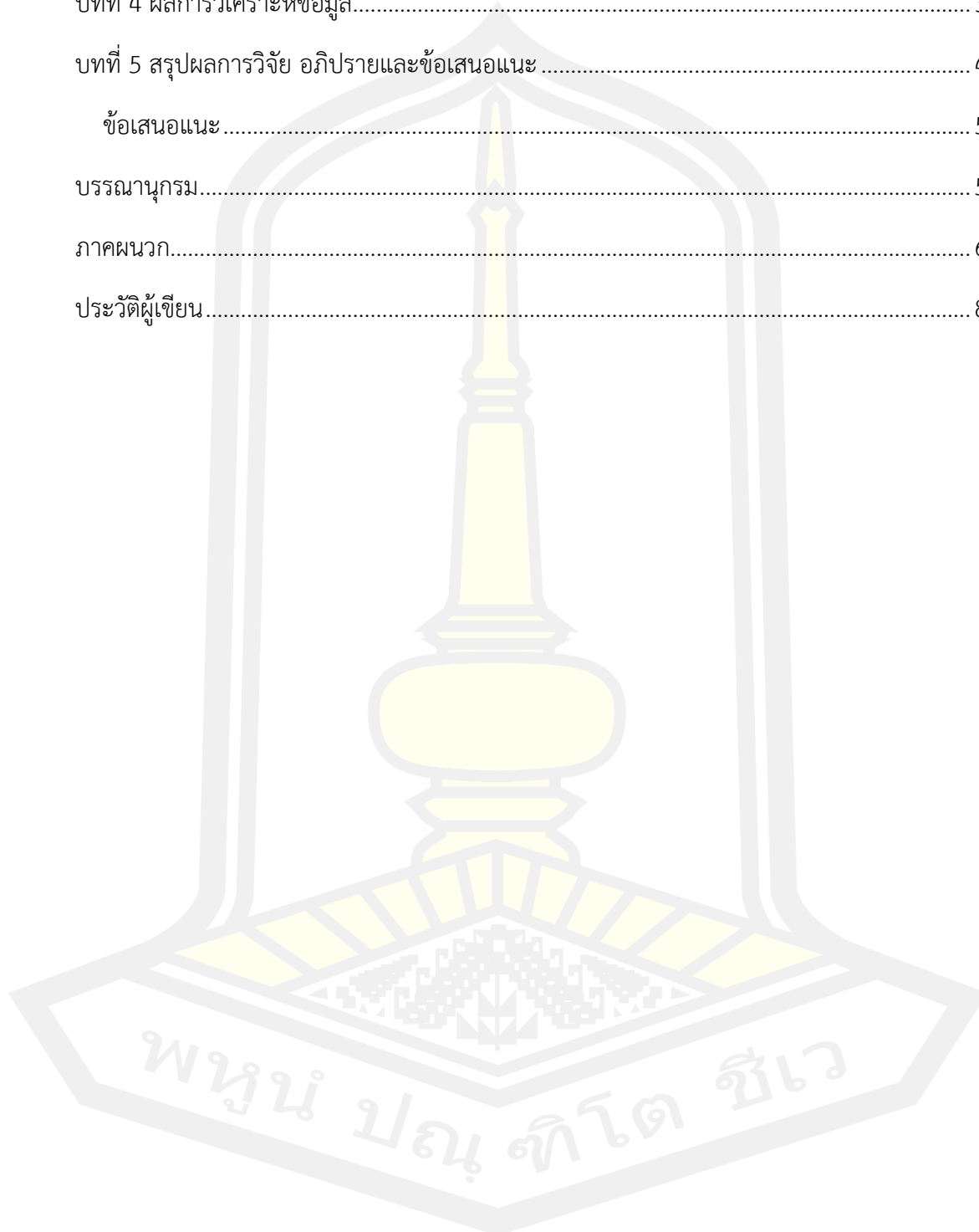
บรมัตถ์ วิสุ่งเร



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	28
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	28
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	33
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35

การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	46
ข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก.....	63
ประวัติผู้เขียน.....	83

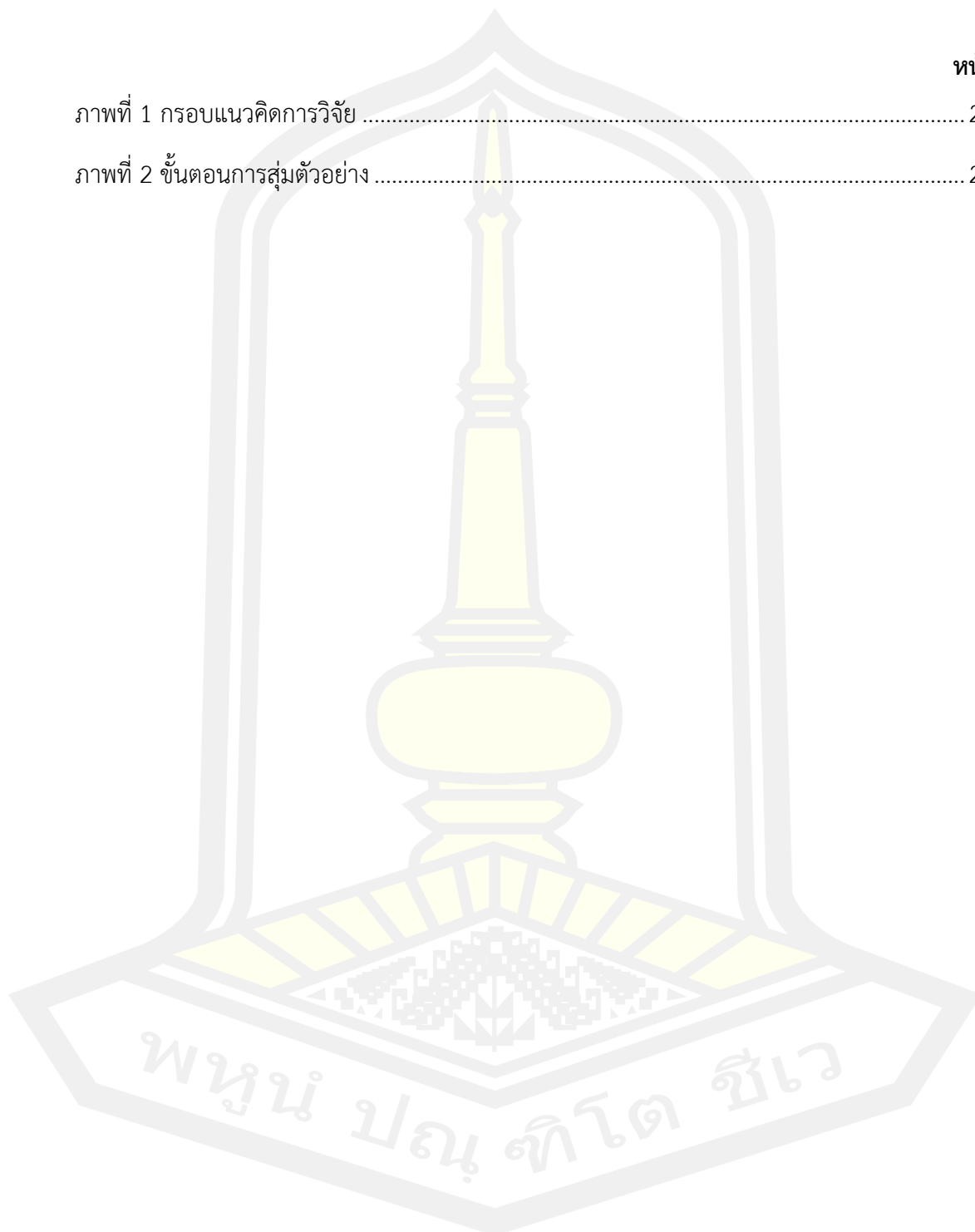


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางแนวทางการคำแนะนำในการจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยา	23
ตารางที่ 2 ตารางแสดงดัชนีความความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) (n=30)	34
ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การจ้างงาน และ ระยะเวลาการเจ็บป่วย	39
ตารางที่ 4 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท.....	40
ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ จำแนกรายข้อ.....	41
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมี ความหวัง และการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท.....	43
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่ เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบ เป็นขั้นตอน	44
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่ามาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท.....	44

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	27
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	29



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต จากสถิติของประชากรทั่วโลก พบว่ามีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้นับถึง 20 ล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รักษาไม่หายขาดและมีอาการเรื้อรัง โดยจะมีความผิดปกติทั้งในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 2019) พบว่ามีความชุกเท่ากับ 1% และมีอัตราการเกิดคิดเป็น 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร (Keshavan et al., 2020) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้นักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปแล้วจะเริ่มเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขภาพอนามัย และความสัมพันธ์ทางสังคมได้ (สาริณี โตะะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564)

โรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับบุคคล (Tan, Lim, Xie, Li, & Lee, 2020) เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง คือ เกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วย สร้างความกดดันทางจิตใจให้กับคนในครอบครัว (ทวีศักดิ์ กสิผล, 2563) โดยการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึก อับอาย หวาดกลัว และวิตกกังวลกับการที่จะต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ในบริบทของชุมชนและสังคมภาวะการณ์เจ็บป่วยทางจิต สามารถส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรวม คือ ทำให้คนในชุมชนเกิดความกลัวหวาดระแวง จากพฤติกรรมการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย (สาริณี โตะะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564) และนอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตามมาอีกมากมาย (ไปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริณพร บุสหงษ์, เชาวลิต ศรีเสริม, และอนงลักษณ์ วงศ์ตรี, 2563) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นจำนวนหลายๆ ครั้ง (สุดาพร สติยทุธการ, 2561) ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยถึงต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงถึง 31,207 บาท/ครั้ง นับว่าเป็นการสูญเสียงบประมาณทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมากอย่าง มาก (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559)

ในคริสต์ศักราช 1952 มีการค้นพบยาต้านอาการทางจิตคือ chlorpromazine เป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นตัวช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง (ณัฐพล บุตตะโยธี, 2564) ซึ่งจาก

วิวัฒนาการของการรักษาผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ในอดีตจนถึงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาจะเน้นการควบคุมอาการทางจิตด้วยการนำผู้ป่วยเข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัดและการให้คำปรึกษา (ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล) รวมไปถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (เฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2020) อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว พบว่าผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้มีอาการกำเริบอีกและจำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายต่อหลายครั้ง (Correll & Lauriello, 2020) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งนั้น จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Taylor & Jauhar, 2019) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น และลดระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (ตรัณ พงศธรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

การบำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยทางจิตทุกรูปแบบล้วนมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาอาการด้วยยา (Chan, 2017) เนื่องจากยาจะทำหน้าที่ช่วยในการควบคุมอาการทางจิตโดยการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงและสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพได้เร็วขึ้น (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560) จากบททบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง ซึ่งปัจจัยที่มีสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้นั้น มีหลายด้าน โดยสามารถจัดเป็นกลุ่มๆ ได้ดังนี้ คือ ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางด้านคลินิก ซึ่งปัจจัยด้านประชากรครอบคลุมถึง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา การมีงานทำ และการที่ไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนปัจจัยทางด้านคลินิกจะเกี่ยวข้องกับ การมีระยะเวลาสั้นของช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา (duration of untreated psychosis; DUP) มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี มีการปรับตัวที่ดี มีอาการทางลบน้อย ไม่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในขณะที่เจ็บป่วย และ การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Yu Yu et al., 2020) ในประเด็นของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ความหวังนับว่าเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท จะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 2019) ยิ่งไปกว่านั้นผลกระทบจากโรคจิตเภท ยังทำให้ทักษะทางเชาว์ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง ส่งผลถึงการฟื้น

คืนสู่สภาวะทำให้มีความยากขึ้น ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Ipici et al., 2020) ถึงแม้ว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจะมีแนวทางที่คล้ายคลึงกันเกือบทุกพื้นที่ทั่วโลก อย่างไรก็ตาม รายละเอียดของการปฏิบัติก็มีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านกายภาพ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม รวมไปถึงวัฒนธรรม สำหรับประเทศไทยในปีพุทธศักราช 2563 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 480,266 คน (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยมีความชุกของโรคนี้อยู่ที่ประมาณ 8.8 ต่อ 1,000 (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) ซึ่งรูปแบบการบำบัดรักษาในประเทศไทย จะมีความคล้ายคลึงกันกับนานาอารยประเทศอื่น ๆ โดยในระยะแรก ๆ ของรูปแบบการบำบัดรักษาจะเน้นการให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ในระยะ 10 ปีหลังมานี้ มีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลลดลง และพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมเพิ่มระยะเวลาให้มากยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552) ด้วยจะเห็นได้จากมีการปรับเปลี่ยนนโยบายในการรับผู้ป่วย คือ ให้โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 20 แห่ง (กรมสุขภาพจิต, 2564) ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย เร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและสังคม โดยได้มีการระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ระหว่างปีพุทธศักราช 2555-2559 อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2555) ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น

ในประเทศไทยมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีค่อนข้างจำกัด สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่ใหญ่ที่สุดของประเทศไทย มีโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 5 แห่ง (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนินทร์) ที่รับผิดชอบในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมทั้งภูมิภาคตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพล่าสุดเมื่อ 4 ปีที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตในชุมชน เพื่อค้นหาอุปสรรคและสิ่งที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตได้ในชุมชน โดยผลการศึกษาวินิจฉัยปรากฏประเด็นหลักที่สำคัญ 4 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตได้ในทุกวัน คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนช่วยเหลือ การจัดการผลข้างเคียงจากยา และการจัดการตนเอง (Rujkorakarn, Buatee, Jundeekrayom, & Mills, 2018) การที่ผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จะส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ (ดรัณ พงศธรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563) แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเอง ทำงานบ้าน และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงมีการแบ่งเบาภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ (ดรุณี รุจกรกานต์, สุรดา จันดีกระยอม, และชนกพร ศรีประสาร, 2561) ซึ่งการทำหน้าที่และการ

ได้รับการจ้างงานของผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Yu Yu et al., 2020) นอกจากนี้การสนับสนุนช่วยเหลือก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยจากการศึกษา พบว่า แหล่งที่มาของการสนับสนุนจากภายนอกทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ในแต่ละวัน โดยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน สังคม ชุมชน ภาครัฐ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (Rujkorakarn et al., 2018) รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ จากการทำสังคมดี มีพยาบาลที่เอาใจใส่ เพื่อนบ้านดี และช่วยเหลือกันดี นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านอาการทางจิต ก็นับว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวขัดขวางการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2561) รวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต จะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Rujkorakarn et al., 2018) ในผู้ป่วยบางราย ที่มีอาการจากผลข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต จะหยุดรับประทานยาเอง (วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์, 2560) ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการทำให้มีอาการกำเริบ และกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (สาริณี โตะะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564) และในทางกลับกันการจัดการตนเอง โดยการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง มีแรงในการทำงาน ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย และไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ก็นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ในส่วนของการจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอน แม้จะดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน แต่อาการของความเจ็บป่วยทางจิตต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ซึ่งอาการประสาทหลอนนับว่าเป็นอาการที่พบบ่อย ในการศึกษาวิจัยของ ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ปกติ หรือแม้เมื่อมีอาการเครียดก็จะหาวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น (Rujkorakarn et al., 2018) การส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยและ ระยะเวลาการเจ็บป่วยสั้น จะมีค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง (Yu Yu et al., 2020)

ถึงแม้จะมีการนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพมากขึ้น (ปติดา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และสว่างจิต รุสุวัต, 2560) แต่ก็ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนค่อนข้างน้อย การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สุขภาพได้จึงนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น เพราะจะช่วยส่งเสริมให้นักวิจัยและนักปฏิบัติการทางคลินิกได้ทราบ และเห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้นที่ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขกับครอบครัว และชุมชน ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ จึงเป็นการมุ่งดำเนินการ

เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนช่วยเหลือ การจัดการอาการข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง กับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท รวมไปถึงการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น ในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดรุณี รุจกรกานต์ ได้ให้คำจำกัดความของการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไว้ในลักษณะของ การฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (personal recovery) ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการเรียนรู้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงวิธีจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น (Rujkorakarn et al., 2018) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ทราบถึงข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการศึกษาที่จะนำไปใช้สำหรับการวางแผนเพื่อจัดการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยกับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีอายุ 20 – 59 ปี ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล ภายใต้กรอบแนวคิดที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ดร.ณัฐ รุจกรกานต์ และคณะ (Rujkorakarn et al., 2018)

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นิยามตัวแปร โดยศึกษาเทียบเคียงที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี และใช้เป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

การฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (Personal recovery) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ส่วนบุคคลที่เกิดอย่างต่อเนื่องในการปรับตัว เพื่อที่จะเผชิญกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น (Rujkorakarn et al., 2018) ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ดร.ณัฐ รุจกรกานต์ ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเวช

อายุ (Age) หมายถึง เป็นปีที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคจิตเภท

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Duration of illness) หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นปี ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจนถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูล

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living: ADL) หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียง 4)

การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นกรองการถ่ายอุจจาระ และ 10) การกลั่นปัสสาวะ ในงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ที่รับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิด คนในชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ จากหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบด้วยการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545)

การจัดการผลข้างเคียงของยา (Side effects management) หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตและจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกอาการที่เกิดขึ้นจากยากับทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาด้วยวิธีของตนเอง ในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545)

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง วิธีที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้จัดการหรือควบคุมตนเองจากความเครียด อาการหุนเหว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบวัดการจัดการอาการของ ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2562)

ความหวัง (Hope) หมายถึง ความหวัง เป็นภาวะทางด้านจิตใจ ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดพลังงาน โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำและความคาดหวังในทางบวกว่าจะสามารถไปถึงจุดมุ่งหมายในอนาคตหรือความต้องการของตนเองได้ โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ในงานวิจัยนี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความหวังของ Herth. (1992) ซึ่งแปลเป็นไทยและใช้ในงานวิจัยของ สุนทรี วัฒนเบญจโสพล (2543)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำตัวแปรที่ทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ไปใช้ประกอบการวางแผน การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานาน โดยมีสุขภาพที่ดี
2. สามารถนำปัจจัยที่ทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพไปออกแบบ และจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในชุมชนได้ยาวนาน ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก
3. นำองค์ความรู้เรื่องปัจจัยทำนายที่เป็นผลจากการวิจัยนี้ ไปจัดทำวิจัยเชิงทดลองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟूसุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
2. แนวคิดการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.2 มิติของการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิตเวช
 - 2.3 การฟื้นฟูเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.4 แนวทางของการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.5 กลยุทธ์การดำเนินการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.6 หลักการในการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.7 กระบวนการของการฟื้นคืนสุขภาวะ
 - 2.8 การประเมินการฟื้นคืนสุขภาวะ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 อายุ
 - 3.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 - 3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การจัดการอาการข้างเคียงจากยา
 - 3.6 การจัดการตนเอง
 - 3.7 ความหวัง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท คือ เป็นโรคทางจิตเวชที่รักษาไม่หายขาด และเรื้อรัง (WHO, 2019) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ความคิด (thinking) การรับรู้ (perception) การรู้คิด (cognition) พฤติกรรม ความเข้าใจสังคม (social cognition) (กรมสุขภาพจิต, 2562) อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา และสารเสพติด (สุดาพร สติยยุทธการ, 2561) และมักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขภาพอนามัย และความสัมพันธ์ทางสังคม (สาริณี โต๊ะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564)

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต (WHO, 2019) มักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขภาพอนามัย และความสัมพันธ์ทางสังคม (สาริณี โต๊ะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564) จากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีสายเลือดหรือญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสสูงที่จะป่วย พบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสถ่ายทอดพันธุกรรมสูงกว่าคนทั่วไป อัตราเกิดร้อยละ 2 ถ้ามีความใกล้ชิดกันทางพันธุกรรมมาก ก็ยังมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตเภทสูง โดยมีอัตราเกิดร้อยละ 27 และในแฝดไข่ใบเดียวกันพบว่ามีอัตราการเกิดโรคสูง อัตราเกิดร้อยละ 50 และด้านความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมอง เชื่อว่าสารโดปามีนมีมากหรือน้อยเกินไปในสมอง หากโดปามีนน้อยกว่าปกติในสมองส่วน prefrontal ของ cerebral cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และจากการสังเกตพบว่า Lysergic Acid Diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน และความผิดปกติของสมอง พบว่ามีช่องว่างในสมองด้านข้าง (lateral ventricle) มีการขยายใหญ่กว่าปกติ มีความผิดปกติของสมองส่วน temporal lobe และ hippocampus, limbic system และสมองส่วน cortex เทียบลดลง ส่งผลต่อการผลิตและการส่งสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ (Trifu, Kohn, Vlasie, & Patrichi, 2020)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เกิดจากการความรู้สึกขัดแย้งภายในใจ ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความรู้สึกผิด ทำให้เกิดความขัดแย้งกับคนรอบข้าง หรือแยกตัวจากสังคม (Chan, 2017)

1.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model) พบว่าครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ จากความขัดแย้งกับในชีวิตคู่ พ่อแม่ที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่าง

เหมาะสม บุตรไม่มีแบบอย่างที่ดีในการใช้ชีวิต เกิดเป็นความเครียดสะสม ส่งผลทำให้เกิดเป็นโรคจิตเภทได้ (Rhee & Rosenheck, 2019)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคม มักพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี สภาพยากจน ที่อยู่อาศัยแออัด อันทำให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม (Howes, McCutcheon, Owen, & Murray, 2017)

1.3 อาการของโรคจิตเภท

อาการทางคลินิกของโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ (Möller, 2016; สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2561) คือ ในระยะแรกที่มีอาการกำเริบจะมักพบว่ามีอาการทางบวก โดยการแสดงออกในด้านความคิด ปกติของความคิด การรับรู้ พฤติกรรม การติดต่อสื่อสาร อาการที่พบได้บ่อย คือ อาการประสาทหลอน หลงผิด ส่วนอาการทางลบจะพบในระยะหลังของโรค คือ แยกตัวไม่สนใจตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2562) กลุ่มอาการทางบวก(Positive symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สามารถเกิดในช่วงใดของโรคก็ได้ แต่ส่วนใหญ่ที่พบมักจะเกิดในช่วงแรก ที่มีอาการกำเริบ อาการทางบวกที่มักพบ มีดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง (สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2561) ในส่วนของกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มอาการต่าง ๆ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การลดลงของพลังงาน แรงจูงใจ อาการเหล่านี้จะพบได้บ่อย และเป็นอยู่นาน เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งคนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น อารมณ์ท้อ หรือไร้อารมณ์ (constricted, blunted or flat affect) อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่กระตือรือร้น เก็บตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2562; สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2561)

1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท

การดำเนินของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (Remington et al., 2017; สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2561) คือ ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และ ระยะหลงเหลือ (residual phase)

1. ระยะก่อนป่วย (premorbid phase)

2. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) อาการมักจะค่อยเป็นค่อยไป พบความบกพร่องทางด้านการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ การทำงานแย่ง สัมพันธภาพ เก็บตัว ไม่ใส่ใจเรื่องสุขอนามัย และการแต่งกาย มีการใช้ถ้อยคำแปลก ๆ ญาติหรือคนใกล้ชิด มักสังเกตอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิม

3. ระยะกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน และหวาดระแวงเกิน 1 เดือน โดยส่วนใหญ่มักมีอาการทางบวก

4. ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มต้น แต่อาจจะพบ flat affect หรือเสื่อมลงมาก เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมาก เหมือนช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภท มีอาการซึมเศร้าด้วย ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจอาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน

1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรค ปัจจุบันมี 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์ของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ 5 ปรับปรุงเนื้อหา (5th ed. Text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease: ICD) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. The Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, Fifth edition (DSM-V) ซึ่งเป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมทางจิตแพทย์อเมริกัน มีลักษณะ (American Psychiatric Association, 2013) ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่

1.1 หลงผิด

1.2 ประสาทหลอน

1.3 มีความผิดปกติของคำพูด

1.4 มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน

1.5 มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรม

ทุกชนิด

2. มีความบกพร่องในด้านอาชีพ สังคม

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีอาการกำเริบ (Active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) หรือระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

4. ไม่รวมถึง Schizoaffective และ Mood disorder

5. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย คือ อาการมิได้เป็นผลโดยตรงจากด้านสรีระวิทยาหรือจากสาร เช่น สารเสพติด ยา เป็นต้น หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

6. ความเกี่ยวข้องกับ Pervasive development disorder คือหากมีประวัติของ Autistic disorder หรือ Pervasive disorder อื่น ๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต่อเมื่อ ผู้ป่วยมี

อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจน นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล

2. แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม ICD-10 (International Classification of Disease: ICD-10) (World Health Organization, 2008) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนำมาก่อน ซึ่งอาจเป็นอาติตย์หรือเป็นเดือน จึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้เวลากำหนด 1 เดือน จึงเริ่มตั้งแต่มีอาการเท่านั้น ไม่นับรวมระยะเวลาเกิดอาการนำ ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ ในข้อ 1-4 หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนต้องมีมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน มีลักษณะอาการดังนี้

2.1 ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือถูกดึงออกไป (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2.2 หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุมชักจูง (Delusion of control Influence or passivity)

2.3 ประสาทหลอนทางหู พุดวิจาร์ณพฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพุดคุยโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหู

2.4 ความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา

2.5 ประสาทหลอนอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิด ซึ่งเป็นอยู่ชั่วคราวโดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน

2.6 มีการแตกแยก หรือสอดคล้องในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

2.7 พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) ไม่เคลื่อนไหว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism)

2.8 อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พุดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ทื่อ ๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากการซึมเศร้าหรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

2.9 มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน แยกตัวออกจากสังคม

2. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

2.1 ความหมายและแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพ คือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการดูแลด้านการรักษาและการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อควบคุมอาการทางจิต โดยเน้นการพัฒนาความสามารถส่วนบุคคล เพื่อให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ใช้ชีวิตได้อย่างมีความหมาย ถึงแม้จะป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรังและรักษาไม่หายก็ตาม (Van Eck, Burger, Vellinga, Schirmbeck, & de Haan, 2018; ดร.ณ พงศธรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ (2561) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย ดร.ณิ รุจกรกานต์ ได้ให้คำจำกัดความของการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไว้ในลักษณะของ การฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล (personal recovery) ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการเรียนรู้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น (Rujkorakarn et al., 2018)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตเวช ตามกรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery orientation) หมายถึง การบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช กับการดูแลรักษาให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายและความพึงพอใจของผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง มุ่งไปที่จุดแข็งของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ฝึกทักษะที่จำเป็นปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม บูรณาการเข้ากับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การฟื้นคืนสู่สุขภาพทางจิตเวช คือ กระบวนการที่ให้โอกาสแก่บุคคลที่มีความบกพร่องพิการจากความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถพึ่งพาตนเองและปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะใช้ทั้งการเพิ่มศักยภาพของบุคคล และการแนะนำในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้อาชีพชีวิตของผู้ที่มีความผิดปกติ จากอาการทางจิตและผู้ที่เคยเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้ระดับความสามารถของบุคคลถึงระดับสูงสุด ลดความพิการ มุ่งเน้นให้บุคคลมีทางเลือกในการที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในชุมชน การฟื้นฟูสุขภาพทางจิตเวชจึงเป็นส่วนสำคัญ ของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559)

2.2 มิติของการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางจิตเวช

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพื่อเพิ่มพูนทักษะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยระดับบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

2.2.1 ระดับบุคคล ประกอบด้วยการรักษาทางยา และการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งการใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยลดอาการ และหยุดอาการรบกวน รวมทั้งป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ส่วนการฝึกทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ

- 1) ทักษะการดูแลตนเอง ฝึกปฏิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอน จนกระทั่งเข้านอน
- 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกปฏิบัติถึงการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ และเครื่องใช้ต่าง ๆ และจัดเก็บให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ตลอดจนการซ่อมแซมเมื่อเกิดการชำรุด
- 3) ทักษะทางสังคม ฝึกมารยาทการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- 4) ทักษะการทำงาน ฝึกให้มีความรับผิดชอบต่อการทำงาน ที่จะได้รับมอบหมาย และฝึกการประกอบอาชีพต่าง ๆ
- 5) ทักษะการพักผ่อน ฝึกการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเดินทาง โดยการใช้สาธารณูปโภคในชุมชน และสามารถขอความช่วยเหลือในชุมชนของตนได้

2.2.2 ระดับครอบครัว เป็นการปรับระดับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ ซึ่งควรคำนึงถึงการใช้เทคนิควิธีการที่เฉพาะ การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ให้บริการ และที่พักอาศัยอื่น ๆ นอกจากการอยู่ภายในโรงพยาบาล

2.2.3 ระดับสังคม/สิ่งแวดล้อม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการจ้างงาน การทำงานและมึงานทำ จะเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเองของผู้ป่วย มีรายได้และลดการพึ่งพิง เปิดโอกาสให้มีกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการสร้างเครือข่าย และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติสุข

2.3 การฟื้นฟูเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติคุณค่า จุดมุ่งหมาย ทักษะและบทบาทของบุคคลในสังคมอย่างมีความหวัง ทั้งที่ยังมีขีดจำกัดจากความบกพร่องของร่างกายและจิตใจ จึงไม่สามารถทำให้เป็นแบบเดียวกัน ไม่มีรูปแบบ บริการเดียวกันสำหรับทุกคน ไม่มีทางที่ถูกต้องเพียงทางเดียวสำหรับผู้ป่วยหนึ่งคน เป็นการเดินทางของชีวิต ไม่ใช่ปลายทางที่ไปถึง ไม่ใช่การกำจัดปัญหา แต่เป็นการมองเห็นคนชัดเจนในปัญหานั้น เช่น ความสามารถ ความเป็นไปได้ ความสนใจ และความฝันของพวกเขา รวมทั้งการกลับมาสู่การทำบทบาทต่าง ๆ ทางสังคม ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.3.1 แผนทางคลินิก (Clinical recovery) โดยมีบุคลากรทางสุขภาพจิต ลดอาการคงสภาพทางสังคมหรืออีกนัยหนึ่งให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

2.3.2 แผนส่วนบุคคล (Personal recovery) ขบวนการเฉพาะส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติค่านิยม ความรู้สึก จุดประสงค์ ทักษะและบทบาท เน้นวิถีการดำรงชีวิตด้วยความพึงพอใจ ภายใต้อิทธิพลจำกัด ความเจ็บป่วย ซึ่งแผนปฏิบัติจะรวมถึงแผนพัฒนาการฟื้นคืนสู่สุขภาพะด้านการปฏิบัติหน้าที่และด้านทักษะทางสังคม ดังนั้นแนวทางปฏิบัติของแต่ละบุคคลจะต้อง

- 1) พัฒนาภาพลักษณ์ด้านบวก นอกเหนือจากความเป็นผู้ป่วยจิตเวช
- 2) จัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ โดยอยู่กับอาการเจ็บป่วยได้
- 3) สามารถจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่ได้ด้วยตนเอง
- 4) พัฒนารูปแบบทางสังคม ให้มีคุณค่าในสังคม

2.4 แนวทางของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แนวทางสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพยายามในการที่จะจัดการกับอาการและขีดจำกัดของการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล ขณะหาเส้นทางที่มีความหมายและจิตสำนึกของคุณค่า บุคคลนั้นจะเคลื่อนไปตามวิถีการฟื้นคืนสู่สุขภาพผ่านประสบการณ์ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

- 1) ความหวังและการมองโลกในแง่ดี เพื่ออนาคตที่ดีกว่าได้จากการที่ต้องรับมือกับอาการ ความพิการและการเรียกคืนความรู้สึกด้านบวก ต่อคุณค่าของตนเอง
- 2) การเสริมพลัง ที่ได้มาจากการที่บุคคลสามารถมาถึงวัตถุประสงค์ ประสบความสำเร็จในการไปถึงเป้าหมายของตนเอง ได้พบบทบาทใหม่ที่พอใจ และมีคุณค่าจากสังคม
- 3) พลังทางด้านจิตวิญญาณ ที่สามารถเอาชนะความยากลำบาก และความเชื่อมโยงกับคนที่ มีศรัทธาและความหวัง
- 4) การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม ช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางลบจากผู้รักษา ที่ใช้แบบแผนที่มีอำนาจเหนือกว่า
- 5) การลดตราบาปของโรคจิตเวชและบุคคลที่ทนทุกข์ทรมานกับโรคทางจิต กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นเส้นทางการเดินทางที่แสดงถึงการแสวงหาเสรีภาพ โดยการมีชีวิตที่ดี ไม่คำนึงถึงการเจ็บป่วยที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่

2.5 กลยุทธ์การดำเนินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

- 1) ตั้งเป้าหมายเพื่อไปสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นศักยภาพของผู้ป่วยมากกว่าอาการเจ็บป่วยทางจิต
- 2) มีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการตัดสินใจ เรื่องการรักษาทางการแพทย์

3) **ต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านสุขภาพจิต** เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอาการการวินิจฉัยโรคอาการพื้นฐานและทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์

4) **ควบคุมกำกับและตอบสนอง** เน้นที่อาการหรือพฤติกรรมที่ไม่ดี การมีแผนป้องกันการเป็นซ้ำ และแผนการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง

2.6 หลักการในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดเพราะรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจิตเวชจึงมีความสำคัญ ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง (C. Kaewprom, Curtis, & Deane, 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถตัดสินใจ และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวช ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม การดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงหลักการสำคัญในการดูแล (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005; เซษฐา แก้วพรม, 2555) ดังนี้

1) เน้นที่ความเป็นบุคคล (Person orientation) เป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการยอมรับในฐานะ “บุคคล” สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่แค่การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเท่านั้น การดูแลจะต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่ความต้องการที่จะเกิดจากการประเมินของบุคลากรวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

2) เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล (Person involvement) เป็นการดูแลที่เน้นการเป็นพันธมิตรร่วมในการบำบัดรักษา (therapeutic alliance) ไม่ใช่คนป่วยที่ต้องพึ่งพาและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ผู้ให้การดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างตรงไปตรงมา รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการบวนการดูแลรักษาตนเองด้วย ไม่ใช่กระบวนการรักษาทุกอย่างขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเท่านั้น

3) เน้นการตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) เป็นการดูแลที่ให้ ความสำคัญกับผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในประสบการณ์การเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด การดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการตัดสินใจในบางครั้งจะก่อให้เกิดผลเสียบ้าง แต่ผู้ให้บริการก็ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติ (taking risk) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในภายหลัง เพราะไม่ว่าผลการทดลองปฏิบัติจะดีต่อสุขภาพของตนเองหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดการเรียนรู้เกิดขึ้นเสมอ

4) เน้นศักยภาพของบุคคล (Growth potential) เป็นการดูแลที่ไม่เน้นการควบคุมเพียงแค่อารมณ์ของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านอื่นของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี ความเชื่อของผู้ให้บริการตามแนวคิดนี้ เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะ

ดูแลตนเอง เพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วยพยาบาลจึงมีหน้าที่ในการค้นหาข้อดีและจุดอ่อน ที่ต้องการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยส่งเสริมให้ใช้ข้อดีที่มีอยู่ ต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่

3.1 อายุ จากการศึกษาของ Rosen and Garety (2005) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายได้ มีหลาย ๆ ด้านของการทำหน้าที่ จัดเป็นกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางชีววิทยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยก่อนการรักษา และอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Yu et al. (2020) พบว่า คะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะมีค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง

3.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท จะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 2019) ยิ่งเป็นเรื้อรังและป่วยซ้ำบ่อยเท่าใด ก็มีโอกาสมันจะมีพยาธิสภาพที่ถาวร และเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) และความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาว์ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง การฟื้นคืนสู่สุขภาพจะยิ่งยากขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007) และจากการศึกษาของ El-Monshed and Amr (2020) พบว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 1-3 ปีจะสูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคจิตเภทที่นานกว่า

3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความหมายของกิจวัตรประจำวัน

(เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูธีภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆพิลัย, 2560) กล่าวว่า การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living : ADL) หมายถึง เป็นกิจกรรมที่ช่วยเหลือ ส่งเสริม หรือกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มักมีความบกพร่องทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ayes, Ngo, & John, 2019) มักพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97 มีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น แปรงฟันไม่สะอาด อาบน้ำไม่ถูสบู่ (อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, และณัฐพัชร์ สุนทโรวิทย์, 2561) โดยมีแนวทาง ดังนี้

1) ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2) กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ การรับประทานอาหาร

3) การทำงานบ้าน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดบ้าน ถูบ้าน และทำความสะอาดห้องน้ำ การล้างจาน การซักผ้า การทิ้งขยะ

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย

5) สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยทักษะต่าง ๆ ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเน้นฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน 6 ทักษะ ดังนี้

1. ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ รู้จักขับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าอย่างเหมาะสม รู้จักเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ที่มีปัญหาด้านการรักษาความสะอาดโดยผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำ ทรงผมยุ่งเหยิง มีกลิ่นตัวไม่ยอมสระผม แต่งตัวแปลก ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ สำหรับผู้ป่วยที่มีทักษะด้านการทำความสะอาดที่เพียงพอแล้ว อาจมีปัญหากิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น นิสัยการกินที่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน การจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักใช้ของต่าง ๆ ภายในบ้านให้ถูกประเภท รักษาความสะอาดที่อยู่อาศัย (ปิด กวาด เช็ด ถู) การประกอบอาหาร เป็นต้น

3. ทักษะทางสังคมฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาทของการเข้าสังคม และการอยู่ร่วมกันกับ บุคคลอื่น ๆ ในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรู้จักสนใจตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทาง ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้จักบทบาทสิทธิและหน้าที่ของตนเอง และผู้อื่นมีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม รู้จักการรับ และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ เป็นต้น

4. ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงาน หรือทำงานที่ได้รับมอบหมาย และมีความร่วมมือในการทำงานกับผู้อื่น ให้มีสมาธิมีความอดทนในการทำงาน รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

5. ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ด้วยการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬาในร่ม กีฬากลางแจ้ง การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

6. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคต่าง ๆ ในชุมชนอย่างถูกต้อง เช่น การใช้เงินอย่างถูกต้อง และเหมาะสมห้องน้ำสาธารณะรวมทั้งการ เรียนรู้ใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชนการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น กิจกรรมตามประเพณีและศาสนา มีความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองได้และทำงานบ้านได้ สะท้อนให้เห็นว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การแบ่งเบาภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (ตรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shimada, Nishi, Yoshida, Tanaka, and Kobayashi (2016) และ Eklund, Hermansson, and Håkansson (2012) ที่พบว่า การมีอาชีพหรือการมีงานทำ ไม่ว่าจะเป็งานประจำหรืองานในแต่ละวัน ซึ่งรวมถึงการทำงานบ้านหรือการดูแลกิจวัตรประจำวันนั้น ช่วยส่งเสริมความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Y. Yu et al. (2020) พบว่า การทำหน้าที่และการได้รับการจ้างงานของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะได้ ดังนั้นทักษะการใช้ชีวิตประจำวันน่าจะมีอิทธิพลในการทำนายนการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

3.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (WHO, 2019) โรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การงานความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สุนทรภรณ์ ทองไผ่, 2558) ในปัจจุบันการรักษาส่วนใหญ่ ประกอบด้วย ยารักษาโรคจิต ร่วมกับการบำบัดทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษาและให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016) ผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ในการที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้

ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียด จากการแปลความหมายสถานการณ์ต่างๆในทางลบน้อยลง (ขวัญสุตา บุญทศ, 2556) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดและแหล่งของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การผูกพันและความรู้สึกเชื่อมั่น ไว้วางใจ ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ และไว้วางใจในตัวบุคคล การได้รับการสนับสนุนชนิดนี้จะช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและใส่ใจจากผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร และการสะท้อนให้บุคคล รับรู้พฤติกรรม และการกระทำของตนเองว่าเป็นอย่างไร ย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ทางสังคมได้ และมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่น การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Cobb (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือกันและกัน

ความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบหลักในการฟื้นตัวแบบองค์รวมในโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 2 ใน 3 ไม่สามารถปฏิบัติตามพื้นฐานของการทำงานทางสังคมได้ และน้อยกว่า 1 ใน 3 ยังคงมีการรักษาตามปกติ (Correll, Stanford, Claxton, Du, & Weiden, 2019) การสนับสนุนทางสังคม คือ ความเป็นจริงและการรับรู้ว่าคุณคนนั้น ได้รับการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ที่ให้การสนับสนุน และได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากผู้อื่น รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์พยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ (Abd El, Harfush, & Gemeay, 2017) จากการศึกษาของ Correll et al. (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและคะแนนรวมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (≤ 0.001) ในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tandon et al. (2008) พบว่า การให้บริการด้านการรักษาการฟื้นฟูและการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมเป็นรายบุคคล สามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะสามารถทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทได้

ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.5 การจัดการผลข้างเคียงของยา

ความหมาย

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

การจัดการผลข้างเคียงของยา หมายถึง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต (Siafis, Tzachanis, Samara, & Papazisis, 2018) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อ ทศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อยาและอาการข้างเคียง คือ ในผู้ป่วยรายที่มีความยึดมั่นต่อการรับประทานยา จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และนอกจากนี้ยังพบว่า ในรายที่มีอาการข้างเคียงของยา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา และมีอาการกำเริบซ้ำ (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560)

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิต ซึ่งเป็นยากลุ่มที่พบผลข้างเคียงจากยาได้มาก และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ คือ อาการทางระบบประสาท เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง อาการทางระบบต่อไรร่ท่อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด อาการต่อผิวหนังเป็นอาการแสงแดดและการดื่มน้ำมากผิดปกติ คือ มากกว่า 3 ลิตรต่อวัน อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

ดังนั้น การจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตจึงมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ลดการป่วยซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยมีแนวทางการให้คำแนะนำ การจัดการเบื้องต้น ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช ดังตารางที่ 1

อาการข้างเคียง	แนวทางการให้คำแนะนำ
ปากแห้ง/คอแห้ง/ท้องผูก	“ให้จิบน้ำเปล่าบ่อย ๆ หรืออมลูกอม จะช่วยให้ดีขึ้นได้ ไม่ควรดื่มน้ำหวาน เพราะจะทำให้อ้วน/น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ ถ้ามีอาการท้องผูก ให้กินอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผัก ผลไม้”

อาการข้างเคียง	แนวทางการให้คำแนะนำ
ตาพร่า	“ช่วงที่เริ่มกินยา บางครั้งอาจจะรู้สึกตาพร่ามัว มองไม่ชัดบ้าง ให้ระวังเรื่องหกล้ม/อุบัติเหตุ อาการพวกนี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์”
มือสั่น แขนขาเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า	“อาการจะเป็นในช่วง 1-5 วันแรก ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ หายไปเองถ้าอาการดังกล่าวไม่ดีขึ้น/หายไปแนะนำให้มาพบแพทย์”
กินเก่ง/น้ำหนักเพิ่ม	“ต้องระวัง/ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือแป้งสูง เช่น ของทอด ของหวาน และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน”
ง่วงนอน/อ่อนเพลีย	“หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร แต่ถ้าง่วงหรืออ่อนเพลียมากจนทำงานไม่ไหว ให้กลับมาปรึกษา”
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขนขา	“อาการจะเกิดในช่วง 1-2 เดือน หลังได้รับยา ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น”
กระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา	“อาการนี้ไม่ใช่อาการแพ้ยา แต่เป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมักจะพบในช่วงเริ่มยาหรือเพิ่มยา หากมีอาการควรไปพบแพทย์ เพื่อปรับยา อาการเหล่านี้จะลดลงได้ โดยทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย”
อาการขมขมับ หรือดูดปาก คอบิดเอียง ขยับนิ้วมือ นับนิ้วมือ	“การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เคี้ยวปาก แลบลิ้น ขยับแขน/ขา โดยไม่ตั้งใจ พบได้ในผู้ป่วยที่ได้ยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน หรือผู้สูงอายุ อาการจะเกิดขึ้นช้า ๆ และมักไม่หายขาด ต้องใช้ยาลดอาการตัวเกร็งในการบรรเทาอาการ หากสังเกตพบอาการเหล่านี้ ควรปรึกษาหรือส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อปรับลดยาต้านโรคจิตหรือให้ยาบรรเทาอาการ”
คอแข็ง/ลิ้นแข็ง/ตัวเกร็ง/พูดไม่ชัด	“มักจะเป็นมากในช่วงสัปดาห์แรก ให้กินยาลดตัวเกร็งอย่างสม่ำเสมอ อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ถ้ายังมีอาการมากให้กลับมาพบแพทย์”
หน้ามีตขณะเปลี่ยนท่า	“อาจจะรู้สึกหน้ามืดโดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนท่าเร็ว ๆ อาการพวกนี้แก้ไขได้ โดยค่อย ๆ เปลี่ยนท่า เช่น จากท่านอน ให้ลุกนั่ง สักครู่ แล้วจึงค่อยยืนและเดิน

ตารางที่ 1 ตารางแนวทางการคำแนะนำในการจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยา

ความสัมพันธ์ของการจัดการอาการข้างเคียงของยากับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเภสัชวิทยา การรักษาโรคจิตเภทยังคงเป็นเรื่องท้าทาย และ ผลข้างเคียงจากยาก็ยังเกิดขึ้นบ่อยเกินไป แม้ว่าเป้าหมายการรักษา คือ การตอบสนองต่อยา อาการสงบ และการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ แต่ในปัจจุบันก็ยังพบผลข้างเคียงจากยา (Rassovsky et al., 2018) จากการศึกษาของ Rujkorakarn, Buatee, Jundeekrayom, and Mills (2018) พบว่า อาการข้างเคียงจากยาด้านอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันอย่างยากลำบาก เช่น อาการปากแห้ง มือสั่น ง่วงนอน และขัดขวางการทำงานในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับ (ดร.ณิ รุจกร กานต์ และคณะ, 2561) ผลข้างเคียงของยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจะนอนมาก ถึงแม้ว่าอยากออกไปช่วย ครอบครัทำงาน ก็ไม่สามารถไปได้เนื่องจากง่วงนอน รู้สึกไม่สบาย

3.6 การจัดการตนเอง (Self-management)

ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ และทักษะในการจัดการกับ อาการที่เกิดขึ้นกับตนให้สำเร็จ (ศิรินนท์ ลีทองคำ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2561)

แนวคิดการจัดการตนเอง

เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมทั้งติดตามและควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง (อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561)

กระบวนการการจัดการตนเอง

การจัดการด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (ศิรินนท์ ลีทองคำ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2561) ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์
2. การค้นหาวิธีการเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่เป็น
3. วางแผนกระทำตามเป้าหมาย
4. ดำเนินตามแผนการที่กำหนดไว้
5. ตรวจสอบผลลัพธ์
6. เปลี่ยนการกระทำ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย
7. ให้รางวัลแก่ตนเอง ถ้าทำสำเร็จ

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการอาการกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ

การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้บุคคลในการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยให้ทักษะและความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง (Lean et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2561) พบว่าการจัดการตนเอง โดยการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง มีแรงในการทำงาน ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย และไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ก็นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีเช่นเดียวกัน ในส่วนของการจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอน แม้จะดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน แต่อาการของความเจ็บป่วยทางจิตต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ซึ่งอาการประสาทหลอนนับว่าเป็นอาการที่พบบ่อย ในการศึกษาวิจัยของ ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ปกติ หรือแม้เมื่อมีอาการเครียดก็จะหาวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น (Rujkorakarn et al., 2018)

3.7 ความหวัง (Hope)

ความหมายของความหวัง

เฮิร์ท Kaye Herth (1990) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคิดแบบนามธรรม เนื่องจากเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคลนั้นที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต และแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น และความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ และสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความหวังของเฮิร์ท เนื่องจากแนวคิดความหวังของเฮิร์ทผ่านการผสมผสานแนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความหวัง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดความหวังของเฮิร์ทเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

ความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่เต็มไปด้วยความทุกข์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำมักไม่ค่อยเหมาะสม มีความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ หดหวัง คิดว่าตนไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ มักถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถและตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) งานวิจัยจำนวนมาก ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าสิ่งที่ตนคาดหวังไม่มีทางที่จะเป็นจริงได้ และมีความเชื่อว่าไม่มีอะไรที่พวกเขาจะได้มาโดยปราศจากความกดดัน จาก

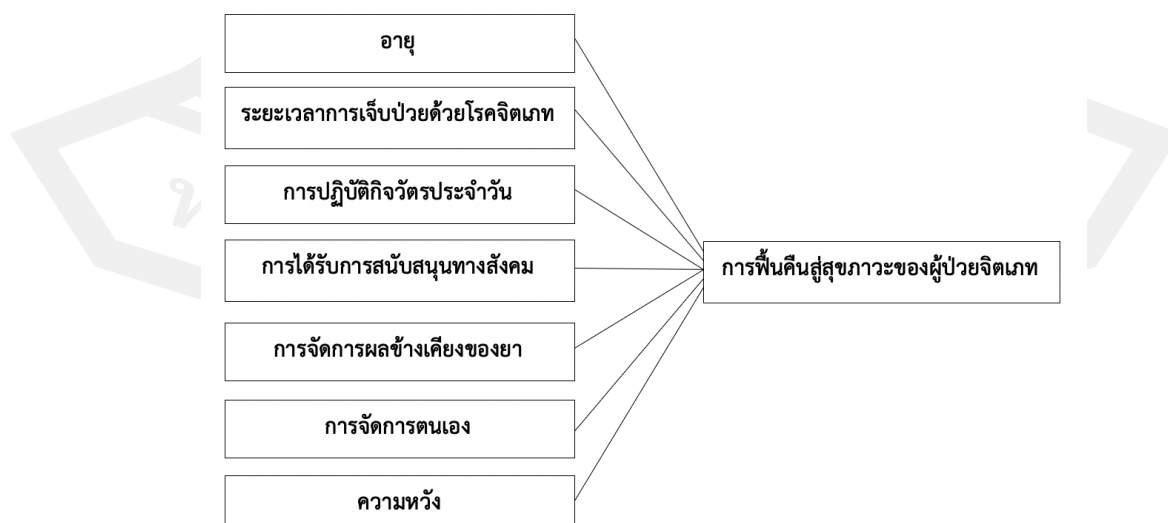
การที่ถูกปฏิเสธ หรือคิดว่าคนอื่นรังเกียจ ก่อให้เกิดความเครียด กัดค้น ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลต่อการติดต่อทางสังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วย (Lysaker, Salyers, Tsai, Spurrier, & Davis, 2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการภาวะสุขภาพจิตและความหวังในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 143 คน โดยมีการวัดการเกิดตราบาป เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตพบว่า ความคาดหวังในอนาคตและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดตราบาปในระดับสูง ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกว่าตนเองเหมือนกับบุคคลอื่นทั่วไปไม่เห็นด้วยกับภาพตายตัวของผู้ป่วยจิตเวช

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ความหวัง เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมา ในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (K. Herth, 1992) นอกจากนี้ ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วย และชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป (Fitzgerald Miller, 2007; Snyder, 1995) ความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของภาวะเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017) ดังนั้นการมีความหวัง จึงน่าจะสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการศึกษาของ C. Kaewprom et al. (2011) พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่าความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเด็นที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง โดยมีสมมติฐานว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และระยะเวลาการเจ็บป่วยสั้น จะมีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง (Y. Yu et al., 2020) การมีอาชีพหรือการมีงานทำ ไม่ว่าจะเป็งานประจำหรืองานในแต่ละวัน ซึ่งรวมถึงการทำงานบ้านหรือการดูแลกิจวัตรประจำวันนั้น ช่วยส่งเสริมความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Shimada et al., 2016) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้และมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพ Correll et al. (2019) ส่วนการจัดการกับผลข้างเคียงของยา ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมผลข้างเคียงจากยาได้ จัดการอาการ โดยการหาวิธีทางในการควบคุมผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตได้ จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง (Stepnicki, Kondej, & Kaczor, 2018) นอกจากนี้ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการควบคุมตนเองจากความเครียด ความวิตกกังวล อาการหิวแหว่ ประสาทหลอนอื่น ๆ ที่จะเป็นสาเหตุในการกระตุ้นการเกิดอาการทางจิต และเป็นตัวขัดขวางการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Lean et al., 2019) แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง ดูแลจัดการความเครียด อาการหิวแหว่ ประสาทหลอนอื่น ๆ จากโรคจิตเภทได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017) โดยความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการใช้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการตนเอง และความหวัง ที่สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และศึกษาอำนาจการทำนายกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพของปัจจัยดังกล่าว ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20 Schizophrenia) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) ที่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ที่คัดเลือกเข้าโครงการวิจัย
4. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ โดยสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 – 59 ปี) ที่มารับบริการใน คลินิกจิตเวช งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ใช้ Test-family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 153 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 45 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 221 ราย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตทางการศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการเปิดให้บริการคลินิกจิตเวชทั้งหมด 5 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ดังนี้

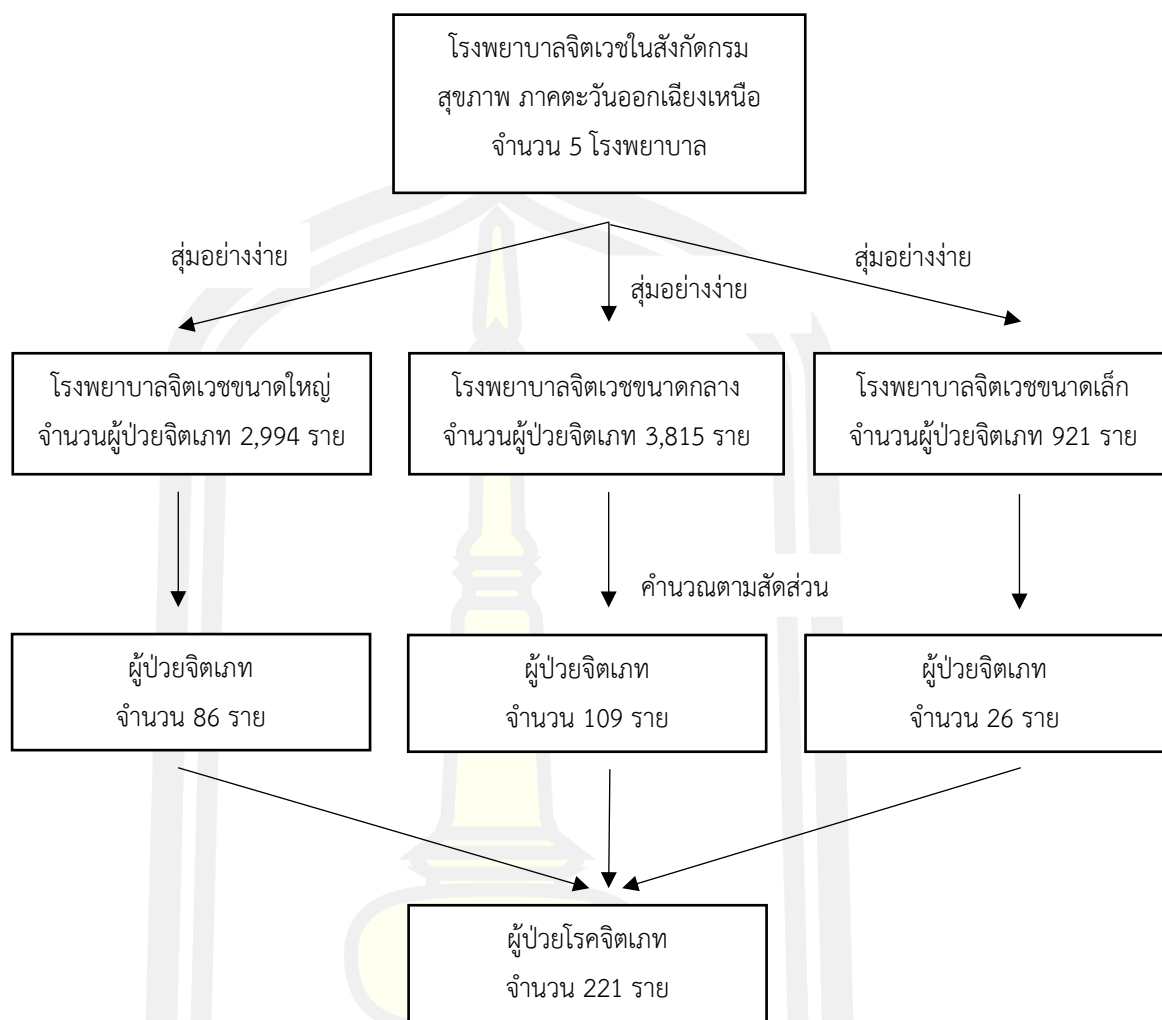
1. การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) โดยแบ่งตามขนาดจำนวนเตียงของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล เป็น 3 ขนาด คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียง 250 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลขนาดกลาง มีจำนวนเตียง 120-250 เตียง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีจำนวนเตียงไม่เกิน 120 เตียง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรที่ดี ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาล ตามรายละเอียดการสุ่มดังนี้

- 1.1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียง 1 แห่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่นั้น เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยโดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการสุ่มแต่อย่างใด

- 1.2 สุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางจำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลขนาดกลาง 2 แห่ง

- 1.3 สุ่มโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลขนาดเล็ก 2 แห่ง

2. ดำเนินการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในช่วงเวลา 3 เดือนของปีงบประมาณ 2563 ผลจากการคำนวณโดยการเทียบสัดส่วนตามขนาดของโรงพยาบาลได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 221 ราย ตามรายละเอียดการคำนวณสัดส่วน ที่ระบุไว้ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Barthel และ Mahoney และดัดแปลงโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากแนวคิดที่กล่าวถึงความสามารถใน

การทำกิจวัตรประจำวันว่า เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จะวัดจากกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้จริง คะแนนทั้งหมดจะได้จากการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในแต่ละบุคคล โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้

12 คะแนน ขึ้นไป	กลุ่มติดสังคม	ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้
5-11 คะแนน	กลุ่มติดบ้าน	ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
0-4 คะแนน	กลุ่มติดเตียง	ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของ หงษ์บรรเทิงสุข (2545) เป็นมาตราส่วนประเมินค่าแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ 3) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบ และมีค่าความเที่ยง .88 กำหนดให้ผู้เลือกตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4	2
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 15 ถึง 75 คะแนน แปลผลค่าคะแนนดังนี้ คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา 9 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนน ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อความ แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมาย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับดีมาก
3.50-4.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับดี
2.50-3.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับปานกลาง
1.50-2.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับต่ำ
1.00-1.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก

แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวกใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ของ ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2558) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวก ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .96 ค่าความเที่ยงของเครื่อง .81 ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 0-3 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	0 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการอาการทางบวก ทั้งชุดมีค่าระหว่าง 0-30 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการอาการทางบวกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการอาการทางบวกระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบวัดความหวัง

แบบวัดความหวังใช้แบบวัดความหวัง Herth hope index (Herth, 1992) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณา (2543) และนำไปใช้เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลตราด จำนวน 80 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .80

แบบวัดความหวังนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้สึกพร้อมและคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้สึกพร้อมและคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น จำนวน 4 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	4 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	1 คะแนน

คะแนนอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน โดยข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ว่า มีความหวังสูง แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ และทำการแปลความหมายของระดับคะแนนความหวัง ดังนี้

12-23	คะแนน	หมายถึง	มีความหวังในระดับต่ำ
24-35	คะแนน	หมายถึง	มีความหวังในระดับปานกลาง
36-48	คะแนน	หมายถึง	มีความหวังในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่จะพัฒนาขึ้นโดย ดร.ณิ รุจกรกานต์ ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเครื่องมือนี้จะมีเนื้อหาที่ครอบคลุมการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล (personal recovery) ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการเรียนรู้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น Castelein, Timmerman, van der Gaag, and Visser (2021) ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยตามหลักการการวิจัย ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88

แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ โดยวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 โดยที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน

คะแนนน้อยกว่า 143	หมายถึง	มีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพเล็กน้อย
คะแนน 143 – 162	หมายถึง	มีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพปานกลาง
คะแนน 163 ขึ้นไป	หมายถึง	มีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) การจัดการอาการทางบวก ของ

ฐิตินันท์ อ้วนล่า (2562) แบบวัดความหวังของสุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภา (2543) และแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพะในผู้ป่วยจิตเวชได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำมาใช้ในงานวิจัยในผู้ป่วยชาวไทยมาก่อนหน้าแล้ว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ แล้วลงคะแนน

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับ คือ .80 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามแต่ละฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.79
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.80
แบบประเมินการจัดการผลข้างเคียงของยา	.84
แบบประเมินการจัดการตนเอง	.82
แบบประเมินการมีความหวัง	.80
แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ	.94

ตารางที่ 2 ตารางแสดงดัชนีความความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) (n=30)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถ

เชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคลได้ ในด้านความปลอดภัยของข้อมูลและเอกสาร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บเอกสารไว้ในตู้ที่มีกุญแจแน่นหนาจนกว่าจะเผยแพร่ผลงานวิจัยอย่างน้อย 1 ปี ก่อนที่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปทำลาย และข้อมูลจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพจิตเท่านั้น และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือข้อคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยดังกล่าว สามารถสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยได้โดยตรง การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการทั้ง 3 โรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเอกสารรับรองจริยธรรมทางมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของทั้ง 3 โรงพยาบาล

3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจ จำนวนและรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ตามลำดับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ด้วยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่าง จากรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ถ้าสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจะทำการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสุ่มรายชื่อที่เหลือต่อไป

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก ทั้ง 3 โรงพยาบาล และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนในบริเวณตรงข้ามห้องตรวจ ในช่วงระหว่างรอพบจิตแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะคอยติดตามดูแลการเข้าตรวจและประสานกับเจ้าหน้าที่ให้เรียกตรวจเมื่อถึงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าตรวจ

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จะชี้แจงให้ทราบว่า มีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไร โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30-45 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นด้านจิตใจ ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

5. หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 221 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 221 คน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2565

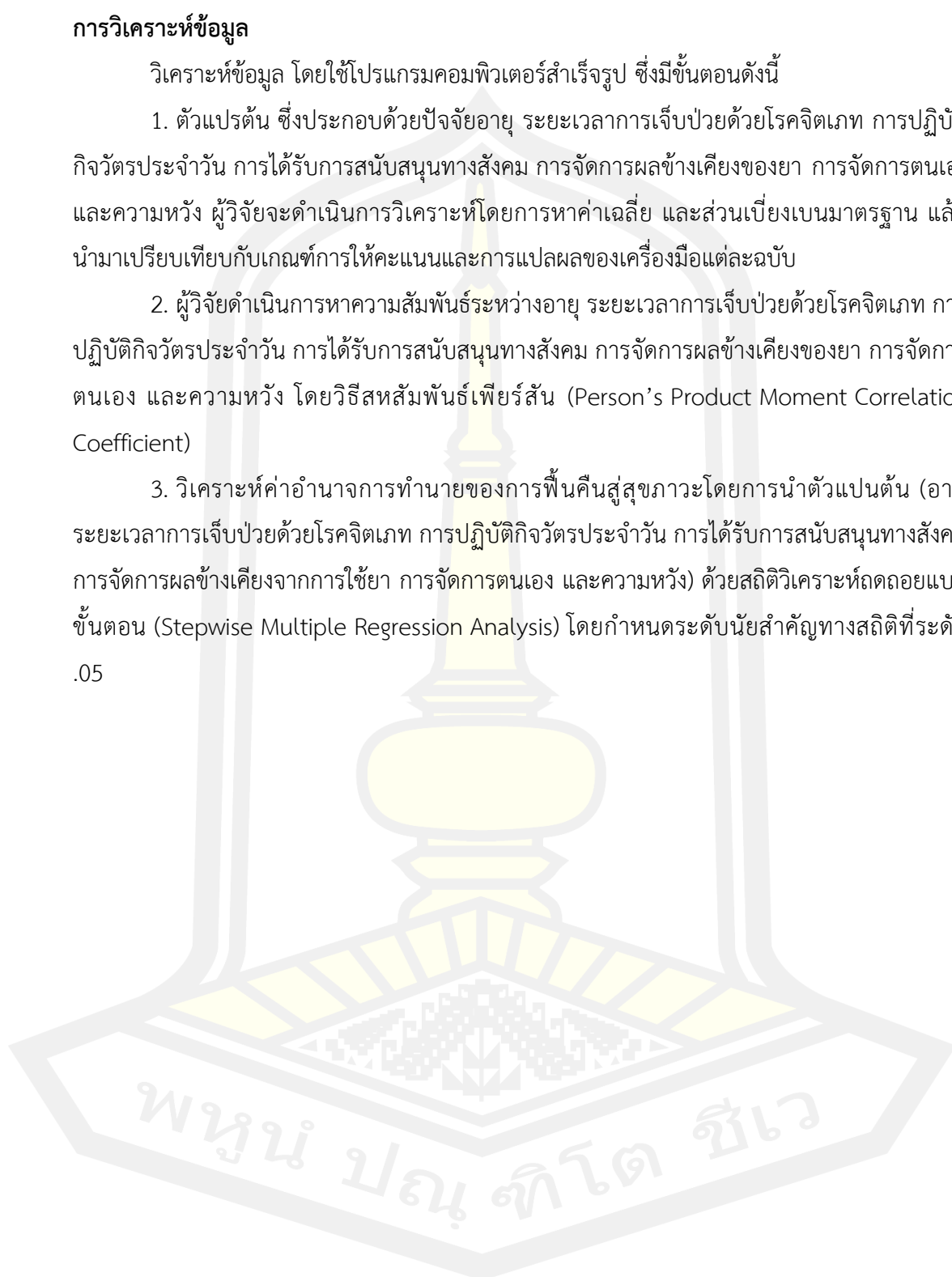
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ตัวแปรต้น ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของเครื่องมือแต่ละฉบับ

2. ผู้วิจัยดำเนินการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดการตนเอง และความหวัง โดยวิธีสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายของการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยการนำตัวแปรต้น (อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการตนเอง และความหวัง) ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 221 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ และการมีความหวัง จำนวนทั้งหมด 104 ข้อ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมไปถึงความสอดคล้องของชุดข้อมูลที่ได้นำมาจัดตั้งเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติแล้วพบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น อย่างไรก็ตามหากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่า 100 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการ violation of normality (Mishra et al., 2019) และผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา การจ้างงาน และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ตอนที่ 2 คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง

ตอนที่ 3 การฟื้นคืนสู่สุขภาพ จำแนกรายข้อ

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน และระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 221 คน เป็นเพศชาย 136 คน (ร้อยละ 61.5) เป็นเพศหญิงจำนวน 85 คน (ร้อยละ 38.5) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี โดยเฉลี่ย คือ 41.03 ปี (S.D. = 10.143) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 การทำงานส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1 – 10 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 เฉลี่ย 10.64 (S.D. = 6.23) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การจ้างงาน และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=221)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	61.5
หญิง	85	38.5
อายุ		
20-29 ปี	34	15.4
30-39 ปี	59	26.7
40-49 ปี	78	35.3
50-59 ปี	50	22.6
Mean = 41.03 S.D. = 10.143		
การจ้างงาน		
ได้รับการจ้างงาน	89	40.3
ไม่ได้รับการจ้างงาน	132	59.7
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.5
ประถมศึกษา	63	28.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	30.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	60	27.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=221)	ร้อยละ
ปวส. หรืออนุปริญญา	19	8.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	5.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 – 10 ปี	125	56.6
11 – 20 ปี	83	37.6
21 – 30 ปี	13	5.9
Mean = 10.64 S.D. = 6.23		

ตอนที่ 2 คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดีมาก เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 29.99 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 65.64$) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 84.57$) การจัดการอาการทางบวกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 37.47$) การมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 40.95$) และการฟื้นคืนสู่สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 153.18$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Min	Max	\bar{X}	SD.	ระดับ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	32	28	30	29.99	0.14	ติดสังคม
การสนับสนุนทางสังคม	75	54	75	65.64	6.61	สูง
การใช้ยาตามเกณฑ์	90	79	90	87.07	2.67	ดีมาก
การจัดการอาการทางบวก	40	30	40	37.47	2.61	สูง
การมีความหวัง	48	29	48	40.95	3.85	สูง

การฟื้นคืนสู่สุขภาพ	170	134	169	153.18	9.06	ปานกลาง
---------------------	-----	-----	-----	--------	------	---------

ตอนที่ 3 การฟื้นคืนสู่สุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 153.17 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้โดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.79$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยาจิตเวช มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.77$) ผู้ป่วยมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 4.76$) ผู้ป่วยเข้าใจดีว่าการกินยาต่อเนื่องมีความสำคัญ จะขาดยาไม่ได้ และผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหาอาการข้างเคียงของยาได้ระดับหนึ่ง ($\bar{X} = 4.75$) มีวินัยของตนเองในการจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ($\bar{X} = 4.73$) ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพจำแนกรายข้อ

แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ	\bar{X}	S.D.
1. ฉันช่วยเหลืองานบ้านได้	4.53	0.67
2. ฉันสามารถทำงานหาเงินได้	3.55	1.42
3. ฉันทำกิจวัตรประจำวันหรือสุขอนามัยของตนเอง เมื่อมีคนบอกหรือเตือน	4.64	0.62
4. ฉันภูมิใจในตัวเองที่ทำงานมีรายได้	3.72	1.48
5. ฉันช่วยเหลืองานในหมู่บ้าน/ในชุมชน	4.18	1.04
6. ฉันตัดสินใจทำเองได้ ถ้าสิ่งนั้นอยากทำหรือทำแล้วมีความสุข	4.43	0.67
7. ฉันอาศัยอยู่กับคนเดียวตามลำพังได้	4.24	1.00
8. ฉันจัดยาและกินยาเองได้	4.43	0.87
9. ฉันรู้ว่าต้องทำอะไรบ้างในแต่ละวัน	4.54	0.62
10. ฉันแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	4.61	0.58
11. ฉันภูมิใจในตัวเองที่พึ่งตนเองได้	4.64	0.59
12. ฉันมีเพื่อนพูดคุยไปมาหาสู่	4.05	1.15
13. ครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และเป็นທີ່ปรึกษา	4.67	0.59
14. ฉันมีความอบอุ่น อยู่กับพี่น้อง พ่อแม่	4.62	0.66
15. ฉันมีคนรักใคร่ ห่วงใย และมีกำลังใจดี	4.64	0.66

แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ	\bar{x}	S.D.
16. ฉันพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวยามว่าง	4.62	0.68
17. ฉันมีผู้พาไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น	4.57	0.63
18. เพื่อนบ้านในชุมชนเข้าใจ ไม่หวาดกลัว ไม่รังเกียจฉัน	4.29	0.92
19. คนในชุมชนไม่เห็นว่าเป็นคนป่วยทางจิต หรือเป็นพิษเป็นภัย	4.42	0.94
20. ฉันได้รับการสนับสนุนทางการเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	4.66	0.61
21. ฉันมีวินัยของตนเองในการจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวช	4.73	0.48
22. ฉันรู้จักแก้ปัญหาอาการข้างเคียงของยาได้ระดับหนึ่ง	4.75	0.48
23. ฉันมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยา	4.76	0.49
24. ฉันเข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยาจิตเวช	4.77	0.45
25. ฉันเข้าใจดีว่าการกินยาต่อเนื่องมีความสำคัญ จะขาดยาไม่ได้	4.75	0.46
26. ฉันประเมินอาการที่เกิดจากการขาดยาได้	4.69	0.53
27. ฉันนอนหลับได้	4.72	0.52
28. ฉันควบคุมอารมณ์ ควบคุมตนเองได้	4.58	0.74
29. ฉันไม่ใส่ใจ ที่ใครจะว่าเป็นบ้าเป็นบอ	4.59	0.80
30. ฉันรู้จักปล่อยวางเพื่อให้อยู่ร่วมกันได้ในครอบครัว	4.71	0.49
31. ฉันมีวิธีของตนเองในการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ	4.70	0.58
32. ฉันดูแลตนเองได้โดยทั่วไป	4.79	0.52
33. ฉันจัดการอาการทางจิตของตนเองได้ เช่น หูแว่ว	4.32	1.26
34. ฉันเข้าใจอาการทางจิตของตนเองและไม่ใส่ใจ เช่นหูแว่ว	4.28	1.27
รวม	153.18	9.05

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .501, p < .05$) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .264, p < .01$) การจัดการอาการ ($r = .421, p < .05$) และการมีความหวัง ($r = .534, p < .05$) ตัวแปรที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ คือ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1 อายุ	1.00							
2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.463**	1.00						
3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.047	-.026	1.00					
4 การสนับสนุนทางสังคม	-.007	.136*	-.075	1.00				
5 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	.051	.076	-.074	.210**	1.00			
6 การจัดการอาการ	-.011	.144*	-.066	.418**	.341**	1.00		
7 การมีความหวัง	-.068	.019	-.001	.426**	.224**	.256**	1.00	
8 การฟื้นคืนสู่สุขภาพ	-.026	.014	-.006	.501**	.264**	.421**	.534**	1.00

** $p < .01$; * $p < .05$

ขั้นที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าการมีความหวัง อธิบายความแปรปรวนของการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .285 แสดงว่าการมี ความหวังสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ ร้อยละ 28.5

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 37.7 ($R^2 = .377$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่น คือ การสนับสนุนทางสังคม และการมีความหวัง ร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 37.7 โดยเมื่อเพิ่มการมีความหวังเข้าไป การทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 9.2 (R^2 change = .092)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการจัดการอาการเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.7 ($R^2 = .417$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อเพิ่มตัวแปรการจัดการอาการเข้าไป การทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 4 ($R^2 \text{ change} = .040$) นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม การมีความหวัง และการจัดการอาการสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 41.7 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น ($R^2 \text{ change}$) ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	$R^2 \text{ change}$	F	P-value
การมีความหวัง	.534	.285	.285	87.40	0.000
การสนับสนุนทางสังคม	.614	.377	.092	65.89	0.000
การจัดการอาการ	.646	.417	.040	51.66	0.000

R = .646 $R^2 = .417$ F = 66.171 Constant = 66.171

ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุดคือ การมีความหวัง (Beta = .371) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .251) และการจัดการอาการ (Beta = .221) แสดงว่า การมีความหวัง เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการอาการ ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่ามาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

ตัวทำนาย	b	S.E.b	Beta	t	p-value	Zero-order	VIF
การมีความหวัง	.872	.067	.371	6.439	.000	.534	1.233
การสนับสนุนทางสังคม	.344	.116	.251	4.095	.000	.501	1.396
การจัดการอาการ	.767	.130	.221	3.853	.000	.421	1.223

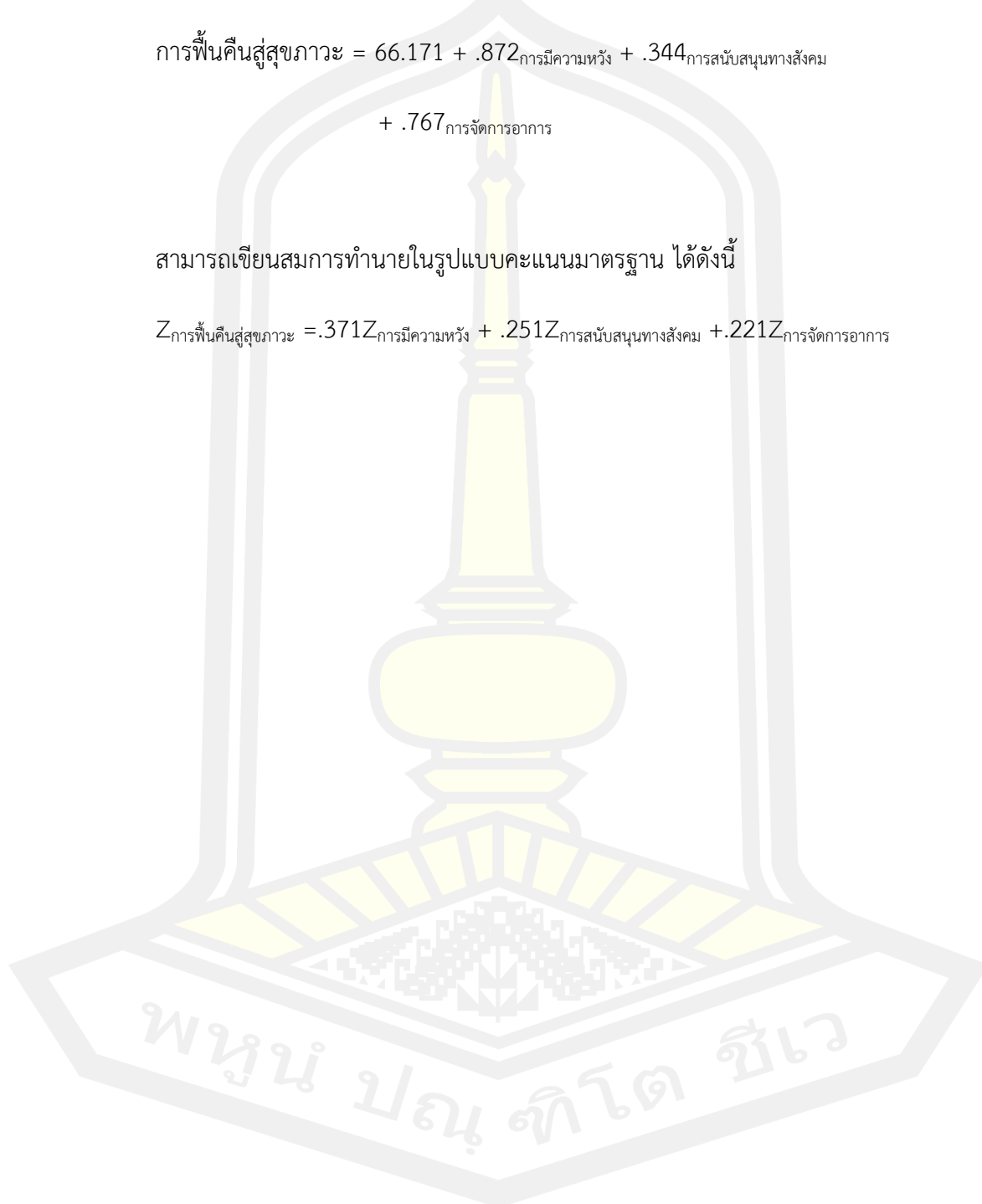
R = .646 $R^2 = .417$ F = 75.45 Constant = 66.171 Durbin-Watson = 1.596

สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การฟื้นคืนสู่สุขภาพ} = & 66.171 + .872\text{การมีความหวัง} + .344\text{การสนับสนุนทางสังคม} \\ & + .767\text{การจัดการอาการ} \end{aligned}$$

สามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z_{\text{การฟื้นคืนสู่สุขภาพ}} = .371Z_{\text{การมีความหวัง}} + .251Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + .221Z_{\text{การจัดการอาการ}}$$



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท และอำนาจทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการ และการมีความหวัง

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีจำนวน 221 คน เป็นเพศชาย 136 คน (ร้อยละ 61.5) เป็นเพศหญิงจำนวน 85 คน (ร้อยละ 38.5) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 41.03 ปี (S.D. = 10.143) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 78 คน (คิดเป็นร้อยละ 35.3) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 132 คน (คิดเป็นร้อยละ 59.7) ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 67 คน (คิดเป็นร้อยละ 30.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ 1 – 10 ปี จำนวน 125 คน (คิดเป็นร้อยละ 56.6) (\bar{X} = 10.64) (S.D. = 6.23)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .501, p < .05$) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .264, p < .01$) การจัดการอาการ ($r = .421, p < .05$) และการมีความหวัง ($r = .534, p < .05$) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

3. การฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 153.17) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้โดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} = 4.79) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยาจิตเวช (\bar{X} = 4.77) ผู้ป่วยมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยา (\bar{X} = 4.76) ผู้ป่วยเข้าใจดีว่าการกินยาต่อเนื่องมีความสำคัญ จะขาดยาไม่ได้ และผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหาอาการข้างเคียงของยาได้ระดับหนึ่ง (\bar{X} = 4.75) มีวินัยของตนเองในการจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวช (\bar{X} = 4.73)

4. เมื่อนำตัวแปรเข้าสมการเพื่อทำนายด้วยสถิติ Multiple Regression โดยวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise พบว่า มี 3 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ได้ร้อยละ 41.7 ($R^2 =$

.417) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (R^2 change = .285) การมีความหวัง (R^2 change = .092)

และการจัดการอาการ (R^2 change = .04)

เขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การฟื้นคืนสู่สุขภาพ} = & 66.171 + .872_{\text{การมีความหวัง}} + .344_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} \\ & + .767_{\text{การจัดการอาการ}} \end{aligned}$$

สามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z_{\text{การฟื้นคืนสู่สุขภาพ}} = .371Z_{\text{การมีความหวัง}} + .351Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + .221Z_{\text{การจัดการอาการ}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายเรียงลำดับดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดสรรกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ($r = -.026$) แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 41.03 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่ถือว่ามียุมาก ส่งผลทำให้มีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทเล็กน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Yu Yu et al. (2020) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย จะมีระดับการฟื้นคืนสูงซึ่งมีความสอดคล้องกันกับผลการวิจัยครั้งนี้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ($r = .014$) อาจจะเป็นเนื่องมาจากการที่มีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการปรับตัวที่หลากหลายและแตกต่างกัน จากผลการวิจัยนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.64 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์(อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) จึงส่งผลทำให้มีคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Castelein et al. (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางสังคม คลินิก และส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 13.8 ปี มีการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูง ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของวิจัย นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์ยัง

พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับอายุ ($r = .463$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakamura et al. (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม Illness Management and Recovery (IMR) ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท 19 ราย อายุเฉลี่ย 61.4 ปี (ช่วง 50-77 ปี) และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.1 ปี (ช่วง 1-31 ปี) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยกลางคนและผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษานานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน จะมีอาการทางจิตดีขึ้น

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ($r = -.006$) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 59.7 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่งหรือมีรายได้ประจำ รวมถึงไม่ได้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อน จะเป็นวิธีที่สามารถช่วยลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาข้อมูลพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นการฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านคลินิกจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ($r = .501$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tandon et al. (2008) พบว่าการให้บริการด้านการรักษาการฟื้นฟูและการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Correll et al. (2019) พบว่า คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (≤ 0.001) ในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Santos, Kopelowicz, and López (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถึงการฟื้นคืนสู่สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ 43% นอกเหนือจากนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ($r = .136$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วยทางจิต จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องอาการ ซึ่งส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ฐิตวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์ และอารยาทิพย์วงศ์, 2561)

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะในระดับต่ำ ($r = .264$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากความเข้าใจ ระดับการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นระยะเวลาานานจะส่งผลต่อ Cognitive ของผู้ป่วย (อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความตระหนักในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้พบว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .210$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้จากการศึกษาของ อาริยา ตังมโนกุล and และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของทิมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางข้อมูลข่าวสาร การติดตามเยี่ยมบ้านของสหสาขาวิชาชีพ ที่คอยช่วยเหลือ และให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านอาการทางจิต จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา จะช่วยลดอาการของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

การจัดการอาการ

การจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ($r = .421$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จุดมุ่งหมายของการจัดการตนเอง คือ การเพิ่มขีดความสามารถให้บุคคลในการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยให้ทักษะและความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการรับรู้ และจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง (Lean et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Correll and Lauriello (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การฟื้นคืนสู่สภาวะจำเป็นต้องมีการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการดูแลตนเองและการทำงานหน้าที่ทางสังคมที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lean et al. (2019) พบว่าการจัดการอาการเป็นกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากการจัดการอาการถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ($r = .144$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน จะสามารถจัดการอาการ ปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตหรือเผชิญปัญหาได้ดี (นิตยา เจริญยุทธ, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, และวินัสริน ก้อนศิลา, 2564) และจะมีทักษะในการจัดการอาการได้ดี และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการ พร้อมทั้งดูแลตนเองได้ (อาริยา ตังมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์, 2021) นอกเหนือจากนี้ พบว่า การจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .426$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ ในการศึกษา ให้ความรู้ ข้อมูล ในด้านของการรับประทานยาจิตเภท จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้ และลดอาการทางคลินิกได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชนได้ตามปกติสุขได้ (van Meijel, Kruitwagen, van der Gaag,

Kahn, & Grypdonck, 2006) และพบว่าการจัดการอาการมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .341$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้จากการศึกษาของ นิตยา เจริญยุทธ และคณะ (2564) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเนื่องมาจากมีปัญหาในการเดินทาง ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการรับประทานยา หรืออาจเกิดอาการไม่สุขสบายผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา จะสามารถช่วยลดอาการทางจิตได้ ทำให้คนไข้จิตเภทมีอาการทางจิตลดลง และสามารถจัดการอาการหิวแหว่ประสาทหลอนได้

การมีความหวัง

การมีความหวัง มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ($r = .534$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความหวัง เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมาในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) นอกจากนี้ ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วย และชีวิตไปในทางที่ดี รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป (Fitzgerald Miller, 2007; Snyder, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Acharya and Agius (2017) พบว่า ความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น จากการศึกษาของ Chettha Kaewprom (2011) พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่าความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การมีความหวัง มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .426$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร การดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ โดยการช่วยเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภท (อาริยา ตั้งมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์, 2021) และการให้การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่แปลกแยกหรือรู้สึกด้อยค่า (สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร, 2557) จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังว่าจะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีความหวัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .224$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางจิตใจ (ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์ และคณะ, 2560) ถ้าหากผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้เกิดมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ (สาริณี โตะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2564) และความหวังมีสัมพันธ์กับการจัดการอาการ ($r = .256$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความหวังว่าสิ่งที่ตนเองปรารถนานั้นจะเป็นจริง จะมีกำลังใจ มีความกระตือรือร้น ในการทำ

กิจกรรมนั้นให้เป็นจริง เพื่อบรรลุเป้าหมายของตนที่ตั้งไว้ (K. Herth, 1992) เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังว่าจะหายจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรืออาการรบกวน ผู้ป่วยจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการอาการดังกล่าว

2. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการอาการ และการมีความหวัง ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 41.7 ($R^2 = .471$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท (Beta = .371) สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Correll et al. (2019) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหลักในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแบบองค์รวมในโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 2 ใน 3 ไม่สามารถปฏิบัติตามพื้นฐานของการทำงานทางสังคมได้ และน้อยกว่า 1 ใน 3 ยังคงมีการรักษาตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tandon et al. (2008) พบว่าการให้บริการด้านการรักษา การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม สามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Santos et al. (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถึงการฟื้นคืนสู่สุขภาพ จำนวน 60 คน และพบว่ามีคนตอบว่าการมีได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ฟื้นคืนสู่สุขภาพได้ 43% จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง คนในชุมชน รวมถึงได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรการแพทย์ที่คอยให้การช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้

การมีความหวัง

การมีความหวังสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท (Beta = .251) สามารถอธิบายได้ว่า การมีความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมา ในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fitzgerald Miller (2007) พบว่าความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วย และชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป โดยความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของความเจ็บป่วยทาง

จิต (Acharya & Agius, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chettha Kaewprom (2011) พบว่า ความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการมีความหวัง จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการศึกษาพบว่า การมีความหวังในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังว่าทุกอย่างในชีวิตจะมีทิศทางไปในทางที่ดี และหวังว่าจะมีชีวิตที่ปกติอยู่บ้านกับครอบครัวได้ และไม่ต้องมานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการมีความหวัง จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้

การจัดการอาการ

การจัดการอาการสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท ($Beta = .221$) การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะ มีความมั่นใจ และมีการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพในระยะยาว (Lean et al., 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Correll and Lauriello (2020) พบว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพ จำเป็นต้องมีการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลตัวเอง และการทำหน้าที่ในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต และสามารถดำรงชีวิตได้ปกติ หรือแม้เมื่อมีอาการเครียดก็จะหาวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น (Rujkorakarn et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการทางบวกอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการ อารมณ์หุนเหว ประสานหลอนได้ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการจัดการอาการ จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้

สรุป

การมีความหวัง เป็นส่วนที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการจัดการตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนจากภายใน ผู้ป่วยจิตเภทจึงจะสามารถไปจัดการอาการหุนเหว ประสาทหลอน ถ้าเราสามารถจัดการภายใน ทำให้คนมีความหวัง ในขณะที่เดียวกันที่ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังภายในแล้ว พลังจากภายนอก เช่นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญ โดยครอบครัว ชุมชน และสังคมให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้การฟื้นคืนสู่สุขภาพ คงระยะอาการสงบได้ยาวนาน อย่างไรก็ตาม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะต้องมีการตระหนักรู้ที่ระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการแนะนำความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้บริการเชิงรุกโดยการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์แอปพลิเคชันแบบทางการ เฟสบุ๊กแบบทางการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรค การรับประทายตามเกณฑ์ การจัดการอาการต่าง ๆ และการสร้างความหวังกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสื่อโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางการให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย

2. การนำผลวิจัยครั้งนี้ ประเมินค้นหาวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนได้ในระยะเวลาที่ยาวนาน

3. สถานบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิต โดยส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และการสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยให้ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอ

ด้านการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น Hi-end recovery ดังนั้นจึงไม่ปรากฏอาการทางคลินิก

2. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างความหวัง และการจัดการอาการ ในผู้ป่วยจิตเภท ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3. ตัวถูกทำนายบางข้อทับซ้อนกับตัวทำนาย คือ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ พบว่า 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ และตรงกับหัวข้อย่อยในแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรหลีกเลี่ยงปัจจัยอิสระที่จะซ้ำกับปัจจัยตาม เพื่อป้องกันการเกิด Multicollinearity

บรรณานุกรม



- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (*THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*), 30(1), 123.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2550-2552 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 โรครจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2563. Retrieved from <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/links/links-n.asp?catid=18>
- ขวัญสุดา บุญทศ. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 89-100.
- เฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2020). トラバパของสมาชิกครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 18-32.
- เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 23(2), 73-80.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 ฉบับพิเศษ มกราคม - เมษายน 2561, 487 - 494.
- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 56-67.
- ณัฐพล บุตตะโยธี. (2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(9), 77-88.
- ดรัณ พงศธรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 169-187.

- ดรุณี รุจกรกานต์, สุรดา จันดีกระยอม, และชนกพร ศรีประสาร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ, 11(1), 268-276.
- ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 13(1), 102-115.
- นิตยา เจริญยุทธ, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, และวินัสริน ก้อนศิลา. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : บทบาทพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 5(3), 23 - 35.
- ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และสว่างจิตร์ วสุวัต. (2560). ผลของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 25(1), 59-68.
- ไพบรียพันธ์ สันตะพันธ์, ศิริกัญญา บุษหงษ์, เชาวลิต ศรีเสริม, และอนงลักษณ์ วงศ์ตรี. (2563). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 50-61.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ. (2557). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวชสู่สภาวะ : การจ้างงานสำหรับบุคลากร พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ลลอส สิงห์โชติสุขแพทย์. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(1), 19-32.
- วัชรินทร์ วุฒิธฤณี. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 1-12.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 ฉบับพิเศษ, 459-467.
- สาริณี โต๊ะทอง และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2564). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(1), 153-165.

- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2555). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. Retrieved from https://old.rmutto.ac.th/rmuttonews/attachment/TP719_183626.pdf
- สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์, และชนิดดา แนบเกษร. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 98-104.
- สุดาพร สถิตยुทธการ. (2561). การซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 1-13.
- สุธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสพล. (2543). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.
- สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการ พยาบาล*, 42(3), 159-166.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆพิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับ พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิกทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์.
- อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-23.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, และณัฐพัชร สุนทโรวิทย์. (2561). การพัฒนา โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 86-101.
- อาริยา ตั้งมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2021). ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข*, 15(4), 436-455.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=YOTbjwEACAAJ>
- Abd El, S. A. E.-M., Harfush, G., & Gemeay, E. M. (2017). Perceived Social Support and Medication Compliance among Patients with Psychiatric Disorders.

- Acharya, T., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatr Danub*, 29(Suppl 3), 619-622.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Ayres, H., Ngo, H., & John, A. P. (2019). Limited changes in activities of daily life performance ability among people with schizophrenia at clinical settings and the factors moderating the changes. *Schizophr Res Cogn*, 16, 29-35.
doi:10.1016/j.scog.2018.12.001
- Castelein, S., Timmerman, M. E., van der Gaag, M., & Visser, E. (2021). Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions. *Br J Psychiatry*, 219(1), 401-408.
doi:10.1192/bjp.2021.48
- Chan, V. (2017). Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 26(2), 341-366.
doi:10.1016/j.chc.2016.12.014
- Correll, C. U., & Lauriello, J. (2020). Using Long-Acting Injectable Antipsychotics to Enhance the Potential for Recovery in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4). doi:10.4088/jcp.Ms19053ah5c
- Correll, C. U., Stanford, A. D., Claxton, A., Du, Y., & Weiden, P. J. (2019). Social and functional outcomes with two doses of aripiprazole lauroxil vs placebo in patients with schizophrenia: a post-hoc analysis of a 12-week phase 3 efficacy study. *Psychiatry Research*, 274, 176-181.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.021>
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in life for people with schizophrenia: Does it include occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93-105.
- El-Monshed, A., & Amr, M. (2020). Association between perceived social support and recovery among patients with schizophrenia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100236. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100236>

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community mental health journal*, 41, 141-158. doi:10.1007/s10597-005-2649-6
- Fitzgerald Miller, J. (2007). *Hope: a construct central to nursing*. Paper presented at the Nursing forum.
- Herth, K. (1990). Relationship of hope, coping styles, concurrent losses, and setting to grief resolution in the elderly widow (er). *Research in nursing & health*, 13(2), 109-117.
- Herth., K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*, 17(10), 1251-1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J., & Murray, R. M. (2017). The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 81(1), 9-20. doi:10.1016/j.biopsych.2016.07.014
- Ipci, K., Yildiz, M., Incedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gurcan, M. B. (2020). Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community mental health journal*, 56(6), 1180-1187. doi:10.1007/s10597-020-00616-5
- Kaewprom, C. (2011). *Perceptions and practices regarding recovery from Schizophrenia among Thai mental health nurses*.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 323-327. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00621.x
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging Clin N Am*, 30(1), 73-83. doi:10.1016/j.nic.2019.09.007
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., . . . Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 214(5), 260-268. doi:10.1192/bjp.2019.54

- Lysaker, P. H., Salyers, M. P., Tsai, J., Spurrier, L. Y., & Davis, L. W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia.
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth*, 22(1), 67-72. doi:10.4103/aca.ACA_157_18
- Möller, H. J. (2016). The Relevance of Negative Symptoms in Schizophrenia and How to Treat Them with Psychopharmaceuticals? *Psychiatr Danub*, 28(4), 435-440.
- Nakamura, R., Asami, T., Yoshimi, A., Kato, D., Fujita, E., Takaishi, M., . . . Hirayasu, Y. (2019). Clinical and brain structural effects of the Illness Management and Recovery program in middle-aged and older patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 73(12), 731-737. doi:10.1111/pcn.12919
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet*, 388(10039), 86-97. doi:10.1016/s0140-6736(15)01121-6
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(1), 24. doi:10.1186/1478-7954-8-24
- Rassovsky, Y., Dunn, W., Wynn, J. K., Wu, A. D., Iacoboni, M., Helleman, G., & Green, M. F. (2018). Single transcranial direct current stimulation in schizophrenia: Randomized, cross-over study of neurocognition, social cognition, ERPs, and side effects. *Plos One*, 13(5), e0197023. doi:10.1371/journal.pone.0197023
- Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., & Teehan, M. (2017). Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*, 62(9), 604-616. doi:10.1177/0706743717720448
- Rhee, T. G., & Rosenheck, R. A. (2019). Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? *Psychiatry Res*, 271, 402-404. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.005
- Rosen, K., & Garety, P. (2005). Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 735-750. doi:10.1093/schbul/sbi017

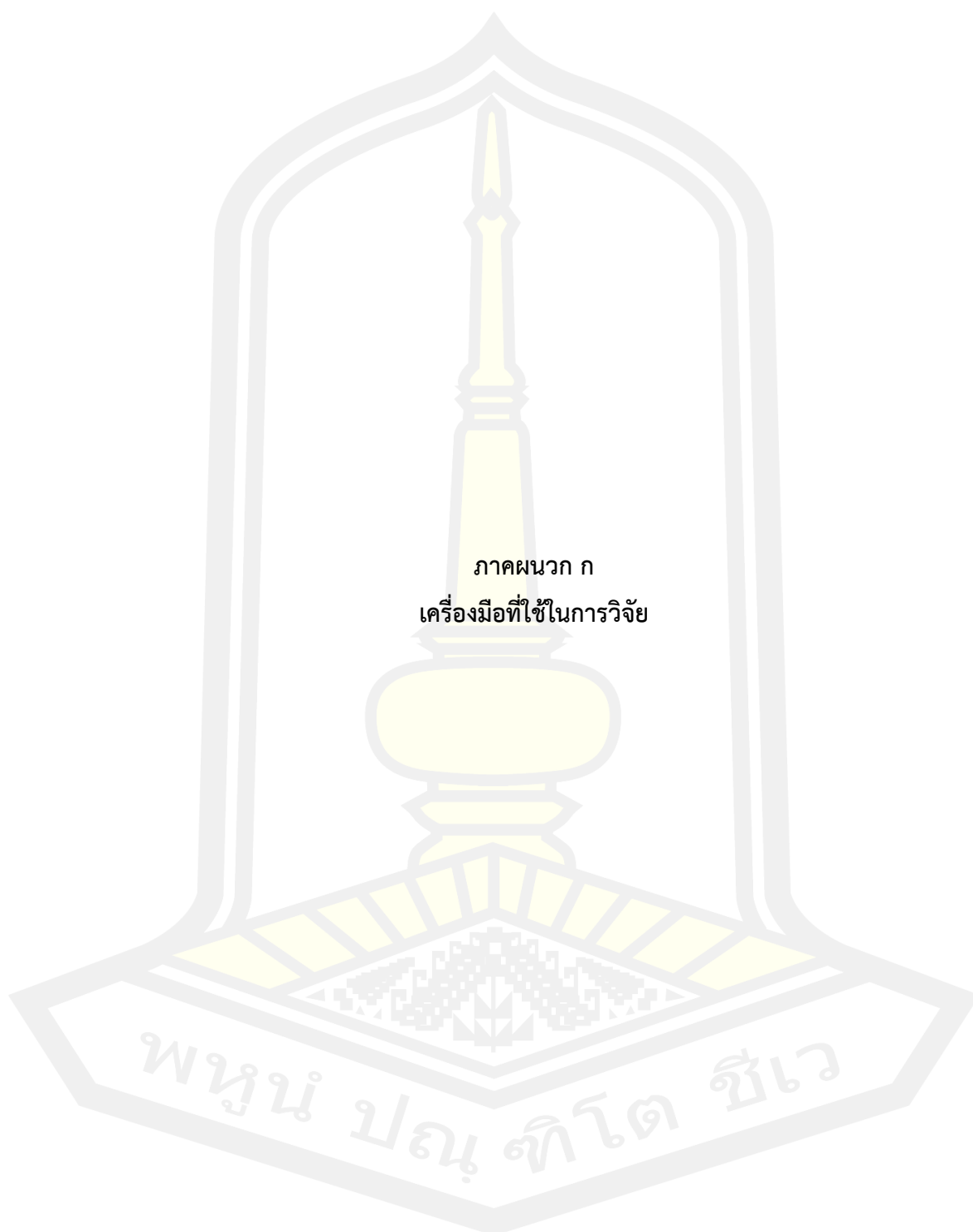
- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *Int J Ment Health Nurs*, 27(5), 1481-1489. doi:10.1111/inm.12448
- Santos, M. M., Kopelowicz, A., & López, S. R. (2018). Recovery From Schizophrenia: The Case of Mexican-Origin Consumers and Family Caregivers. *J Nerv Ment Dis*, 206(6), 439-445. doi:10.1097/nmd.0000000000000826
- Seo, J.-M., Ahn, S., Byun, E.-K., & Kim, C.-K. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.005>
- Shimada, T., Nishi, A., Yoshida, T., Tanaka, S., & Kobayashi, M. (2016). Factors Influencing Rehospitalisation of Patients with Schizophrenia in Japan: A 1-year Longitudinal Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 28, 7-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.10.002>
- Siafis, S., Tzachanis, D., Samara, M., & Papazisis, G. (2018). Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects. *Curr Neuropharmacol*, 16(8), 1210-1223. doi:10.2174/1570159x15666170630163616
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355-360.
- Stepnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*, 23(8). doi:10.3390/molecules23082087
- Tan, B.-L., Lim, M. W. Z., Xie, H., Li, Z., & Lee, J. (2020). Defining occupational competence and occupational identity in the context of recovery in schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 7404205120p7404205121-7404205120p7404205111.
- Tandon, R., Belmaker, R., Gattaz, W. F., Lopez-Ibor Jr, J. J., Okasha, A., Singh, B., . . . Moeller, H.-J. (2008). World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 20-38.
- Taylor, M., & Jauhar, S. (2019). Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and

schizophrenia. *Ther Adv Psychopharmacol*, 9, 2045125319870033.

doi:10.1177/2045125319870033

- Trifu, S. C., Kohn, B., Vlasie, A., & Patrichi, B. E. (2020). Genetics of schizophrenia (Review). *Exp Ther Med*, 20(4), 3462-3468. doi:10.3892/etm.2020.8973
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L. (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631-642. doi:10.1093/schbul/sbx088
- van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. (2006). An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. *J Nurs Scholarsh*, 38(1), 42-49. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00076.x
- WHO. (2019). Schizophrenia Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization. (2008). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems . Geneva: World Health Organization.
Find this resource.
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X.-p., Li, T.-x., Cao, G., & Liao, Y.-j. (2020). Personal Recovery and Its Determinants Among People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1436). doi:10.3389/fpsy.2020.602524
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X. P., Li, T. X., Cao, G., & Liao, Y. J. (2020). Personal Recovery and Its Determinants Among People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi:10.3389/fpsy.2020.602524





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุณ ปณฺ ทิตโต สีเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel's of Activities of Daily Living: ADL)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย / ลงในวงเล็บ และสามารถเขียนข้อมูลเพิ่มเติมหรือต้องการใส่เพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้น

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว)
 - () ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง
 - () ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ว่าง่าย
 - () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้
2. Transfer (การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้ม) หรือต้องใช้คน สองคนช่วยกันยกขึ้น
 - () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ถึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นจึงนั่งอยู่ได้
 - () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () ทำได้เอง
3. Grooming (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)
 - () ต้องการความช่วยเหลือ
 - () ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
4. Toilet Use (การใช้ห้องสุขา)
 - () ช่วยตัวเองไม่ได้
 - () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - () ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Bathing (การอาบน้ำ)
 - () ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - () อาบน้ำได้เอง

6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- () เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้ เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้ามุมห้องหรือประตูได้
- () เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- () เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง อาจใช้ไม้เท้าหรือเครื่องพยุงเดิน

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- () ไม่สามารถทำได้
- () ต้องการคนช่วยเหลือ
- () ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Dressing (การสวมเสื้อผ้า)

- () ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- () ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- () ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

9. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- () กลั่นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- () กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้งเป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- () กลั่นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- () กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- () กลั่นได้ปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่าน มากน้อยเพียงใด แล้วขีด / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึก โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	1	2	3	4	5
ด้านอารมณ์					
1. แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความเต็มใจ					
2. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือ เมื่อท่านไม่สบายใจ					
3. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญต่อเขา					
4. ท่านสามารถบอกความคับข้องใจกับผู้ที่ท่านไว้วางใจได้					
5. ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว					
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
6. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
7. ท่านได้รับทราบลักษณะอาการเกี่ยวกับโรคของท่าน					
8. ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับวิธีการรักษาของท่าน					
9. ท่านได้รับทราบถึงสาเหตุการเกิดโรคของท่าน					
10. ท่านได้รับทราบคำแนะนำให้ทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่ท่านได้รับ					
ด้านทรัพยากร					
11. มีผู้อำนวยการความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์เมื่อท่านมีความต้องการ					
12. มีผู้ช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อท่านมีความต้องการ					

ข้อความ	1	2	3	4	5
13. ท่านได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า					
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอเวลามีปัญหาด้านการเงิน					
15. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน					



ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด / ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเกิด
1. เมื่อยาหมดท่านไม่ซื้อยาทางจิตกินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
2. ท่านไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง					
3. ท่านไม่รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
4. ท่านไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าแผนการรักษา					
5. แม้อาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
6. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
7. ท่านไม่หยุดรับประทานยา โดยแพทย์ไม่ได้แนะนำ					
8. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
9. ท่านไม่เคยลืมรับประทานยา					
10. ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
11. ท่านรับประทานยาตรงเวลา					

ข้อคำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเกิด
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านไม่หยุดรับประทานยารักษาโรคจิตโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
13. ท่านไม่เคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
14. ท่านไม่เคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
15. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา					
16. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
17. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการจิตไม่ดีขึ้น					
18. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					



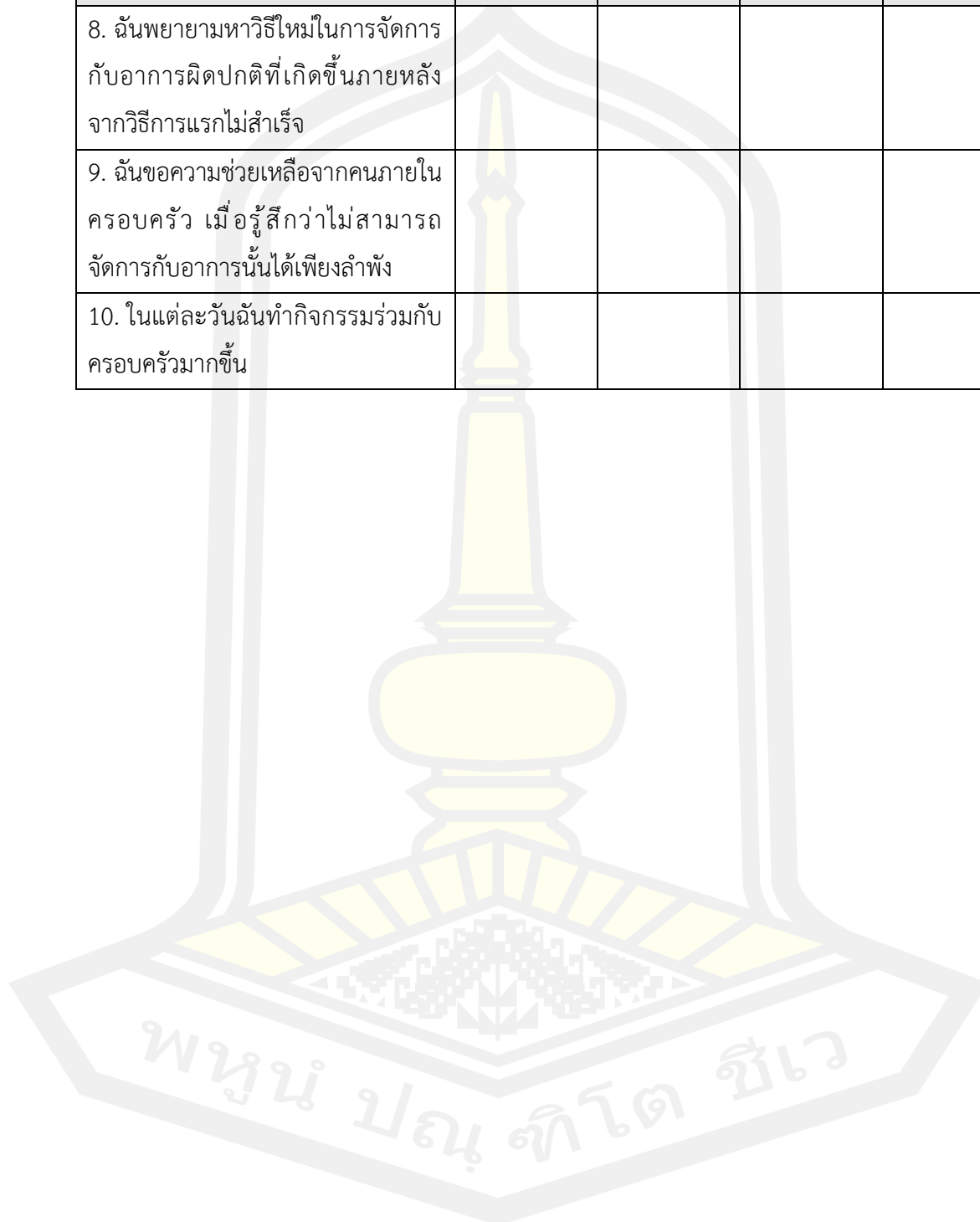
ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการจัดการอาการทางบวก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติ
อยู่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ที่มีอาการ สม่าเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของ ตัวเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น				
2. ฉันประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ว่ามีความรุนแรงและส่งผลอย่างไรกับ ตัวฉันทุก ๆ ครั้ง				
3. ฉันรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
4. ฉันสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับ อาการผิดปกติขึ้นได้เหมาะสมกับ สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ในขณะนั้น				
5. ฉันจะพูดคำว่า “หยุด” หรือเพิกเฉย ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงที่สั่งให้ฉันทำ ตามเสียงนั้น				
6. ฉันใช้เทคนิค การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเมื่อรู้สึก โกรธ ไม่พอใจ หงุดหงิด หรือวิตกกังวล ตามที่ พยาบาลสอน				
7. ฉันรับฟัง เมื่อครอบครัวหรือแพทย์ พยาบาลให้ข้อมูลต่าง ๆ พร้อม คำแนะนำที่เกี่ยวกับฉัน				

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
8. ฉันพยายามหาวิธีใหม่ในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากวิธีการแรกไม่สำเร็จ				
9. ฉันขอความช่วยเหลือจากคนภายในครอบครัว เมื่อรู้สึกว่าจะไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้เพียงลำพัง				
10. ในแต่ละวันฉันทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวมากขึ้น				



ส่วนที่ 6 แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index)

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ป่วยช้า ๆ แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถามซึ่งพิจารณาแล้วว่าตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุดในขณะที่นี้เพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความไม่รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความไม่รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมองชีวิตในแง่ดี				
2. ฉันมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต				
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว				
4. ฉันเห็นว่าชีวิตนี้มีความหวังรำไร				
5. ฉันมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือศาสนาเป็นที่พึ่งที่ทำให้ฉันมีความสุข				
6. ฉันรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต				
7. ฉันรำลึกถึงเหตุการณ์ที่มีความสุขและสนุกสนาน				
8. ฉันมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ				
9. ฉันให้และรับความรักความห่วงใยจากบุคคลอื่น				
10. ฉันเห็นแนวทางที่จะสามารถทำให้เหตุการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนไปในทางที่ดีได้				
11. ฉันมีพลังหรือความสามารถที่จะควบคุมและจัดการให้การดำรงชีวิตในแต่ละวันดีขึ้น				
12. ชีวิตของฉันมีคุณค่าและความหมาย				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเวช (Recovery Assessment Scale of People with Schizophrenia dwelling in Community)

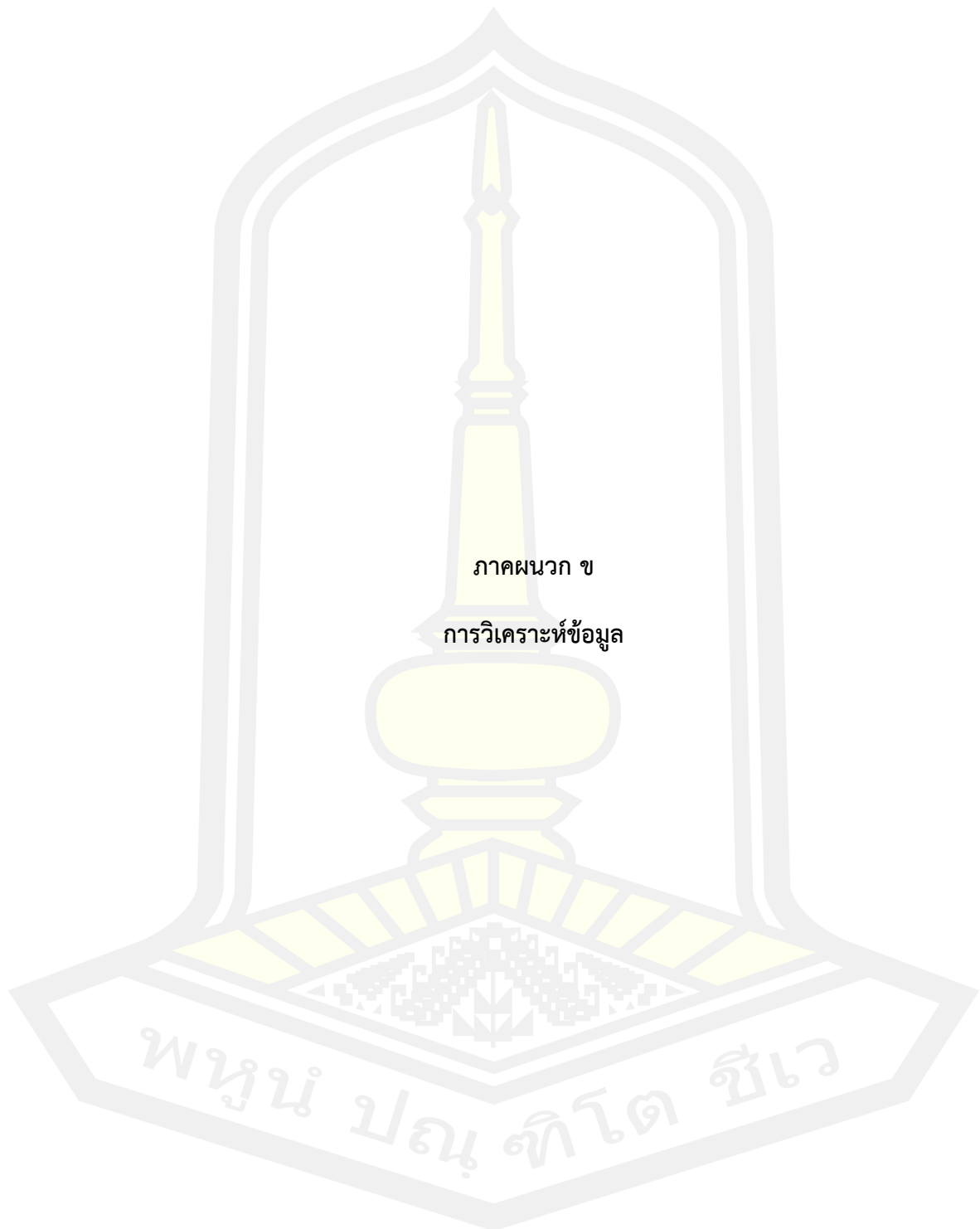
คำชี้แจง โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้อจากผู้สัมภาษณ์ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	(2)	(3)	(4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน					
Keep doing day-to-day activities as a way of life					
1. ฉันช่วยเหลืองานบ้านได้					
2. ฉันสามารถทำงานหาเงินได้					
3. ฉันทำกิจวัตรประจำวันหรือสุขอนามัยของตนเอง เมื่อมีคนบอกหรือเตือน					
4. ฉันภูมิใจในตัวเองที่ทำงานมีรายได้					
5. ฉันช่วยเหลืองานในหมู่บ้าน/ในชุมชน					
6. ฉันตัดสินใจทำเองได้ ถ้าสิ่งนั้นอยากทำหรือทำแล้วมีความสุข					
7. ฉันอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังได้					
8. ฉันจัดยาและกินยาเองได้					
9. ฉันรู้ว่าต้องทำอะไรบ้างในแต่ละวัน					
10. ฉันแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน					
11. ฉันภูมิใจในตัวเองที่ฟังตนเองได้					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	(2)	(3)	(4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
ด้านการสนับสนุนทางสังคม Support sustains day-to-day living					
12. ฉันมีเพื่อนพูดคุยไปมาหาสู่					
13. ครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และเป็นທີ່ปรึกษา					
14. ฉันมีความอบอุ่น อยู่กับพี่น้อง พ่อแม่					
15. ฉันมีคนรักใคร่ ห่วงใย และมีกำลังใจดี					
16. ฉันพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวยามว่าง					
17. ฉันมีผู้พาไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น					
18. เพื่อนบ้านในชุมชนเข้าใจ ไม่หวาดกลัว ไม่รังเกียจฉัน					
19. คนในชุมชนไม่เห็นว่าเป็นคนป่วยทางจิต หรือเป็นพิษเป็นภัย					
20. ฉันได้รับการสนับสนุนทางการเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน					
ด้านการควบคุมผลข้างเคียงของยา Controlling medication side effects maintains daily living					
21. ฉันมีวินัยของตนเองในการจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวช					
22. ฉันรู้จักแก้ปัญหาอาการข้างเคียงของยาได้ระดับหนึ่ง					
23. ฉันมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาดูแลเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยา					
24. ฉันเข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยาจิตเวช					

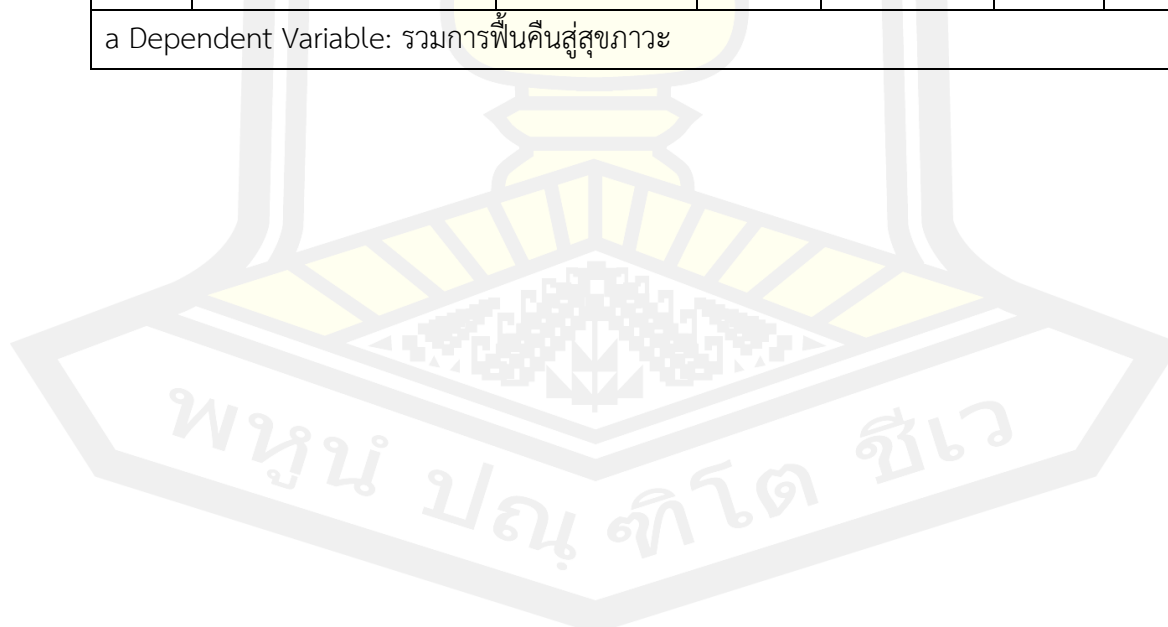
ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	(2)	(3)	(4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
25. ฉันเข้าใจดีว่าการกินยาต่อเนื้อมีความสำคัญ จะขาดยาไม่ได้					
26. ฉันประหม่นอาการที่เกิดจากการขาดยาได้					
ด้านการจัดการตนเอง Managing self maintains daily living					
27. ฉันนอนหลับได้					
28. ฉันควบคุมอารมณ์ ควบคุมตนเองได้					
29. ฉันไม่ใส่ใจ ที่ใครจะว่าเป็นบ้าเป็นบอ					
30. ฉันรู้จักปล่อยวางเพื่อให้อยู่ร่วมกันได้ในครอบครัว					
31. ฉันมีวิธีของตนเองในการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ					
32. ฉันดูแลตนเองได้โดยทั่วไป					
33. ฉันจัดการอาการทางจิตของตนเองได้ เช่น หูแว่ว					
34. ฉันเข้าใจอาการทางจิตของตนเองและไม่ใส่ใจ เช่น หูแว่ว					



1. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุเชิงเส้น

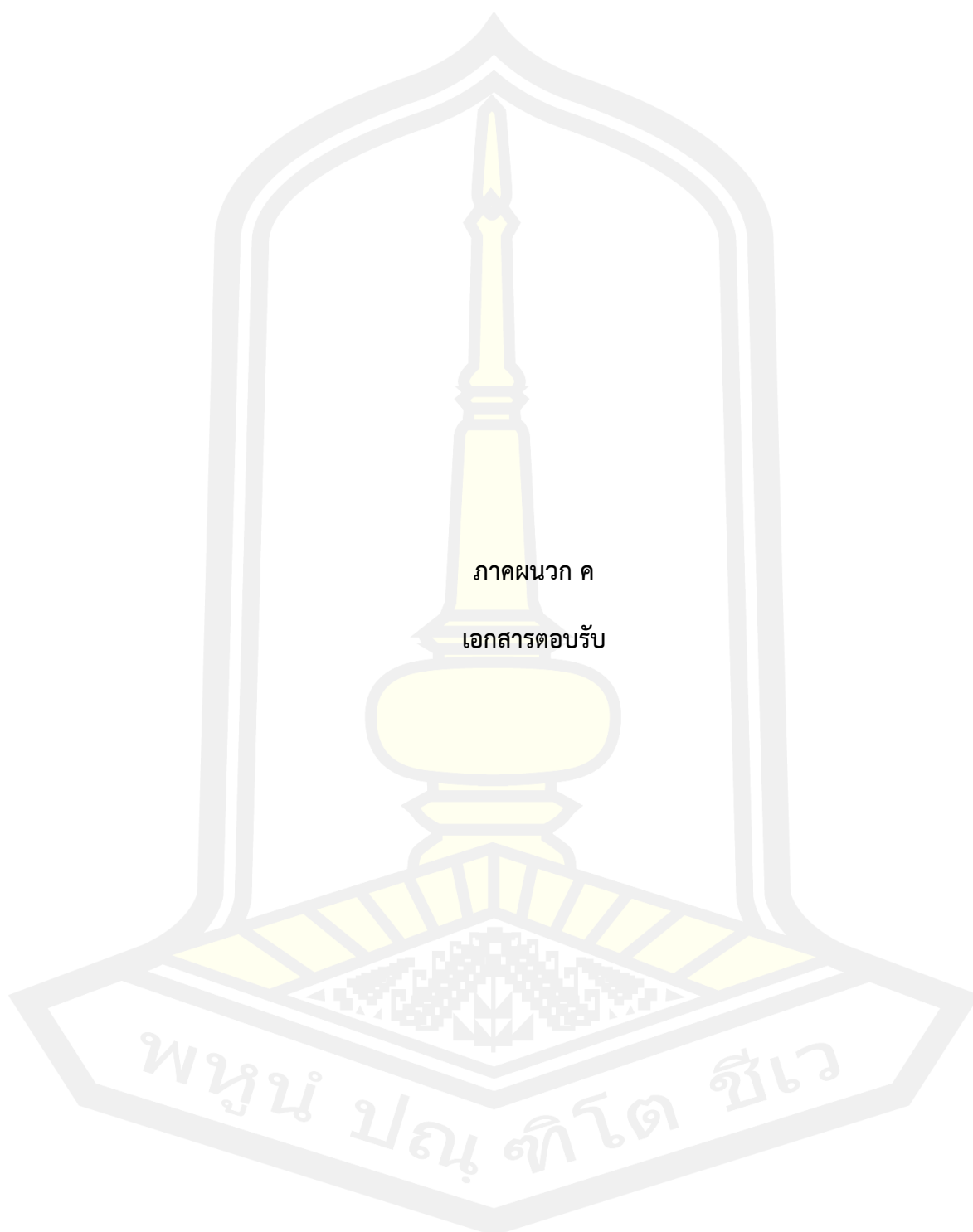
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	101.75	5.52		18.41	0
	การมีความหวัง	1.25	0.13	0.53	9.34	0
2	(Constant)	85.38	5.92		14.41	0
	การมีความหวัง	0.92	0.13	0.39	6.62	0
	การสนับสนุนทางสังคม	0.45	0.08	0.33	5.65	0
3	(Constant)	66.17	7.60		8.69	0
	การมีความหวัง	0.87	0.13	0.37	6.43	0
	การสนับสนุนทางสังคม	0.34	0.08	0.25	4.09	0
	การจัดการอาการ	0.76	0.19	0.22	3.85	0

a Dependent Variable: รวมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ



2. ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

		1	2	3	4	5	6
1ADL	Pearson Correlation	1	-0.075	-0.074	-0.066	-0.001	-0.006
	Sig. (2-tailed)		0.265	0.272	0.331	0.99	0.928
	N	221	221	221	221	221	221
2การสนับสนุน ทางสังคม	Pearson Correlation	-0.075	1	.210**	.418**	.426**	.501**
	Sig. (2-tailed)	0.265		0.002	0	0	0
	N	221	221	221	221	221	221
3การรับรู้ รับประทานยา ตามเกณฑ์	Pearson Correlation	-0.074	.210**	1	.341**	.224**	.264**
	Sig. (2-tailed)	0.272	0.002		0	0.001	0
	N	221	221	221	221	221	221
4การจัดการ อาการ	Pearson Correlation	-0.066	.418**	.341**	1	.256**	.421**
	Sig. (2-tailed)	0.331	0	0		0	0
	N	221	221	221	221	221	221
5การมีความ หวัง	Pearson Correlation	-0.001	.426**	.224**	.256**	1	.534**
	Sig. (2-tailed)	0.99	0	0.001	0		0
	N	221	221	221	221	221	221
6การฟื้นคืนสู่ สุขภาพ	Pearson Correlation	-0.006	.501**	.264**	.421**	.534**	1
	Sig. (2-tailed)	0.928	0	0	0	0	
	N	221	221	221	221	221	221
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							



ภาคผนวก ค

เอกสารตอบรับ

พหุบัณฑิตวิทยา

ที่ อว 0605.11/



คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม 44150

21 เมษายน 2565

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาขอยืมเครื่องมือวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน นายบรมัตต์ วิสุ่งเร

ตามที่ท่านได้เสนอขอยืมใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย คือ “แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเวช (Recovery Assessment Scale of People with Schizophrenia dwelling in Community)” เพื่อทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ในการนี้ข้าพเจ้าได้พิจารณาอนุมัติให้ท่านสามารถนำเครื่องมือ “แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเวช (Recovery Assessment Scale of People with Schizophrenia dwelling in Community)” ไปใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท (Factors Predicting Personal Recovery of People with Schizophrenia)”

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายบรมัตต์ วิสูงเร
วันเกิด	23 เมษายน พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 328 หมู่ที่ 7 หมู่บ้านรัตนาคาร์เดินท์ 1 ตำบลดงลาน อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย พ.ศ. 2556 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (พย.บ.) พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (พย.ม.)

พหุบัณฑิต ชีวะ