

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*

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

ครีณ พงศธรสกุณ, พย.บ. (Daran Phongsatonsakun, BNS., RN)**

เพ็ญนา แดงค้อมยุทธ์, Ph.D. (Pennapa Danddomyouth, Ph.D., RN)***

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were to compare quality of life of schizophrenic patients before and after receiving recovery oriented program and to compare quality of life of schizophrenic patients who received recovery oriented program and quality of life of those who received regular nursing care.

Methods: Samples were forty in-patient schizophrenic patients who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into experimental and control group, 20 subjects in each group. They were matched pair by gender and duration of illness. The experimental group received recovery oriented program, and the control group received regular nursing care. The research instruments consisted of 1) The recovery oriented program, 2) Demographic questionnaire,

3) The WHOQOL-BREF –THAI, and 4) The recovery assessment scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .93. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

Results: 1) Quality of life of schizophrenic patients after participating in the recovery oriented program was significantly higher than that before, at the .05 level. 2) After the experiment, quality of life of schizophrenic patients who participated in the recovery oriented program was not significantly higher than that of who participated in the regular nursing care, at the .05 level.

Keyword: Recovery oriented program, Quality of life, Schizophrenic patients

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis for the degree of Master of Nursing Science Program in Psychiatry and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatry and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), Email: dnayus@yahoo.com

วันที่รับ (received) 16 เมษายน 2563 วันที่แก้ไข (revised) 22 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 กรกฎาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยได้รับการจับคู่ด้วยเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินระดับการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะไม่สูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทถือเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวช มีการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะหลงเหลือ แสดงออกในรูปแบบอาการทางบวก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติของคำพูด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พุดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมยขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลตนเอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีการแสดงออกผิดแปลกไปจากคนปกติ ลักษณะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการศึกษา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมบกร่องแยะ (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ส่งผลให้บุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทมองผู้ป่วยในทางลบมีอคติและตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยจิตเภทตลอดชีวิต (สุริสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ซึ่งความเสื่อมทางด้านการดูแลตนเองและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดีตามมา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑาทัยเสนา คาลาส, 2558) และการเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรังและป่วยซ้ำจะขัดขวางการฟื้นฟูสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (สมรัก ชวานิชวงศ์, 2558)

ปัจจุบันแนวทางให้การดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมุ่งเน้นสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนและอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยเชื่อว่าจะสามารถป้องกันการติดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่คงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ร้อยละ 50-70 จะมีอาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำได้ (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลดังกล่าวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน เป็นช่วงเวลาที่ยุ่วยเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำได้ง่าย หากไม่ได้รับการเตรียมตัวอย่างดีและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ (ดวงกมล สระบุรี, 2558) จึงเป็นสาเหตุหนึ่ง que ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องชีวิตความเป็นอยู่ของตนเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีได้ (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) จากการผลศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนมีความเชื่อมต่อการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ไม่สามารถ

ดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับผลการศึกษาดวงกมล สระบุรี (2558) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด และการศึกษาของเพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมน้อย (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนินทร์ พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีร้อยละ 60 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 40 และเมื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีคือด้านจิตใจ รองลงมาเป็นด้านร่างกาย ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตที่ดีเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลคือการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (วีระยุทธ บุญผาธา, 2554)

ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ผ่านมาเป็นรูปแบบที่เกิดจากบุคลากรเป็นผู้ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวมากกว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง จึงยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ดูแลตนเองส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตดังกล่าว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากการศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) พบว่ากลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยสนับสนุนทางสังคมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นได้และการศึกษาของดวงกมล สระบุรี (2558) พบว่ารูปแบบการจำหน่ายแบบ

เปลี่ยนผ่านจะช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจในภาวะสุขภาพตน เป็นการดูแลที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคมไปพร้อมกัน (Mak, Chan, Pang, Chung, Yau, & Tang, 2016)

การบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery-Oriented Service : ROS) ที่เน้นกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสนับสนุนการมองบุคคลอย่างองค์รวม มุ่งเน้นที่บุคคลไม่ใช่เพียงแค่อาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการมองหาแง่ดีและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบคลุมบุคลากรทางด้าน สุขภาพ ระบบบริการและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเดินหน้าและกำหนดเป้าหมายชีวิตใหม่ สร้างสัมพันธภาพและลงมือปฏิบัติทำให้ชีวิตของตนมีความหมายและก้าวออกมาทำประโยชน์ให้กับตนเอง (Slade, Amering, Farkas, Hamilton, O'Hagan, & Panther, 2014) จากผลการศึกษาของ ปติดา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อาริยา เตชะไพสิฐพงศ์ และปภาจิต บุตรสุวรรณ (2559) ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท พบว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาความหวัง การตัดสินใจด้วยตนเองและยอมรับชอบตนเองในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยความหวังที่เป็นกระบวนการของความคิดและอารมณ์ในการตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางที่วางแผนไว้และแรงจูงใจเชิงบวกมีพลัง

นำไปสู่เป้าหมาย (Copeland, 2002) เป็นการดูแลที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้มีการศึกษาหลายเรื่องที่สนับสนุนถึงประสิทธิผลของการดูแลรูปแบบนี้ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (Mak et al., 2016; Slade et al., 2014)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ศึกษาเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีจากการมุ่งเน้นด้านการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตเพราะการดูแลตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะดูแล เพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพแต่ละบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย ถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในทุก ๆ ด้าน โดยมี 5 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การศึกษา การมีความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและการรับผิดชอบต่อตนเอง ช่วยพัฒนาจิตความสามารถในการอยู่ได้ด้วยตนเองเพื่อดำรงชีวิตในสังคม จากปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบบริการที่มุ่งเน้นให้บุคลากรวิชาชีพเป็นผู้กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษายังพบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีอาการกำเริบซ้ำจนเกิดความเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา

ซึ่งแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Copeland (2002) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรวิชาชีพเป็น

ผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ตัดสินใจเลือก และกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ในชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเองและมีการ รับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการฟื้นฟู สภาวะบุคคลตามแนวคิดของ Copeland (2002) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การศึกษา การมี ความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและ การรับผิดชอบต่อตนเอง โดยมีความหวัง เป็นจุดเริ่มต้นต่อการสร้างพลังใจในตนเอง

เกิดแรงจูงใจภายใน และการกำกับตนเองที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการ ดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจำหน่ายจากโรง พยาบาลสู่ชุมชน รวมทั้งเกิดการสนับสนุน ทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยตามแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ซึ่งการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น ต้องหาแนวทางให้ ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินชีวิต ได้อย่างมีเป้าหมาย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ เป็นปัจจัยภายในบุคคล คือ ความหวังสร้าง พลังใจให้เกิดการควบคุมกำกับการฟื้นฟู สภาวะของตนและมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัย ภายนอกให้เกิดการสนับสนุนการดูแลโดย ผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่กำกับการดูแล ตนเองได้ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีความ พึงพอใจในชีวิตและช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และต่อเนื่อง โดยแนวทางที่เหมาะสม คือ การทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนเอง ได้อย่างถูกต้องในสภาวะของตนเองได้ (Kidd, Kenny, & McKinstry, 2015) มีเนื้อหาสาระตาม แนวคิดดังแสดงตามแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท

โดยประยุกต์จากแนวคิด Copeland (2002) ประกอบด้วยทั้งหมด 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท สร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมให้เกิดความไว้วางใจเข้าใจเนื้อหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เรียนรู้ประสบการณ์สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตและกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วยวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้น สัญญาณเตือน ทั้งด้านการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน และเพื่อให้สามารถจัดทำแผนสำหรับตนเอง

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเองสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร กิจกรรมการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในด้านการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ช่วยให้เกิดการสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รับผิดชอบตนเอง โดยสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยและอาศัยร่วมอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ

คุณภาพชีวิต
ของ
ผู้ป่วยจิตเภท

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่ง

ทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia F20.0-F20.9) โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการประเมินอาการทางจิต BPRS ตามแบบประเมินที่พัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 2) มีระดับคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ (1996) ฉบับภาษาไทยโดยสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) มีคะแนน 26-95 คะแนน และ 3) มีประวัติเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9 จากการนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาเรื่อง Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong ของ Mak et al. (2016) มาใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 17 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ (เอกสารรับรองเลขที่ 001/2562 รหัสโครงการ 01-112562 อนุมัติเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562) มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทตามกรอบแนวคิดของ Copeland (2002) เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินการวันเว้นวัน ครั้งละ 60-90 นาที โดยกำหนดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้เป็นกิจกรรมให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะรู้จักตัวตน รู้จักชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต ผู้ป่วยได้รู้จัก ความหวังและเป้าหมายชีวิต รวมทั้งให้ค้นหาความหวัง

และเป้าหมายชีวิต ตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน ส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองเป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วยวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้นสัญญาณเตือนทั้งด้านการดำเนินชีวิต ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต ส่งเสริมให้สามารถกำกับตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเองและสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้กระบวนการจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแต่หากำลังความสามารถผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น เช่น แหล่งสนับสนุนทางข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพคืออย่างต่อเนื่อง โดยสามารถรับผิดชอบตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการฟื้นคืนสุขภาพที่วางไว้และสามารถแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านและนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง

กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความเหมาะสมชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยและจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ได้รับการพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์และคณะ (2545) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ผลรวมของคะแนนที่สูงแสดงว่ามีระดับคุณภาพชีวิตระดับดี เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

2.3 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) ตามแนวคิดของ Hancock, Scanlan, Bundy, & Honey (2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศุภลักษณ์ เข้มทอง (2559) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ใน

การประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช และผู้วิจัยนำมาปรับปรุง ภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือนี้มีจำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 4 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น 4 ระดับ ใช้เกณฑ์พิจารณาคะแนนฟื้นคืนสู่สภาวะมีคะแนน ตั้งแต่ 38-152 คะแนน เมื่อผู้ตอบ รวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรจะสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดได้ เครื่องมือชุดนี้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ .94 มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ wellness recovery action plan (Copeland, 2002) รวมทั้งหลักการสอน การจัดทำสื่อต่างๆ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 พัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ และจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท คู่มือความรู้การฟื้นคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท เตรียมแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองในการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการพิจารณาโครงร่างวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) และประเมินระดับคุณภาพชีวิต (pre-test) และขอให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย นัดวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตแล้วจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ

จิตวิญญาณ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและการบำบัดทางจิตสังคมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 กลุ่มทดลอง แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าและกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพะวันวันวันสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

3. ระยะสรุปผลการทดลอง

โดยภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยประเมินกลุ่มทดลอง ด้วยเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง (แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพะวันวัน) พบว่ามีคะแนนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินตัวแปรตามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (post - test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t – test)

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t – test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 เพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุช่วง 20-29 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพโสด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยช่วง 6-10 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 เพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มีอายุช่วง 40-49 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน สถานภาพโสด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยช่วง 6-10 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพะวันวันคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง แสดงดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพ (n=20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ร่างกาย	23.70	4.05	24.00	3.96	-0.361	.722
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
จิตใจ	21.40	3.80	21.55	3.61	-0.142	.889
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
ความสัมพันธ์ทางสังคม	8.80	1.60	9.45	2.41	-1.101	.285
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
สิ่งแวดล้อม	24.35	3.15	29.10	4.90	-4.309	.000*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85.00	10.00	91.00	13.78	-0.211	.048*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 85 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองเท่ากับ 91 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่า

ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทด้านสิ่งแวดล้อม (t = -4.309) คุณภาพชีวิตโดยรวม (t = -0.211) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ร่างกาย	23.30	1.97	23.30	4.07	0.000	1.000
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
จิตใจ	21.80	3.17	21.80	3.77	0.000	1.000
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
ความสัมพันธ์ทางสังคม	9.20	1.67	9.55	2.35	-0.588	.563
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
สิ่งแวดล้อม	25.45	3.57	28.20	5.60	-1.998	.600
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	86.40	6.50	89.70	14.26	-1.236	.232
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			

จากตารางที่ 2 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 86.40 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองเท่ากับ 89.70 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่า

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง

2.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ร่างกาย	23.70	4.05	23.30	1.976	0.397	.695
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
จิตใจ	21.40	3.80	21.80	3.172	-0.361	.720
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
ความสัมพันธ์ทางสังคม	8.80	1.60	9.20	1.673	-0.771	.446
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85.00	10.00	86.40	6.52	-0.525	.603
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ

Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ร่างกาย	24.00	3.96	23.30	4.07	0.551	.585
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
จิตใจ	21.55	3.61	21.80	3.77	-0.214	.832
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
ความสัมพันธ์ทางสังคม	9.45	2.41	9.55	2.35	-0.133	.895
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
สิ่งแวดล้อม	29.10	4.90	28.20	5.60	0.54	.592
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	91.00	13.78	89.70	14.26	-0.525	.771
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)			

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจอธิบายได้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวน่าจะเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาพที่นำมาใช้

ทั้ง 6 กิจกรรมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะ ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเอง รับรู้และเข้าใจโรค ส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหวังและเป้าหมายชีวิต รวมทั้งให้ค้นหากำหนดความหวังและเป้าหมายชีวิตเกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 แผนการจัดการตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เป็นกิจกรรมโดยที่ผู้ป่วยวางแผนเมื่อมีตัวกระตุ้น สัญญาณเตือนทั้งด้านการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 4 แผนการรับมือกับภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤตของตนเอง และสามารถวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตของตนเองได้ รวมทั้งแผนภายหลังจากการเกิดภาวะวิกฤตของตนเองเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ กิจกรรมที่ 5 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแต่หากเกินกำลังความสามารถผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะหาแหล่งสนับสนุนเป็น กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถรับผิดชอบต่อตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการฟื้นคืนสภาวะที่วางไว้ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร รวมถึงทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกันมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ ได้แก่ การศึกษาของ Cook et al. (2012) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวัง

และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต ความหวังดีกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษา Winnie et al. (2016) ศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเชื้อชาติจีนฮ่องกงพบว่า ช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะไม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะไม่แตกต่างกัน แม้จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น แต่การพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลที่มีความครอบคลุมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก็สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมสูงขึ้นด้วยจนไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะ แต่หากเทียบจากคะแนนดิบพบว่าคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่าแต่ไม่มากพอที่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาศัยในชุมชนส่วนใหญ่มีอาการทางลบ (หงษ์บันเทิงสุข, 2545; Montemagni et al., 2014; Suttajit & Pilakanta, 2015) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมื่อมีอาการทางลบจะเกิดความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสื่อมลงจนเกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงตามมา (Boyer, Millier, Perthame, Aballea, Auquier, & Toumi, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry และ Crosby (1996) พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมผู้ป่วย และการศึกษาของ Bobes และ Gonzalez (1997) และ Makara-Studzinska และคณะ (2011) พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคที่นานจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองล้วนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Browne et al., 1996; Suttajit & Pilakanta, 2015) ผู้ป่วยประเมินและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่มีคุณค่าขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกทุกข์ทรมานจนต้องปิดบังความเจ็บป่วยตนไว้ (วีระยุทธ นุปผาธา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของสุริสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ (2558) พบว่าระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับของความหวังมีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา และการศึกษาสุนทรีภรณ์ ทองไผ่ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้ ความเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังของโรคจิตเภทกระตุ้นเกิดการกำเริบและส่งผลต่อการฟื้นฟูสู่สภาวะ (Zelst, 2009) และ นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Copeland (2002) ในการฟื้นฟูสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ป่วยบางรายมีการฟื้นฟูสู่สภาวะได้อย่างรวดเร็วภายใน 1-2 ปี บางรายใช้เวลานานถึง 10 ปี ขึ้นกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ของบุคคลนั้น (เชษฐา แก้วพรม, 2555; Wilken, 2007) จึงอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นและรวมทั้งติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น

3 เดือน 6 เดือน

2. ควรมีการนำตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง 4 ด้าน ที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านรวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยเป็นอย่างดี คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

เอกสารอ้างอิง

- เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(2), 73-80.
- ดวงกมล สรรบุรี. (2558). ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ภาณุพิสุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อารียา เตชะไพสิฐพงศ์ และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2559). ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟู

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

เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 113-121.

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธานี และจิณห์จุฑาทิ ชัยเสนา ดาลาส. (2558). ผลของใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 68-79.

วีระยุทธ บุญผาฮา. (2554). *รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุกัลกษณ์ เข้มทอง. (2559). *แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสูกภาวะฉบับภาษาไทย*. ชิดนีย์: มหาวิทยาลัยชิดนีย์ ออสเตรเลีย.

- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2558). บทบรรณาธิการ. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต*, 15(58), 3.
- สุริยาดีเพชร และเพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 123-138.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-168.
- สุวัฒน์มัทธินันต์กุล, วิระวรรณตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย*. ทูสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- หงษ์ บันเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Barry, M., & Crosby, C. (1996). Quality of life an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long term psychiatric disorder. *British of Psychiatry*, 168, 210-216.
- Bobes, J., & Gonzalez, M. P. (1997). *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley and sons.
- Boyer, L., Millier, A., Perthame, E', Aballea, S., Auquier, P., & Toumi, M. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(15), 1-8.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., & Callaghan, E. O. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 24-118.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., Carter, T. M., & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891.
- Copeland, E. M. (2002). Wellness Recovery Action Plan. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 127-150.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Bundy, A. C., & Honey, A. (2016). *Recovery Assessment Scale –Domains & Stages (RAS-DS) Manual-Version 2 Thai version: Prepared by Dr Supalak Khemthong*. Sydney; University of Sydney.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Kaewprom, c. (2011). *Perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia among Thai mental health nurses*. Unpublished Doctor of Philosophy

- Thesis. School of Nursing Midwifery and Indigenous Health, Faculty of Health and Behavior Sciences, University of Wollongong.
- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- Makara-Studzinska, M., Wolyniak, M., & Partyka, I. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(1), 31-34.
- Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., Pang, I. H. Y., Chung, N. Y. L., Yau, S. S. W., & Tang, J. P. S. (2016). Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 235-251.
- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A., & Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220, 102-111.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Schulz, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2), 299-312.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., & Panther, G. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Suttajit, S., & Pilakanta, S. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1371-1379.
- Wilken, J. P. (2007). Understanding recovery from psychosis. A growing body of knowledge. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 2-9.
- Winnie, W. S. Mak, Randolph, C. H. Chan, Ingrid, H. Y. Pang, Nicola, Y. L. Chung, Sania, S. W. Yau & Jessica, P. S. Tang. (2016). Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 235-251, DOI: 10.1080/15487768.2016.1197859
- World Health Organization Quality Of Life Group (WHOQOL Group). (1996). What quality of life? World Health Organization quality of life assessment. *World Health forum*, 17(4), 354 –356.
- Zelst, C. V. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: A user perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 293-296.