

การพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถ  
ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท  
DEVELOPMENT OF RECOVERY PROGRAM ON COMMUNITY  
LIVING SKILLS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

กุศลีน กัณฑ์หา, ศ.ม. (Kusalin kunha, M.P.H.)\*

บุษกร วรากรมรรเดช, พย.ม. (Butsakorn warakornamordech, MNS.)\*\*

ขนิษฐา ชุ่มสุข, พย.ม. (Khanista chumsuk, MNS.)\*\*

ดรัณ พงศธรสกุล, พย.ม. (Daran pongsatornsakul, MNS.)\*\*\*

บวรภพ ปราบมะเร็ง, พย.บ. (Borwornpob prabmaroung, BNS.)\*\*\*

สวัสดี เทียงธรรม, พย.ม. (Sawat teangtum, MNS.)\*\*

### Abstract

**Objective:** To develop and evaluate the recovery program on community living skills of patients with schizophrenia

**Methods:** This study was a research and development (R&D) based on the concepts of promoting rehabilitation of mental health and related services, self-identity, hope, empowerment, social life and support and psychiatric rehabilitation and recovery. The process of the study involved 1) situation analysis, 2) development of the recovery program, and 3) evaluation of the recovery program. Subjects were sixty four patients with schizophrenia who were admitted at the Nakhonratchasima Rajangarindra Psychiatric Hospital. They were randomly assigned into the recovery program on community living skills

of patients with schizophrenia group and usual care group, 32 subjects in each group. Research instruments were the recovery program on community living skills of patients with schizophrenia, personal information form, and the community living skills form of patients with schizophrenia. Data was analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney U test.

**Results:** The results of this study were as followed:

1) The content of the program was valid and appropriate. The IOC (Item Objective Congruence) coefficients ranged between 0.8 - 1.0. The program consisted of eight activities conducting as a group in hospital within 2 weeks.

2) After the experiment, scores & of community living skills of schizophrenic

\*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์, E-mail: tutujvk04@hotmail.co.th

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

วันที่รับ (received) 20 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไข (revised) 15 ตุลาคม 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 มกราคม 2564

patients who participated in the recovery program on community living skills of patients with schizophrenia was significantly higher than those of whom participated in the regular nursing care, at the .01 level.

**Keywords:** Schizophrenia, Recovery program, Community living skills

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) จากแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจิตและบริการที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์แห่งตน ความหวัง การเสริมพลัง ชีวิตทางสังคมและการสนับสนุน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุภาพะ โดยมีกระบวนการ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบของโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะและ 3) การประเมินผลโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 64 คน ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นกลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการคืนสู่สุภาพะเพื่อเสริมสร้างความ

สามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู

### ผลการศึกษา:

1. เนื้อหาของโปรแกรมถูกต้องเหมาะสม มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาลระยะเวลา 2 สัปดาห์

2. หลังการทดลองคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะสูงกว่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคจิตเภท โปรแกรมการคืนสู่สุภาพะ ความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน

### ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านชีวภาพ พบมีความไม่สมดุลของระบบสารชีวเคมีในสมอง กระบวนการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทสมองและระบบต่อมไร้ท่อ พยาธิสภาพของสมองที่เกี่ยวกับการสื่อสาร ความผิดปกติทางอารมณ์ รวมถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วย บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ การเลี้ยงดู สัมพันธภาพของครอบครัว การเรียนรู้ สังคมสิ่งแวดล้อม

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น (ปทานนท์ ขวัญสนิทและมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผลจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดความพิการทางด้านจิตสังคมตามมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนดิษฐ์, 2555) โดยพบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในสังคมเนื่องจากความบกพร่องทางการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม การเรียนรู้ หรือมีความบกพร่องอื่นใดประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ มีความจำเป็นเป็นพิเศษที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, & Harvey, 2006) และเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน มักพบมีความเสี่ยงในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลทำให้อาการทางจิตรวมถึงการทำหน้าที่ทางสังคมแย่ลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนดิษฐ์, 2555; วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธานี และจินห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลลาส, 2558) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนที่ดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) คนในสังคมมักเกิดอคติกับผู้ป่วยจิตเวช ไม่ยอมรับ กีดกัน ไม่กล้าพูดคุยด้วย มองความผิดปกติทางจิตไปในทางลบ (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005) ผู้ป่วยเองก็รับรู้ได้ถึงปฏิกิริยาคนรอบข้างว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม จึงเกิดมุมมองในทางลบต่อตนเอง หรือที่เรียกว่าการตีตราตนเอง

(ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโยตะ, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554; Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheng, 2007) ผู้ป่วยจะจมอยู่กับความรู้สึกตำหนิตนเองว่าป่วยจิตตลอดชีวิต ขาดความมั่นใจ ไม่เชื่อว่าจะดูแลสุขภาพตนเองได้ ขาดแรงจูงใจในชีวิต บกพร่องในการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือ (Vauth, Kleim, Wirtz, & Corrigan, 2007) ละทิ้งทุกสิ่งที่มีความหมายในชีวิตไป ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และไม่เข้าสู่การรักษา หรือขาดความต่อเนื่องในการรักษาและการฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ (Fung et al., 2007; World Health Organization [WHO], 2017) ด้วยเหตุดังกล่าวถือเป็นตัวการขัดขวางโอกาสในการพัฒนาบทบาททางสังคมและความรู้สึกดีต่อตนเองของผู้ป่วย (Kaewprom, Curtis, & Deane, 2011) ทำให้มีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวไม่ขอความช่วยเหลือจากใคร (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) นอกจากนี้ข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการประเมินการตีตราตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดของ Wahl (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทธาภรณ์ ท่งปิ่นคำ และอรวรรณ วรรณชาติ (สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร, 2557) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา การถูกแบ่งแยก การรับรู้ตราบาปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์, 2562) เมื่อทำการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 10 แฟ้ม พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน มักไม่กินยา ไม่ดูแลตัวเอง ทำงานไม่ได้ ดังเดิม มีปัญหาการสื่อสารกับคนในครอบครัว รู้สึก

เมื่อหน่วยการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายและคับข้องใจ ที่ถูกญาติบอกแต่เรื่องกินยา จึงมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ด้วยการไม่สนใจรับฟัง ออกเที่ยวนอกบ้าน ไร้สุรา และเครื่องดื่มชูกำลัง ส่งผลให้ญาติ/ผู้ดูแลมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยในทางลบ จากข้อมูลที่พบ บ่งบอกถึงผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านการสื่อสารจิตใจอารมณ์ พฤติกรรม การเรียนรู้ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่คนในสังคมก็เกิดอคติไม่ยอมรับ มองความผิดปกติทางจิตไปในทางลบ และผู้ป่วยเองสามารถรับรู้ถึงอคติจากคนรอบข้างและเกิดมุมมองในทางลบต่อตนเอง รู้สึกตำหนิตนเองว่าป่วยจิตตลอดชีวิต ไม่เชื่อว่าจะดูแลสุขภาพตนเองได้ ละทิ้งสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่เข้าสู่การรักษา มีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียว ไม่ขอความช่วยเหลือจากใคร ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต ในชุมชนอย่างชัดเจนทั้งในด้านเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการประกอบอาชีพหรือการทำงาน (Smith & Ford, 1990) ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ลดการตีตราตนเอง สร้างความมั่นใจในการรับมือและปรับตัวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วย ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ นับเป็นความจำเป็นสำคัญที่ต้องดำเนินการให้เกิดรูปธรรมในทางปฏิบัติ

ทั้งนี้ หลักการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน จึงต้องเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยให้อุปกรณ์ปรับตัวกับการเจ็บป่วย

และการอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุคนทุญทศ และคณะ, 2554) ปัจจุบันนิยมนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (recovery model) มาใช้ในการดูแล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้โดยที่สามารถบรรลุเป้าหมายอื่นได้ในชีวิต (Kaewprom, 2011; Slade, Amering, & Oades, 2008) ประเทศไทยมีความพยายามนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการกำหนดแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ เน้นการจ้างงาน ช่วยให้อุปป่วยมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต สามารถปฏิบัติหน้าที่ประกอบอาชีพและอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคมอย่างมีคุณค่า (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) ซึ่งแนวคิดการคืนสู่สุขภาพด้านการบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) เชื่อว่าการคืนสู่สุขภาพเปรียบเสมือนการเดินทางที่ยาวไกลของชีวิตมนุษย์ ตลอดทั้งเส้นทางมีทั้งความเจริญงอกงาม เต็มโต เรียนรู้ มีความยืดหยุ่น การจัดการกับความพ่ายแพ้และเฉลิมฉลองกับความสำเร็จ (WHO, 2017) ทั้งนี้การที่บุคคลจะคืนสู่สุขภาพได้ จำเป็นต้องทบทวนและทำความเข้าใจอัตลักษณ์แห่งตนในด้านบวก มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต พยายามเข้าสู่สังคม เสริมสร้างพลังใจให้ตนเองด้วยการนำจุดแข็งของตนมาใช้ในการจัดการปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้แหล่งสนับสนุน ผลจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการยังพบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาพที่อธิบายไว้ว่า การดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้สามารถดำเนินไปตาม

เป้าหมายของชีวิตมากกว่าการเป็นผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังใจให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเพื่อน มีส่วนร่วม ตัดสินใจ มีศักยภาพ กลับสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น (Farkas, 2011) จากการศึกษาของ Allott, Loganathan, and Fulford (2002) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาลงหรือดีขึ้นในประเทศเยอรมนีร้อยละ 11.0 ประเทศญี่ปุ่นร้อยละ 40.0 สหรัฐอเมริการ้อยละ 25.2 - 49.4 ซึ่งเห็นว่าแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Farkas, 2011; WHO, 2017) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีเป้าหมาย สามารถตัดสินใจด้วยตนเองและมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและแผนการรักษา 2) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 3) จิตบำบัด ประคับประคอง 4) ความสัมพันธ์ของความคิดและพฤติกรรม และ 5) การเตรียมความพร้อมสู่ชุมชน กิจกรรมดังกล่าวผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติตาม ไม่ได้มีส่วนร่วมคิดหรือตัดสินใจและวางแผนการดูแลสุขภาพของตน และปฏิบัติตัวแตกต่างจากขณะอยู่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเองเกิดการป่วยซ้ำ มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในระยะหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแม้จะได้รับการฝึกหรือแนะนำแล้ว ดังจะเห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบได้ร้อยละ 14.1, 15.4

และ 16.6 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์, 2561) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการบำบัดในลักษณะดังกล่าวยังไม่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่ามีเป้าหมายมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้เห็นถึงความสำคัญในการนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะขององค์การอนามัยโลกที่เชื่อว่าการคืนสู่สุขภาวะเปรียบเสมือนการเดินทางที่ยาวไกลของชีวิตมนุษย์ ตลอดทั้งเส้นทางมีทั้งความเจริญอกงาม เติบโต เรียนรู้ มีความยืดหยุ่น การจัดการกับความพ่ายแพ้และเฉลิมฉลองกับความสำเร็จ (WHO, 2017) ร่วมกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาวะของฟาร์กัส (Farkas, 2011) ที่เชื่อว่าการดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิต โดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อน มีส่วนร่วม ตัดสินใจ มีศักยภาพ กลับเข้าสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น มาบูรณาการเข้าด้วยกัน และจัดทำเป็นโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพและปรับรูปแบบการบริการบางส่วนด้วยการสนับสนุนให้มีการนำผู้มีประสบการณ์ตรง (peer) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อช่วยเสริมสร้างผู้ป่วยให้เกิดความ

หวังในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย โดยใช้หลักการวิจัยและพัฒนาเป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนา คาดว่า ผลการดำเนินงานจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เป็นตามมาตรฐานวิชาชีพ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินชีวิตใน

ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะขององค์การอนามัยโลกที่เชื่อว่าการคืนสู่สุขภาวะและการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างอิสระโดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อนมิตร กลับเข้าสู่ชุมชนตามวิถีทาง ประกอบด้วย การมีอัตลักษณ์แห่งตน การมีความหวัง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และชีวิตทางสังคมและการสนับสนุน (WHO, 2017) และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาวะของฟาร์กัส ที่เชื่อว่าการดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิต โดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อนมีส่วนร่วม ตัดสินใจ มีศักยภาพ กลับเข้าสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น (Farkas, 2011) ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดที่กล่าวมาแล้วไปสู่การเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลใช้กระบวนการกลุ่มในการชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน สามารถแสดงพฤติกรรมการอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม ดังแผนภาพที่ 1

**โปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถ  
ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท**

- การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- การคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท (สังเขปประเด็นสำคัญของขั้นตอนการบำบัด) มีองค์ประกอบ
  - 1) การดูแลแบบมุ่งเน้นการมีอัตลักษณ์แห่งตน (**Identity**)
    - การรู้จักและเข้าใจตนเอง
  - 2) การมีความหวัง (**Hope**)
    - ความหวังและเป้าหมาย
  - 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (**Empowerment**)
    - การสร้างเสริมพลังตนเอง
    - การดูแลตนเองและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาในชีวิต ได้แก่ การฝึกจัดการกับอารมณ์ จัดการอาการทางจิต การจัดการด้านยา และปัญหาสุราสารเสพติด
  - 4) ชีวิตทางสังคมและการสนับสนุน (**social life and support**)
    - การรู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน
    - ทักษะทางสังคมพื้นฐาน
    - การเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน

ความสามารถด้าน  
การดำเนินชีวิตในชุมชน  
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**คำถามการวิจัย**

1. โปรแกรมการคืนสู่สภาวะ เพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างไร
2. ผลของโปรแกรมการคืนสู่สภาวะ เพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางในโปรแกรมการคืนสู่สภาวะฯ ที่พัฒนาขึ้นในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางในโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาศึกษาไทย (ศิริชัย กาญจนวาที, 2559) ประกอบด้วย การดำเนินงานใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความต้องการด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท/ ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนรายงานสถิติการมารับบริการแบบผู้ป่วยในระหว่างปี 2559-2561 เวนระเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำจำนวน 10 แห่ง ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก/ สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 10 คน ผู้ดูแลจำนวน 5 คน พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 คน โดยใช้แนวคำถามหลัก ดังนี้ 1) การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน 2) สาเหตุที่การปฏิบัติตัวแตกต่างจากขณะอยู่โรงพยาบาล จนทำให้กลับมารักษาซ้ำ และ 3) ความต้องการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ ศึกษาปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2562 โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2559) ร่วมกับประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน

ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาจากแบบประเมินทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน (community living skills scale) ของสมิทและฟอร์ด (Smith & Ford, 1990) ประกอบด้วย การจัดการอาการทางจิต การจัดการด้านยา การจัดการสุราหรือสารเสพติด สัมพันธภาพและการสื่อสาร กิจกรรมประจำวัน และการประกอบอาชีพหรือการทำงาน รวมทั้ง ศึกษาศึกษาปัญหาการตีตราตนเองผู้ป่วยด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบาปผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดของ Wahl (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และอรรวรรณ วรรณชาติ (สุจิตรา วรสิงห์ และคณะ, 2557) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหาด้านการดำเนินชีวิตชุมชนของผู้ป่วยจากบริบทที่เป็นอยู่จริง

2. การกำหนดกรอบแนวคิด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทในข้อ 1 ที่ระบุปัญหาด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทในมิติต่าง ๆ พบว่าเกี่ยวกับการตีตราตนเองและการดำเนินชีวิตในชุมชน ผู้วิจัยจึงพิจารณาประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การมีอัตลักษณ์แห่งตน การมีความหวัง การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง ชีวิตทางสังคมและการสนับสนุน (WHO, 2017) และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาวะของฟาร์กัส ที่เชื่อว่า การดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิต โดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อนมีส่วนร่วม ตัดสินใจ มีศักยภาพ กลับเข้าสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น (Farkas, 2011) มาบูรณาการร่วมกันเพื่อจัดทำกรอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดทำเป็นโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะฯ เนื้อหาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย หัวข้อกิจกรรม 1) การมุ่งเน้นการเป็นบุคคล เพื่อให้รู้จักและเข้าใจตนเอง ผ่านกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมให้เกิดความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะชีวิตที่มีต่อการเจ็บป่วยภายใต้มุมมองชีวิต 2) การมีความหวัง กล่าวถึงเป้าหมายของชีวิตที่ได้รับแรงบันดาลใจจากเพื่อน ครอบครัว และผู้บำบัด 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง เป็นกระบวนการของความคิดและอารมณ์ในการกำหนดแนวทางที่วางแผนไว้และแรงจูงใจเชิงบวกมีพลังนำไปสู่การใช้จุดแข็งคุ้มครองกำกับและรับผิดชอบชีวิตของตน 4) การดูแลตัวเองและจัดการปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การจัดการอาการทางจิต การจัดการด้านยา ปัญหาสุราและสารเสพติด และการจัดการกับอารมณ์ เป็นต้น 5) ชีวิตทางสังคมและการสนับสนุนมุ่งเน้นการเข้าสู่สังคม เรียนรู้ทักษะการขอความช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางด้านจิตปัญญา และการเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะฯ ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (Item Objective Congruence index:

IOC) คำนวณค่า IOC ครั้งที่ 1 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และคำนวณค่า IOC ครั้งที่ 2 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และปรับปรุงโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะฯ ตามข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การทดลอง และจัดทำเป็นโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะฯ (ฉบับปรับปรุง) ปรับเนื้อหากิจกรรมตามข้อเสนอแนะ

5. การทดลองใช้ในระบบผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลจริงในหอผู้ป่วยและประเมินผลของโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้/ จัดทำโปรแกรมการคืนสู่สุภาพะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนผู้ป่วยโรคจิตเภทต้นแบบ/จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

6. การขยายผล ผู้วิจัยรายงานผลการพัฒนาโปรแกรมฯ ต่อผู้บริหารหน่วยงาน และบุคลากรพยาบาล วางแผนขยายผลการใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ในทุกหอผู้ป่วย

### การดำเนินการในขั้นตอนที่ 5

**ประชากร** เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย

ของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ และเตรียมความพร้อมวางแผนการจำหน่ายระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า

1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

2) อาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) มีค่า  $\leq 36$  คะแนน

3) ความสามารถทางสังคมตามแบบประเมินแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS) (ข้อ 9 - 12) ข้อใดข้อหนึ่งมีคะแนนระดับ 2 ขึ้นไป

4) การประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) การความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจสังคมและอาชีพ ไม่รวมความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม) ที่ระดับตั้งแต่ 51 คะแนน ขึ้นไป

5) มีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนด้านใดด้านหนึ่งใน 6 ด้าน คะแนน 0 - 1 คะแนน ได้แก่ 1) การจัดการด้านยา 2) จัดการอาการทางจิต 3) การดูแลกิจวัตรตนเอง 4) การสื่อสาร/แสดงอารมณ์ 5) การจัดการด้านสารเสพติด และ 6) การทำอาชีพ

6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย พูดได้ อ่านออก เขียนได้

7) ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### เกณฑ์คัดออก

1) มีอาการทางจิตกำเริบระหว่างดำเนินการโปรแกรมฯ

2) ค่าคะแนน BPRS  $> 36$  คะแนน

3) อยู่ระหว่างการได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบอื่น เช่น กลุ่มจิตบำบัดกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง เป็นต้น

4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ครบทั้งโปรแกรมฯ ( $< 80\%$ )

5) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคจิตเภท

#### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power โดยที่ Statistical Test เป็น t-test แบบ one tail กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (Färdig, Lewander, Melin, Folke, and Fredriksson, 2011; Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009; ครุฑ พงศธรสกุลและเพ็ญภาแดงค้อมยุทธ, 2562) กำหนดค่า effect size เท่ากับ .7 จำนวนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 62 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ได้ 62 คน ทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากให้เป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มีอยู่ของโรงพยาบาลจำนวน 31 คน

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะด้านการบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สภาวะของฟาร์กัส (Farkas, 2011) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้จักและเข้าใจตนเอง 2) ความหวังและเป้าหมาย 3) การเสริมสร้างพลังตนเอง 4) การดูแลตัวเองและจัดการปัจจัยเสี่ยง 5) รู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน 6) การจัดการกับอารมณ์ 7) ทักษะทางสังคมพื้นฐานและ 8) การเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน ดำเนินกิจกรรมขณะอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลา 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน พัฒนาจากแบบประเมินทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชนของ Smith and Ford (1990) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการอาการทางจิต 2) การจัดการด้านยา 3) การจัดการสุราหรือสารเสพติด 4) สัมพันธภาพและการสื่อสาร 5) กิจวัตรประจำวัน และ 6) การประกอบอาชีพหรือการทำงาน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า

ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 - 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 แปลผลคะแนนระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับน้อย 1.67 - 2.63 หมายถึง ระดับปานกลาง 2.64 - 3.00 หมายถึง ระดับมาก

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เลขที่ 002/2562 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2562 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 003/2563 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าโครงการ รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ และกลุ่มตัวอย่างได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแล พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง: วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และมัธยฐาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท: จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t - test พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติจึง

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

### ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถด้านการดำเนินชีวิตและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน โดยพบการปฏิบัติตัวแตกต่างจากขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ไม่กินยา เนื่องจากคิดว่ายายแล้วจึงไม่กินต่อ มีอาการข้างเคียงจากยา รู้สึกเบื่อหน่ายการรักษาที่ยาวนาน 2) ไม่ดูแลตัวเองเช่น แต่งกายสกปรก ผมเผ้ารุงรัง ไม่อาบน้ำ 3) ทำงานไม่ได้ดั้งเดิม คู่มือกิจวัตรไม่มีรายได้ ต้องขอเงินผู้อื่นใช้ 4) ใช้สุราสารเสพติดเพราะไม่รู้จะทำอะไร เครียดและคิดว่าไม่มีใครอยากคุยด้วย ชอบอยู่กับคนที่ดื่มสุราเพราะรู้สึกว่ามีเพื่อน 5) ปัญหาการสื่อสารกับคนในครอบครัว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้เมื่อถูกกระตุ้น ไม่เชื่อฟัง และก่อนมีอาการทางจิตกำเริบก็ไม่รับรู้ปัจจัยกระตุ้นหรือสังเกตอาการได้ตั้งแต่แรก จากข้อมูลรายงานการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2562 โดย

เครือข่ายสาธารณสุขที่ใช้แบบติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2559) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าสามารถปฏิบัติได้ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การดูแลตนเอง การกินยา และการจัดการอาการทางจิต โดยที่สามารถปฏิบัติได้ในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 - 70.0 การทำงาน และปัญหาการใช้สุรา สารเสพติด หรือเครื่องดื่มชูกำลังปฏิบัติได้ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 25.0 - 30.0 (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์, 2562) สาเหตุหลักเกิดจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจกับการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย เกิดมุมมองในทางลบหรือการตีตราตนเอง อีกทั้งถูกสังคมมองอย่างมีอคติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ไม่กล้าพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ กีดกัน นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติด้านการบำบัดรักษาที่ยังไม่ได้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง มีเป้าหมาย มีส่วนร่วม และตัดสินใจด้วยตนเอง

จากข้อมูลที่พบ ปัญหาการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติตัวที่แตกต่างจากอยู่ในโรงพยาบาล และปัญหาการตีตราตนเองของผู้ป่วย จึงเห็นความจำเป็นในการช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ลดการตีตราตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจในการรับมือและปรับตัวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วย รู้สึกมีคุณค่า มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ช่วยให้ได้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

โปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้จักและเข้าใจตนเอง 2) ความ

หวังและเป้าหมาย 3) การเสริมสร้างพลังตนเอง 4) การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาในชีวิต 5) รู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน 6) การจัดการกับอารมณ์ 7) ทักษะทางสังคมพื้นฐาน และ 8) การเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์แต่ละหัวข้อ มีค่า IOC ระหว่าง .8 - 1.0

## 2. ผลการทดสอบโปรแกรมฯ

**2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า** ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองเพศชายจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 เพศหญิงจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 อายุ 31 - 40 ปี มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 สถานภาพโสดจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาจำนวน 8 คนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 31.2 อาชีพรับจ้างจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 - 10 ปีโดยเฉลี่ย 5.5 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 - 7 ครั้ง โดยเฉลี่ย 3.5 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 เพศหญิงจำนวน 8 คน คิดเป็น

ร้อยละ 25.0 อายุ 31 - 40 ปี มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 สถานภาพโสด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 อาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวมจำนวน 9 คน เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 28.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 - 10 ปี โดยเฉลี่ย 5.4 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 - 8 ครั้ง โดยเฉลี่ย 4.0 ครั้ง

## 2.2 ผลการทดสอบประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมฯ ไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ มีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ อยู่ในระดับน้อย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 คะแนน มัชฐานเท่ากับ 1.50 คะแนน หลังได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 คะแนน มัชฐานเท่ากับ 1.89 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงคะแนนเฉลี่ย มัชฐาน และระดับความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ

คะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน	Mean	Median	ระดับ	p - value
ก่อนได้รับโปรแกรม	1.51	1.50	น้อย	.000
หลังได้รับโปรแกรม	1.88	1.89	ปานกลาง	

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนก่อนและหลัง  
เข้าโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ  
(Mann Whitney U test)

คะแนนความสามารถ ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน	Mean	Median	ระดับ	p - value
<b>ก่อนได้รับโปรแกรมฯ</b>				
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	1.51	1.50	น้อย	.264
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	1.59	1.60	น้อย	
<b>หลังได้รับโปรแกรมฯ</b>				
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	1.88	1.89	ปานกลาง	.000
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	1.72	1.71	ปานกลาง	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ คะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้วยวิธีทางสถิติ Mann Whitney U test พบว่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนไม่แตกต่างกัน

หลังได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ คะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Mann Whitney U test พบว่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตารางที่ 3** แสดงค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนก่อนและหลังเข้า  
โปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ความสามารถด้านการดำเนินชีวิต ในชุมชนรายด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ	
	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ	กลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ	กลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ
การจัดการอาการทางจิต	1.56	1.58	2.0	1.66
การจัดการด้านยา	1.64	1.65	1.75	1.69
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.42	1.42	1.61	1.66
สัมพันธภาพและการสื่อสาร	1.43	1.44	1.81	1.68
การจัดการปัญหาสุราสารเสพติด	1.50	1.51	1.82	1.67
อาชีพและการทำงาน	1.43	1.43	1.81	1.68

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนเป็นรายด้านอยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน หลังได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ มีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของกลุ่มทดลองรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

### การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยการพิจารณาผลการวิจัยว่า สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัยตามที่ตั้งไว้ได้อย่างไร หรือมีสิ่งที่ยังเกิดพบจากผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการปฏิบัติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหากิจกรรมทั้งหมด จำนวน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย การรู้จักและเข้าใจตนเอง ความหวังและเป้าหมาย การเสริมสร้างพลังตนเอง การดูแลตัวเองและการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาในชีวิต รู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน การจัดการกับอารมณ์ ทักษะทางสังคมพื้นฐาน และการเสริมสร้างความมั่นใจพร้อมกลับสู่ชุมชน จะเห็นได้ว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหากิจกรรมที่ช่วย

สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่า มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาในชีวิต โดยการจัดการปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการทำให้อาการทางจิตกำเริบ การจัดการกับอารมณ์ มีสัมพันธภาพและการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจลดการตีตราตนเอง ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนต้องเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วย และอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุภา บุญทศ และคณะ, 2554) ดังนั้นโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ เพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน

คุณภาพของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ก่อนการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่า IOC ในแต่ละกิจกรรมอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่าเนื้อหาที่จัดทำขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม (สุวิมล ตีรกันันท์, 2551) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา อยู่ในเกณฑ์ดี

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 มีความเกี่ยวข้องกับ

กับสมมติฐานข้อ 1 ค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางในโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ ระยะเวลาหลังสูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีระดับความสามารถด้านการดำเนินชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ สอดคล้องกับแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะขององค์การอนามัยโลกและแนวคิดของ Farkas (2011) ที่อธิบายว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีเป้าหมาย มีส่วนร่วมสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Farkas, 2011; WHO, 2017) และสิ่งที่สังเกตพบจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูลแนะนำกันในกลุ่มและบอกได้ถึงความมั่นใจของตนเองที่จะนำกลับไปใช้

รวมถึงวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 ที่มีความเกี่ยวข้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่กล่าวว่า ค่าคะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางในโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางใน

โปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีระดับความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนแตกต่างกัน โดยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนสูงขึ้น ในด้านการจัดการอาการทางจิต การจัดการด้านยา สัมพันธภาพและการสื่อสาร การจัดการปัญหาสารเสพติด อาชีพและการทำงาน (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาในกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงโดยมีเพื่อนผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง (peer) เป็นต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาวะที่อธิบายการดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิตมากกว่าการเป็นผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังใจ มีเป้าหมาย มีเพื่อน มีส่วนร่วมตัดสินใจ มีศักยภาพ กลับเข้าสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น (Farkas, 2011) และสิ่งที่สังเกตพบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางในโปรแกรมฯ คือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกิจกรรมความหวัง และเป้าหมาย เรียนรู้การจัดการปัจจัยเสี่ยงโดยใช้สัมพันธภาพ การให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าจะมุ่งเน้นการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว

สิ่งที่สังเกตพบจากการดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยเชื่อเพื่อนผู้ป่วยซึ่งมีประสบการณ์ตรง (peer) มากกว่าผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูดเกี่ยวกับการยอมรับการเจ็บป่วยและงูใจเพื่อนเกี่ยวกับการสร้างความหวัง “ไม่ต้องยอมรับว่าป่วยก็ได้แต่ต้อง

กินยาเพื่อเราจะได้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ” “ผมปล่อยให้ตัวเองจมอยู่กับความสิ้นหวังอยู่เกือบ 10 ปีป่วยเข้าโรงพยาบาลไม่รู้กี่ครั้ง “ได้ฟังพี่แล้วผมคงต้องกลับไปเปลี่ยนแปลงตัวเองเสียใหม่ ต้องกินยาทำงาน ดูแลตัวเอง”

### ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปใช้ สามารถพิจารณาได้ว่า โปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความสามารถด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อเสนอนี้แนะที่สำคัญ ดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. การขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ในทุกหอผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจกับบุคลากรที่ใช้โปรแกรมฯ ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดูแลตามโปรแกรม เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง
3. ควรจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ที่นำไปใช้มีความเข้าใจถูกต้อง ตรงกันทั้งด้านเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมฯ
4. ส่งเสริมให้มีผู้นำผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง (peer) มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิด

การปฏิบัติในประเด็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.สุวรรณี เรืองเดช และ นพ. กิตต์กวี โพธิ์โน ที่ได้ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านในการให้ความช่วยเหลือคุณประโยชน์ที่เกิดจากการศึกษานี้ขอบอบแด่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไซโตะ, และ สุวรรณาอรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26, 186-189.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์. (2561). *แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวช*

- นครรราชสีมาราชชนกรินทร์ ปึงบประมาณ 2561. นครรราชสีมา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครรราชสีมาราชชนกรินทร์. (2562). แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวช นครรราชสีมาราชชนกรินทร์ ปึงบประมาณ 2562. นครรราชสีมา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิด การคืนสู่สุขภาวะ: การจ้างงาน สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: พรอสเพอริส พลัส.
- วลัยพร สุวรรณบูรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจินห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลาส. (2558). ผลของใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 68-79.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การวิจัยและพัฒนา การศึกษาไทย. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์ วิจัย*, 8(2), 1-18.
- สุจิตรา วรสิงห์, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, และชนิดดา แนบเกษร. (2557). ปัจจัยการรับรู้ตราบาป ในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 98-104.
- สุวิมล ติรกานันท์. (2551). การสร้างเครื่องมือวัด ตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2), 13-33.
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton R. K., & Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity and symptoms. *The American Journal of Psychiatric*, 163(3), 418-25.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-sigma of mental illness: Implication for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Färdig, R. , Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services Journal*, 62(6),606-612.
- Farkas, M. (2011). Review of Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 158-159.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 408-418.

- Kaewprom, C. (2011). *Perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia among Thai mental health nurses. Unpublished Doctor of Philosophy Thesis.* School of Nursing Midwifery and Indigenous Health, Faculty of Health and Behavior Sciences. University of Wollongong.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Sciences, 13*(3), 323-327.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*, 529-39.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(2), 128-137.
- Smith, M. K., & Ford, J. (1990). A client-developed functional level scale: The Community Living Skills Scale (CLSS). *Journal of Social Service Research, 13*(3), 61-84.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research, 150*, 71-80.
- Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467-478.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (PILOTVERSION).* Geneva: WHO.