

FACTORS PREDICTING PERSONAL RECOVERY OF PEOPLE LIVING WITH SCHIZOPHRENIA

*Borramart Wisungre, B.N.S. *, Darunee Rujkorakarn, Ed.D. ***

Abstract

Objective: The objective was to predict factors associated with personal recovery in people with schizophrenia.

Methods: This study was conducted using a predictive correlational design. Data were collected from 221 people living in the community 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 product-moment correlation and stepwise multiple regression.

Results: The results showed that the factors associated with recovery were social support ($r = .501, p < .01$), medication adherence ($r = .264, p < .01$), symptom management ($r = .421, p < .01$), and hope ($r = .534, p < .01$). 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).

Conclusion: To promote personal recovery in patients with schizophrenia, healthcare personnel should focus on finding ways to provide social support, instill hope, and assist them in managing their psychiatric symptoms. Focusing on these three factors will contribute to the long-term personal recovery of people with schizophrenia in remaining in the community with their families.

Keywords: schizophrenia, personal recovery, social support, medication adherence, hope

**Student, Master of Nursing Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University*

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com*

Received: 18 January 2023, Revised: 20 March 2023, Accepted: 25 March 2023

ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

บรมศักดิ์ วิสูงเร, พย.บ.*, ครุณี รุจกรกานต์, Ed.D.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำนายปัจจัยการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2565 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ Pearson's product-moment correlation และ stepwise multiple regression

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .501, p < .01$) การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ($r = .264, p < .01$) การจัดการอาการ ($r = .421, p < .01$) และการมีความหวัง ($r = .534, p < .01$) และเมื่อนำตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise พบว่ามี 3 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้ร้อยละ 41.7 ($R^2 = .417$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($R^2 \text{ change} = .285$) การมีความหวัง ($R^2 \text{ change} = .092$) และการจัดการอาการ ($R^2 \text{ change} = .04$)

สรุป : ผลการวิจัยพบ ปัจจัยร่วมทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้แก่ การมีความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ บุคลากรทางสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการให้การสนับสนุนทางสังคม การปลูกความหวัง และการจัดการอาการ เพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเภทฟื้นคืนสู่สภาวะในระยะยาว สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนกับครอบครัวได้

คำสำคัญ : โรคจิตเภท, การฟื้นคืนสู่สภาวะ, การสนับสนุนทางสังคม, การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, การมีความหวัง

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 18 มกราคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มีนาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 25 มีนาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต จากสถิติของประชากรทั่วโลก จากรายงานของกรมอนามัยโลกในปี 2021 พบว่า มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 24 ล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รักษาไม่หายขาดและมีอาการเรื้อรัง โดยจะมีความผิดปกติทั้งในด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (WHO, 2021) พบอัตราการความชุก (Prevalence) 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017) ความชุกตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) ร้อยละ 1 (Keshavan et al., 2020)

โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ทางกับผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Tan, Lim, Xie, Li, & Lee, 2020) มีผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง คือ เกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วย สร้างความกดดันทางจิตใจให้กับคนในครอบครัว (ทวีศักดิ์ กสิผล, 2563) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศตามมามากมาย (โปริยทิพย์ สันตะพันธุ์, ศิริณพพร บุสหงษ์, เชาวลิต ศรีเสริม, และ อนงลักษณ์ วงศ์ตรี, 2563) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบไม่สามารถควบคุมได้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นจำนวนหลาย ๆ ครั้ง (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2561) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยถึงต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 31,207 บาท/

ครั้ง นับว่าเป็นการสูญเสียงบประมาณทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559)

หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว พบว่าผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้มีอาการกำเริบอีกและจำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายต่อหลายครั้ง (Correll & Lauriello, 2020) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งนั้น จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Taylor & Jauhar, 2019) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดรักษาโดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น และลดระยะการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (ดริမ် พงศธรสกุล และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง ซึ่งปัจจัยที่มีสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะได้นั้นมีหลายด้าน โดยสามารถจัดเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้ คือ ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางด้านคลินิก ซึ่งปัจจัยด้านประชากรครอบคลุมถึง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา การมีงานทำ และการที่ไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนปัจจัยทางด้านคลินิกจะเกี่ยวข้องกับ ระยะเวลาสั้นของการมีอาการทางจิตที่ปราศจากการรักษา มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี มีการ

ปรับตัวที่ดี มีอาการทางลบน้อย ไม่มีการใช้สารเสพติด ร่วมด้วยในขณะที่เจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือ ในการรับประทานยา (Yu et al., 2020) และความหวัง เป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของ ความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง และรุนแรง พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท จะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 2021) ผลกระทบจากโรคจิตเภท ยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง การฟื้นคืนสู่สุข ภาวะจึงยากขึ้น ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ ยาวนานขึ้น (Ipci et al., 2020)

การวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการ ฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตในชุมชน เพื่อค้นหาสิ่งที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ได้ ในชุมชนและสิ่งที่เป็นอุปสรรค โดยผลการศึกษา วิจัยปรากฏประเด็นหลักที่สำคัญ 4 ประการที่ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตได้ในชุมชน คือ การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการ ผลข้างเคียงของยา และการจัดการตนเอง (Rujkorakarn et al., 2018) ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมี การนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะไปใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล (ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สการวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และ สว่างจิตร์ วสุวัต, 2560) แต่ก็ยังพบว่ามีการศึกษาถึง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่สามารถทำนายการฟื้นคืน สู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชน ค่อนข้างน้อย การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่ สุขภาวะได้จึงนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น เนื่องจากผลการศึกษาปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไป กำหนดเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขระดับประเทศ สามารถนำไปสร้างรูปแบบการบำบัดทางการ พยาบาลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและทันสมัย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่าง ปกติสุขกับครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และระดับการ ฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และความหวัง กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วย จิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทาง สังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการ อาการ และความหวัง กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะใน ผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

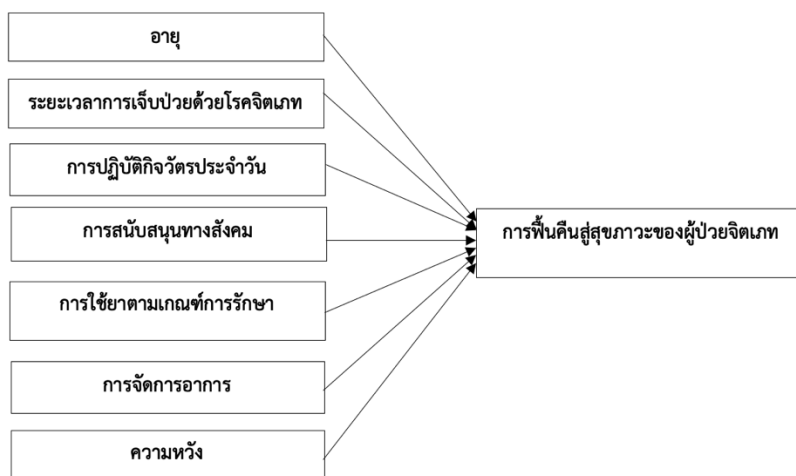
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มาจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเด็นที่

เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และความหวัง

โดยมีสมมติฐานว่า การมีอาชีพหรือการทำงานทำ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรืองานในแต่ละวัน ซึ่งรวมถึงการทำงานบ้านหรือการดูแลกิจวัตรประจำวันนั้น ช่วยส่งเสริมความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Shimada, Nishi, Yoshida, Tanaka, & Kobayashi, 2016) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Correll, Stanford, Claxton, Du, & Weiden, 2019) ส่วนการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์สามารถควบคุมผลข้างเคียงจากยาได้ จัดการอาการโดยการหาวิธีการในการควบคุมผลข้างเคียงจาก

การได้รับยาต้านอาการทางจิตได้ จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง (Stepnicki, Kondej, & Kaczor, 2018) นอกจากนี้ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยการควบคุมตนเองจากความเครียด ความวิตกกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนอื่น ๆ ที่จะเป็นสาเหตุในการกระตุ้นการเกิดอาการทางจิต และเป็นตัวขัดขวางการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Lean et al., 2019) แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง ดูแลจัดการความเครียด อาการหูแว่ว ประสาทหลอนอื่น ๆ จากโรคจิตเภทได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในสังคมไทยยังมีความหวังที่จะกลับมาประกอบอาชีพ หรือดำรงชีวิตได้เหมือนช่วงเวลาก่อนป่วย (Rujkorakam et al., 2018) ความหวังจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงนำมาสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตามนัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 221 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 86 ราย โรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 109 ราย โรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 26 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จาก โปรแกรม G*Power กำหนดคหิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 153 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 45.0 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 221 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา และการจ้างงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถใน

การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ แปลผลคะแนนคือ 12 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มติดสังคม ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ 5 - 11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง 0 - 4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียงซึ่งผู้ป่วยพึ่งตนเองไม่ได้ แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .79

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทาง

สังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งดัดแปลงจากจิราพร อมราภิบาล (2536) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของสเตรชเชอร์ และคณะ (Strecher et al., 1986) เป็นมาตรส่วนประเมินค่าแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงทั้งหมด มีค่าความเชื่อมั่น .80

ส่วนที่ 4 แบบวัดการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็น

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับผลข้างเคียงของยา ของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของฟาร์ราเกอร์ (Farragher 1999) โดยเป็นข้อคำถาม

แบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย มีค่าความเชื่อมั่น .84

ส่วนที่ 5 แบบวัดการจัดการอาการ ใช้แบบ ประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ของจิตินันท์ อ้วนถ้ำ (2558) ที่พัฒนาขึ้นตาม แนวคิดของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ลักษณะ มาตราวัดเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้ คะแนนดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าความเชื่อมั่น .82

ส่วนที่ 6 แบบวัดความหวัง ใช้แบบวัด ความหวัง Herth Hope Index (Herth, 1992) ซึ่งแปล เป็นภาษาไทย โดยจิราวรรณ ลีลาพัฒน์พานิชย์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 หมายถึง เห็น ด้วย 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น .80

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยครุณี รุจกรกานต์ (2561) ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะของ ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเครื่องมือนี้จะมีเนื้อหาที่ครอบคลุม การฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (Personal recovery)

โดยครอบคลุมถึงกระบวนการเรียนรู้ ในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงวิถีจัดการอาการข้างเคียงของยา และการ จัดการอาการของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น แบบ ประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 34 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยทำการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัย พบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อ ผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงเริ่ม เก็บข้อมูล

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำ วิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียม กัน ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 402-382/2564 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2564 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการ การรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise regression analysis) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 221 คน เป็นเพศชาย 136 คน (ร้อยละ 61.5) เป็นเพศหญิงจำนวน 85 คน (ร้อยละ 38.5) อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือ 41.03 ปี (S.D. = 10.143) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.3) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 132 คน (ร้อยละ 59.7) จบ

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 67 คน (ร้อยละ 30.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1 - 10 ปี จำนวน 125 คน (ร้อยละ 56.6) เฉลี่ย 10.64 ปี (S.D. = 6.23)

2. การฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

การฟื้นคืนสู่สภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะปานกลาง ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .501, p < .01$) การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ($r = .264, p < .01$) การจัดการอาการ ($r = .421, p < .01$) และการมีความหวัง ($r = .534, p < .01$) ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุดคือ การมีความหวัง (Beta = .371) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .251) และการจัดการอาการ (Beta = .221) แสดงว่าการมีความหวัง เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Min	Max	Mean	S.D.	ระดับ
การฟื้นคืนสู่สภาวะ	170	134	169	153.18	9.06	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

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. การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.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. การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ	-.026	.014	-.006	.501**	.264**	.421**	.534**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่ามาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

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 = 51.66 Constant = 66.171 Durbin-Watson = 1.596							

ของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการอาการ ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

เขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ = 66.171 + .872_{การมีความหวัง} + .344

{การสนับสนุนทางสังคม} + .767{การจัดการอาการ}

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

$+ .221Z_{\text{การจัดการอาการ}}$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และการมีความหวัง และปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การมีความหวัง และการจัดการอาการ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะปานกลาง และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีวิธีการในการจัดการอาการข้างเคียงของการใช้ยาจิตเภท และวิธีในการจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน (Rujkorakarn et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์ (2561) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วยทางจิต จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องอาการ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ การศึกษาของอารยา ตั้งมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2021) อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางข้อมูลข่าวสาร การติดตาม

เยี่ยมบ้านของสหสาขาวิชาชีพ ที่คอยช่วยเหลือ และให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านอาการทางจิต จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา จะช่วยลดอาการของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ซึ่ง Tandon et al. (2008) ได้พบเช่นกันว่าการให้บริการด้านการรักษา การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม สามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Santos, Kopelowicz, & López, (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถึงการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ จำนวน 60 คน และพบว่ามีคนตอบว่าการมีได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ฟื้นคืนสู่สุขภาวะได้ร้อยละ 43.0 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง คนในชุมชน รวมถึงได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรการแพทย์ที่คอยให้การช่วยเหลืออยู่ตลอด

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ แต่ไม่ทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ นั่นคือ หากมีการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาสูงจะมีการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง แต่ไม่ได้ทำนายว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะต้องมีการฟื้นคืนสู่สภาวะด้วย จากการศึกษาของ Ishii et al. (2022) พบว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนผลการวิจัยของ Caqueo-Urizar, Urzúa, Mena-Chamorro, & Bravo de la Fuente (2021) ที่พบว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.239, p = 0.005$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Lai-Ming Hui et al. (2015) พบว่า การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญตัวหนึ่งกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ และทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะ มีความมั่นใจ และมีการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะในระยะยาว (Lean et al., 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เรลล์และลอรีเอลโด (Correll and Lauriello, 2020) ที่พบว่า การฟื้นคืนสู่สภาวะจำเป็นต้องมีการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลตัวเอง และการทำหน้าที่ในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต และสามารถดำรงชีวิตได้ปกติ หรือแม้เมื่อมีอาการเครียดก็จะหาวิธีการจัดการกับ

ความเครียด เช่น การสวดมนต์ "ไหว้พระ เป็นต้น (Rujkorakam et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการทางบวกอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการ อาการหูแว่ว ประสานหลอนได้

การมีความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ และทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท นั่นคือ การมีความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมา ในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของฟิตซ์เจอร์อัลด์ มิลเลอร์ (Fitzgerald Miller, 2007) พบว่า ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วย และชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางแผนเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป โดยความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต (Acharya & Agius, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม (Kaewprom, 2011) ที่พบว่า ความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการมีความหวัง จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการศึกษาพบว่า การมีความหวังในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังว่าทุกอย่างในชีวิตจะมีทิศทางไป

ในทางที่ดี และหวังว่าจะมีชีวิตที่ปกติอยู่บ้านกับครอบครัวได้ และไม่ต้องมานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.03 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่ถือว่ามียายุมาก ส่งผลทำให้มีระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทเล็กน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับ ผลการศึกษาของยู ยู และคณะ (Yu Yu et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย จะมีระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ อาจเนื่องมาจากการที่มีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการปรับตัวที่หลากหลายและแตกต่างกัน จากผลการวิจัยนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.64 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ (อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) จึงส่งผลให้มีคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 59.7 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่งหรือมีรายได้ประจำ

รวมถึงส่วนมากไม่ได้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ผู้ป่วยจิตเภทมักจะต้องได้รับการบอกหรือเตือนให้ทำกิจวัตร ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อน จะเป็นวิธีที่สามารถช่วยลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (ลออสิงห์โชติสุขแพทย, 2565) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาข้อมูลพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นการฟื้นคืนสู่สภาวะด้านคลินิก จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (Austin et al., 2022)

สรุป

การมีความหวัง เป็นส่วนที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการจัดการตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนจากภายใน ผู้ป่วยจิตเภทจึงจะสามารถไปจัดการอาการเหวี่ยง ประสาทหลอน ถ้าสามารถจัดการภายใน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ผู้ป่วยก็จะมีพลังภายในและมีความเข้มแข็ง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญโดยครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกันผู้ป่วยจะต้องมีการตระหนักรู้ที่ระดับหนึ่ง เพื่อให้การฟื้นคืนสู่สภาวะ คงระยะอาการสงบได้ยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการแนะนำความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้บริการเชิงรุกโดยใช้สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ แอปพลิเคชันแบบทางการ เฟสบุ๊กแบบทางการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรค การรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการต่าง ๆ และการสร้างความหวังกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสื่อโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางการให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ สามารถใช้เป็นแนวทางช่วยส่งเสริม หรือ จัดหาปัจจัยที่ทํานายการฟื้นคืนสู่สภาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนกับครอบครัวได้ในระยะเวลายาวนาน

ด้านการวิจัย

1. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างความหวัง และการจัดการอาการ ในผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2. ตัวถูกทำนายบางข้อทับซ้อนกัน คือ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ พบว่า 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ

และตรงกับหัวข้อย่อยในแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรหลีกเลี่ยงปัจจัยอิสระที่จะซ้ำกับปัจจัยตาม เพื่อป้องกันการเกิด Multicollinearity

ข้อจำกัดของการศึกษา

ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการฟื้นคืนสู่สภาวะระดับสูง จึงอาจได้ผลที่แตกต่างถ้านำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการฟื้นคืนสู่สภาวะระดับปานกลางและต่ำ

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)*. การประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการและนิเทศระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร.
- จิราพร อมราภิบาล. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราวรรณ ลีลาพัฒน์พานิชย์. (2541). *ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 487 - 494.

- จิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุฑ พงศธรสกุล และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2563). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 169-187.
- ครุฑ รุจกรกานต์, สุรดา จันดีระยอม, และชนกพร ศรีประสาร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 11(1), 268-276.
- ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102-115.
- ปัทมา ภาณุพิสุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และ สว่างจิตร วสุวัต. (2560). ผลของโปรแกรมแผนการฟื้นฟูสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 59-68.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, ศิริยุพร บุสหงษ์, เสาวลิต ศรีเสริม, และ อนงลักษณ์ วงศ์ศิริ. (2563). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 50-61.
- ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาไร่ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 19-32.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2561). การซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 1-13.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสพล. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยระยะเรื้อรังปาลมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หงษ์ บรรเทงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชสวัสดิ์, และณัฐพัชร สุนทโรวิทย์. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 86-101.
- อารียา ตั้งมโนกุล, และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2564). ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.คอนมดแดง จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 436-455.
- อุมาพร ภาณุจรรย์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Acharya, T., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatry Danubina*, 29(Suppl 3), 619-622.
- Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E., & Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 16(10), 1102-1111.
- 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.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Mena-Chamorro, P., & Bravo de la Fuente, J. (2021). Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare (Basel)*, 9(9).

- 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).
- 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.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miasowski, C., Puntillo, K., & Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medical Journal*, 92(6), 392, 394.
- Fitzgerald Miller, J. (2007). *Hope: a construct central to nursing*. In Nursing forum (Vol. 42, No. 1, pp. 12-19). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of advanced nursing*, 17(10), 1251-1259.
- 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.
- Ishii, J., Kodaka, F., Miyata, H., Yamadera, W., Seto, H., Higuchi, H., Tsuruoka, Y., & Shigeta, M. (2022). Association between functional recovery and medication adherence in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports*, 42(4), 510-515.
- 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.
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30(1), 73-83.
- Lai-Ming Hui, C., Wing-Yan Poon, V., Shuk-Kuen Kwok, V., Chang, W. C., Kit-Wa Chan, S., Ho-Ming Lee, E., & Yu-Hai Chen, E. (2015). Prevalence and predictors of medication non-adherence among Chinese patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 680-687.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260-268.
- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1481-1489.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 9). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
- Santos, M. M., Kopelowicz, A., & López, S. R. (2018). Recovery From Schizophrenia: The Case of Mexican-Origin Consumers and Family Caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 439-445.
- Shimada, T., Nishi, A., Yoshida, T., Tanaka, S., & Kobayashi, M. (2016). Factors Influencing Rehospitalization of Patients with Schizophrenia in Japan: A 1-year Longitudinal Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 28, 7-14.
- Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*, 23(8).
- Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92.
- Tan, B. L., Lim, M. W. Z., Xie, H. T., Li, Z. Q., & Lee, J. (2020). Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(4).

- Tandon, R., Belmaker, R., Gattaz, W. F., Lopez-Ibor Jr, J. J., Okasha, A., Singh, B., Stein, D. J., Olie, J.-P., Fleischacker, W. W., & 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. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9.
- WHO. (2021). *Schizophrenia*. Retrieved January 10, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- 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.