ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
Vol. 31 No. 2 May – August 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

สุปรียา ชิณโคตร, พย.บ.[1]
ชูชาติ วงศ์อนุชิต, ปร.ด.[2*]

(วันที่ส่งบทความ: 22 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 26 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 28 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทภายใต้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์นับว่ามีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 380 คน ตอบแบบสอบถามภายหลังผ่านการคัดกรองความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แล้วได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ดุลยภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดี กระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r = .13, .20 และ .30 ตามลำดับ) ส่วนดุลยภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสีย (r = .05; p = .33) กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (r = .06; p = .27) ความเชื่ออำนาจในตน (r = .08; p = .14) และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต (r = .08; p = .13) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังนั้น น่าจะเป็นประโยชน์มากกว่าสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการเสริมสร้างความตระหนักถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายมากกว่าการยึดติดอยู่กับข้อเสียหรือใช้ข้อโต้แย้งที่ซับซ้อนเพื่อการโน้มน้าวใจ การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาทำวิจัยในระยะยาวและการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่ซับซ้อนมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, การประกอบกิจกรรมทางกาย, การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต, ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์

---

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชูชาติ วงศ์อนุชิต, อีเมล: choochart.d@gmail.com

Factors Related to Stages of Change in Physical Activity among People with Schizophrenia in Northeastern Thailand

Supreeya Chinnakod, B.N.S.[1]

Choochart Wong-Anuchit, Ph.D.[2*]

(Received: May 22nd, 2025; Revised: August 26th, 2025; Accepted: August 28th, 2025)

Abstract

Understanding the stages of change in physical activity among people with schizophrenia using the Transtheoretical model (TTM) to promote physical activity is beneficial. This research aimed to examine the factors related to the stages of change in physical activity among this population at psychiatric hospital outpatient clinics in northeastern Thailand. A sample of 380 patients with schizophrenia were recruited and completed questionnaires after being screened for the severity of psychiatric symptoms using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and scoring less than, or equal to, 36. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients. The stages of change in physical activity were significantly related to decisional balance (pros) in the perceived advantages of physical activity (r = .13; p < .01) and the processes of change (r = .20; p < .01), particularly the behavioral process of change (r = .30; p < .01). In contrast, the stages of change in physical activity were not significantly related to decisional balance (cons) in perceived disadvantages (r = .05; p = .33), the cognitive or experiential processes in process of change (r = .06; p = .27), self-efficacy (r = .08; p = .14), or internalized stigma of mental illness (r = .08; p = .13). Therefore, it may be more beneficial for people with schizophrenia to reinforce the advantages of physical activity, rather than dwelling on the disadvantages of not being physically active or making complicated arguments to persuade them to be more physically active. Future studies should consider undertaking longitudinal research and performing more complex statistical analyses.

Keywords: schizophrenia, physical activity, internalized stigma, Transtheoretical Model (TTM)

[1] Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[2] Assistant Professor (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[*] Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit, E-mail: choochart.d@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน ของประชากรทั่วโลก ซึ่งอัตราการเกิดโรคดังกล่าวคิดเป็น 1 ใน 222 คน ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization [WHO], 2022) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักจะแสดงอาการออกมาในลักษณะการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจมีลักษณะหุนหันพลันแล่นหรือขาดแรงจูงใจไร้จุดหมายในการดำเนินชีวิต อาการทางคลินิกของผู้ป่วยอาจรวมไปถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง รูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ บกพร่องในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคมและการจัดการทักษะชีวิต รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติ (Brasso et al., 2025) ส่วนใหญ่แล้วโรคจิตเภทจะรักษาได้ไม่หายขาด มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังโดยมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งความถี่หรือจำนวนครั้งของการกำเริบจะมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการกำเริบน้อยจะเกี่ยวข้องกับการมีอาการทางจิตที่ดี มีสัมพันธภาพเหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีโอกาสได้รับการจ้างงานสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยกว่า (Lin et al., 2021; Pothimas et al., 2020) ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาวะควบคู่กันไป ซึ่งการใช้ยาต้านอาการทางจิตนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผสมผสานกันกับการบำบัดทางจิตสังคม (WHO, 2022) แต่อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วยังคงพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง (Pothimas et al., 2020) การกลับมาเป็นซ้ำของภาวะเจ็บป่วยทางจิตจะมีอัตราสูงถึง 31 เปอร์เซ็นต์ใน 1 ปี และเพิ่มเป็น 43 เปอร์เซ็นต์หลังจาก 2 ปีของระยะเวลาการบำบัดรักษา โดยที่อัตราการกลับมาเป็นซ้ำภายในปีแรกของการเริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทจะอยู่ที่ประมาณ 34-37 เปอร์เซ็นต์ และยิ่งถ้าหากว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวชแล้วก็จะยิ่งทำให้ความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำตลอดช่วงชีวิตสูงขึ้นถึง 70 เปอร์เซ็นต์ (Moges et al., 2021) ความถี่ของการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมถอยลงมากของการทำหน้าที่ (progressive functional deterioration) การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospitalizations) ความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) และภาวะทางคลินิกที่ทำให้การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (poor clinical prognosis) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาระที่หนักอึ้งทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ให้การดูแลในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำที่สามารถจัดการได้ (modifiable risk factors) คือ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การใช้สารเสพติด การขาดสนับสนุนทางสังคม ความล่าช้าในการเข้ารับการบำบัดรักษา ภาวะการตีตราที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช และข้อจำกัดในการเข้าถึงยาทางจิตเวช (Moges et al., 2021) โดยอาการของโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำมักแสดงออกมาในลักษณะของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้สังคมตีตราหรือมีอคติต่อผู้ป่วย อันเป็นที่มาของการที่สังคมเกิดไม่ยอมรับ โดยการถูกมองว่าเป็นบุคคลอันตราย ไม่มีความน่าเชื่อถือ

และถูกลดทอนบทบาททางสังคมลง เสมือนการตราสัญลักษณ์ที่ไม่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกด้อยค่าและอับอายในการใช้ชีวิตส่งผลให้มีขีดจำกัดในการเข้าสังคม (WHO, 2022)

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 2 ถึง 3 เท่า โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกเลือกปฏิบัติและจำกัดสิทธิในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางสังคมตามมาอีกมากมาย นำไปสู่การเกิดความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (WHO, 2022) ดังนั้น การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความเสื่อมถอยด้านสุขภาพจึงนับว่ามีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะสามารถจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมไปถึงสามารถดำเนินชีวิตและตัดสินใจ ในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (Widoretno & Sulistyowati, 2025) แนวความคิดเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายได้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยเชื่อว่าการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สุขภาพแข็งแรง มีความทนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่าง ๆ เช่น Endorphins Serotonin และ Dopamine ออกมาในระดับที่พอเหมาะและสมดุล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตื่นตัวและพัฒนาระบบกล้ามเนื้อในร่างกายอีกด้วย (Kandola & Osborn, 2022)

ในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำหรือยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical model: TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1983) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะค่อย ๆ พัฒนาไปทีละขั้นเรียกว่า ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุหลักของการมีพฤติกรรมแบบอยู่นิ่งๆ หรือมีการเคลื่อนไหวน้อย (sedentary behavior) ได้แก่ ความเหนื่อยล้าซึ่งบางส่วนเกี่ยวข้องกับความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การมีโรคร่วมทางกาย เช่น โรคอ้วน ปัญหาสุขภาพของระบบเผาผลาญ ระบบหัวใจและทางเดินหายใจ (metabolic and cardiorespiratory health issues) การขาดแรงจูงใจ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับอาการด้านลบของโรคจิตเภท (negative symptoms) ไม่มีความมั่นใจ มีภาวะเครียด วิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก ตีตรา และเลือกปฏิบัติเมื่อต้องออกไปประกอบกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในที่สาธารณะ รวมไปถึงการขาดแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง (Tew et al., 2023; Viljoen & Roos, 2020)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบ

กิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี TTM และนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวบุคคล รวมไปถึงส่งเสริมให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายที่ยั่งยืน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายเป็นประจำนับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการส่งเสริมพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภท (ธิติมา ณรงค์ศักดิ์และคณะ, 2565) อันจะเป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย

กรอบแนวคิด

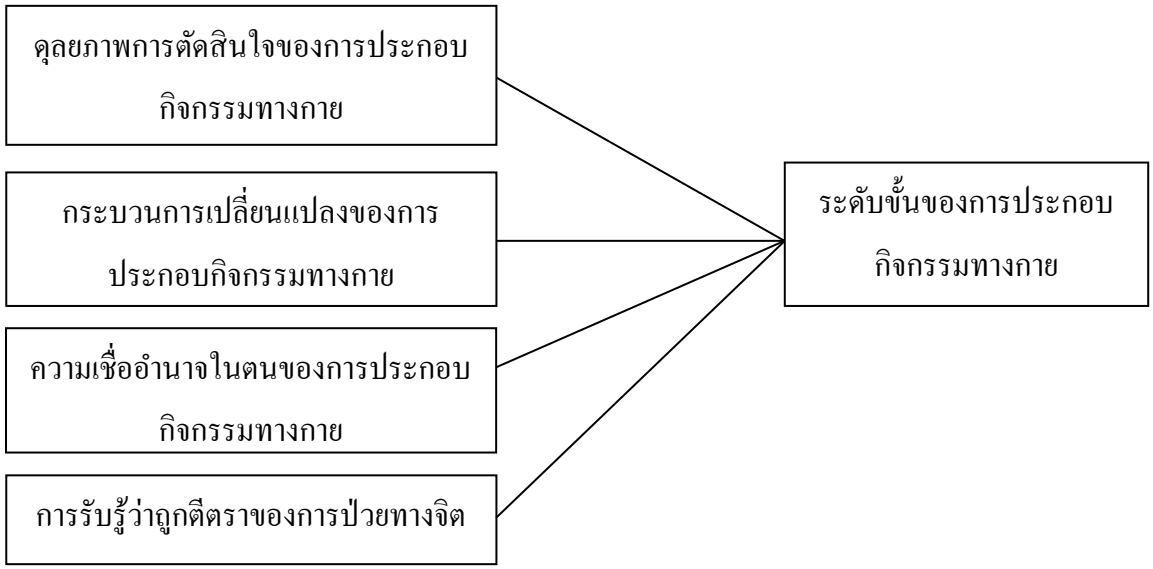
การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1983) เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ซึ่งนักทฤษฎีได้กล่าวไว้ว่า บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะพัฒนาความคิดริเริ่มเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเป็นขั้นๆ ซึ่งระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) มี 5 ระดับ คือ ขั้นก่อนคิด (pre-contemplation) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ขั้นปฏิบัติ (action) และขั้นปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (maintenance) โดยมีการเปลี่ยนแปลงผ่านดุลยภาพการตัดสินใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (decisional balance) กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (processes of change) และ ความเชื่ออำนาจในตนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (self–efficacy) เพื่อก่อให้เกิดผลต่อระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของบุคคลเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1983) พบว่า TTM เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่า บุคคลจะค่อย ๆ พัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละระดับขั้น (stages of change) ผ่านการประเมินพิจารณาชั่งน้ำหนักระหว่างผลดี (pros) และผลเสีย (cons) ที่จะได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น (decisional balance) แล้วตัดสินใจเริ่มปฏิบัติการตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change) ซึ่งเน้น

ทั้งทางด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (cognitive/ experiential processes) และด้านกระบวนการทางพฤติกรรม (behavioral processes) ภายใต้ความความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) โดยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายได้สำเร็จถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของผู้ป่วยจิตเภท อาจมีอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นกำแพงขวางกั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถก้าวไปสู่ระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงขึ้น หรือแม้กระทั่งในบางครั้งอาจจะส่งผลให้ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดต่ำลงมาจากที่เคยเป็นอยู่ก็เป็นได้ ซึ่งการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิตก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก เลือกปฏิบัติ และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยอาจส่งผลต่อพฤติกรรมเมื่อต้องออกไปประกอบกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในที่สาธารณะร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม (Tew et al., 2023; Viljoen & Roos, 2020)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี TTM มาเป็นกรอบในการวิจัยโดยมีเป้าหมายที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงได้ ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดของการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2567

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด ทำให้มีการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากที่ควรจะเป็น และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia: F20) ตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การประกอบกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายในรูปแบบใด ๆ ก็ตาม ซึ่งอาจรวมถึงการทำกิจกรรมอย่างมีแผนการรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Boonchuaykuakul, 2005)

การประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ หมายถึง การประกอบกิจกรรมทางกายระดับปานกลางสัปดาห์ละ 5 วันหรือมากกว่า โดยใช้เวลา 30 นาทีหรือมากกว่าในแต่ละวัน ซึ่งระยะเวลา 30 นาทีของการประกอบกิจกรรมในแต่ละวัน สามารถประกอบกิจกรรมในครั้งเดียวหรือสะสมเป็นช่วง ๆ ละไม่น้อยกว่า 10 นาทีก็ได้ (Boonchuaykuakul, 2005)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 37,090 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566)โดยที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 ตุลาคม ปีพุทธศักราช 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้เท่ากับ 319 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 20 เปอร์เซ็นต์เพื่อป้องกันกรณีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย เท่ากับ 380 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แล้วได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
3. มีความสามารถสื่อสาร พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แล้วได้คะแนนมากกว่า 36 คะแนน

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม (การให้ข้อมูล/ตอบแบบสอบถาม) ครบทุกขั้นตอน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการติดตามผลการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาประวัติเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ณ บริเวณจุดคัดกรองหน้าห้องตรวจโรคของโรงพยาบาล

2. ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) จะต้องมีคะแนน BPRS อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าทุกรายในแต่ละวัน จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (ต่ออายุการรับรองครั้งที่ 2 เลขที่ 255/2565 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (DMH.IRB No.026/ 2566) ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับ ความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากพบกลุ่มตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่ารู้สึกกังวลใจในการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการกำเริบทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการสัมภาษณ์ข้อมูล และให้ความช่วยเหลือตามมาตรฐานของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการร้องขอให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไป (Demographic data questionnaire) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ อายุที่เริ่มป่วย อายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ประวัติการบำบัดรักษา ผู้ดูแลหลัก และโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

2. แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Stages Algorithm: PA_SA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามมีจำนวน 1 ข้อ ตอบโดยให้เลือกข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองมากที่สุดเพียงข้อเดียว ตัวเลือกสำหรับการตอบสะท้อนถึงขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งมี 5 ขั้น คือ ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และยังไม่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า (1) ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า (2) ไม่ได้ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่เคยประกอบกิจกรรมดังกล่าวเป็นครั้งคราวและวางแผนไว้ว่าจะเริ่มทำเป็นประจำใน 1 เดือนข้างหน้า (3) ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายมาอย่างต่อเนื่อง แต่น้อยกว่า 6 เดือน (4) และ ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (5)

3. แบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PA_DBQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินดุลยภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านการเห็นข้อดี (pros) 5 ข้อ และด้านการเห็นข้อเสีย (cons) 5 ข้อ

4. แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PA_PCQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (cognitive/ experiential processes) 15 ข้อ และด้านกระบวนการทางพฤติกรรม (behavioral processes) 15 ข้อ

5. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Self-Efficacy Questionnaire: PA_SEQ) เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย โดย Boonchuaykuakul (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้านๆ ละ 3 ข้อ คือ ด้านผลกระทบเชิงลบ (negative affect) ด้านการสร้าง

เงื่อนไข (excuse making) ด้านการมีกิจกรรมทางกายคนเดียว (must exercise alone) ด้านความไม่สะดวกในการมีกิจกรรมทางกาย (inconvenient to exercise) ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ (resistance from others) และ ด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย (bad weather)

6. แบบวัดการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness Scale: mISMI) เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย ชูชาติ วงศ์อนุชิต (Wong-Anuchit et al., 2016) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (alienation) ด้านการเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ (stereotype endorsement) ด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination experience) ด้านการแยกตนเองออกจากสังคม (social withdrawal) และด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าถูกตีตรา (stigma resistance)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนาน 30 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับแบบวัดแบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบวัดแบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และแบบวัดการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต โดยสรุปผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *แสดงความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ (n=30)*

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	Cronbach's alpha coefficient
แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Stage Algorithm: PASA)	1.0*
แบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PADBQ)	.84
แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PAPCQ)	.97
แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Self Efficacy Questionnaire: PASEQ)	.96
แบบวัดการรับรู้ว่าถูกตีตราของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (ภาษาไทย: ฉบับปรับปรุง) (Internalized Stigma of Mental Illness Scale(Modified Thai Version: mISMI))	.91

หมายเหตุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) จากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ (ถ้ามี) ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย
3. ดำเนินการประเมินเพื่อคัดกรองอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน BPRS กำหนดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน เพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะดำเนินการแจ้งวัตถุประสงค์พร้อมชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยคำนึงถึงความยินยอมและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก
5. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภททราบถึงสิทธิในการที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยที่การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อบริการด้านสุขภาพต่างๆ ที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทุกเวลา
6. ผู้วิจัยแจ้งให้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น
7. โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบก่อนเริ่มให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 30 - 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติอ้างอิง (inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาได้ครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะต่างๆ ของตัวแปรที่ศึกษา และใช้

สถิติอ้างอิงเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ได้ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 380 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.70) มีอายุเฉลี่ย 40.63 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.91) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.40) ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส. (ร้อยละ 33.93) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 46.32) ส่วนใหญ่แล้วช่วงเวลาก่อนที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทจะประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.53) ในขณะที่หลังจากมีการป่วยจะประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 31.13) จำนวนครั้งของการบำบัดรักษาแบบผู้นอกโดยเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ 50 ครั้ง ในขณะที่ให้ประวัติการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการมีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 91.81) ในขณะที่กลุ่มซึ่งให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัว พบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็น ส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลหลัก พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว คือ บิดามารดา (ร้อยละ 56.62) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *แสดงค่าข้อมูลทั่วไป (n=380)*

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	242	63.70
หญิง	138	36.30
ศาสนา		
พุทธ	370	97.40
คริสต์	10	2.60
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.81
ประถมศึกษา	75	19.72
มัธยมศึกษาตอนต้น	116	30.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	129	33.93
ปวส. หรือ อนุปริญญา	27	7.11
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	30	7.92
สถานภาพสมรส		
โสด	239	62.91
คู่ (สมรส และ/หรือ อาศัยอยู่ด้วยกัน)	89	23.42
หม้าย / หย่าร้าง / แยกทาง	44	11.61

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
เช่าห้องพักหรืออาศัยอยู่ในบ้านของตนเองตามลำพัง	37	9.72
อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว	176	46.32
อาศัยอยู่ในบ้านเป็นแบบครอบครัวขยาย	167	43.91
อาชีพการทำงานก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ก่อนป่วย)		
รับจ้างทั่วไป	116	30.53
เกษตรกรรม	106	27.94
ว่างงาน	93	24.52
ค้าขาย	44	11.62
พนักงานบริษัท	9	2.44
นักเรียน / นักศึกษา	4	1.11
ผู้รักษาความปลอดภัย	3	0.83
เสมียน	2	0.52
นักบวช	2	0.52
อาชีพการทำงานหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (หลังป่วย)		
ว่างงาน	114	30.01
เกษตรกรรม	118	31.13
รับจ้างทั่วไป	73	19.23
ค้าขาย	56	14.72
พนักงานบริษัท	9	2.41
เสมียน	2	0.54
นักเรียน / นักศึกษา	2	0.54
นักบวช	2	0.54
ผู้รักษาความปลอดภัย	1	0.32
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อแม่	215	56.62
คู่สมรส	75	19.73
พี่น้อง	39	10.32
บุตร	23	6.11
ญาติ	28	7.42
โรคประจำตัว		
มี	31	8.23
ไม่มี	349	91.81
อายุ (ปี)		
M = 40.63 ปี; *SD* = 9.94; Min = 18; Max = 59		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (เดือน)		
M = 147.8 เดือน (12.52 ปี); *SD* = 108.51; Min = 3; Max = 480		
รายได้ (บาท)		
M = 323.41; SD = 6,304.48; Min = 0; Max = 40,000		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (ครั้ง)		
M = 34.55; SD = .30; Min = 0; Max = 50		
การบำบัดรักษาแบบผู้นอก (ครั้ง)		
M = 43.19; *SD* = 40.81; Min = 1; Max = 300		

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (*SD* = 1.34) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 28.13 ผู้ป่วยจิตเภทมีดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 30.09 (*SD* = 4.00) โดยพบว่ามีด้านการเห็นข้อดี (*M* = 22.01; *SD* = 3.54) มากกว่าด้านการเห็นข้อเสีย (*M* = 8.08; *SD* = 3.40) สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.50 (*SD* = 19.93) โดยมีคะแนนสำหรับด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (*M* = 51.81; *SD* = 10.64) มากกว่าด้านกระบวนการทางพฤติกรรม (*M* = 45.70; *SD* = 11.52) ในส่วนของความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกายนั้นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.39 (*SD* = 22.01) โดยมีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนด้านการมีกิจกรรมทางกายคนเดียวสูงที่สุด (*M* = 11.44; *SD* = 3.77) รองลงมา คือ ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ (*M* = 10.69; *SD* = 4.31) และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่ามีการรับรู้ว่าถูกตีตราอยู่ในระดับต่ำหรือน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้คะแนนด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าถูกตีตรา (ไม่ได้กลับคะแนน - ซึ่งการแปลผลจะสะท้อนถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) ในระดับสูงที่สุด (*M* = 3.00; *SD* = 2.84) **ดังรายละเอียดในตารางที่ 3**

ตารางที่ 3 *แสดงค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 380)*

ตัวแปรที่ศึกษา	*M*	*SD*
ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย	2.59	1.34
ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ และยังไม่คิดที่จะออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า	*n* = 88; percentage = 25.22	
ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า	*n* = 98; percentage = 28.13	
ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ แต่เคยทำบ้างเป็นครั้งคราว และตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายเป็นประจำภายใน 1 เดือนข้างหน้า	*n* = 70; percentage = 20.11	
ใช่ ฉันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง แต่น้อยกว่า 6 เดือน	*n* = 49; percentage = 14.03	

ตัวแปรที่ศึกษา	*M*	*SD*
ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย	30.09	4.00
ด้านการเห็นข้อดี	22.01	3.54
ด้านการเห็นข้อเสีย	8.08	3.40
กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย	97.50	19.93
ด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์	51.81	10.64
ด้านกระบวนการทางพฤติกรรม	45.70	11.52
ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย	60.39	22.01
ด้านผลกระทบเชิงลบ	9.95	4.77
ด้านการสร้างเงื่อนไข	9.30	4.54
ด้านการมีกิจกรรมทางกายคนเดียว	11.44	3.77
ด้านความไม่สะดวกในการมีกิจกรรมทางกาย	9.40	2.98
ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ	10.96	4.31
ด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย	9.34	4.50
การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต (29 ข้อ): ระดับต่ำ	1.69	.42
การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต (24 ข้อ): ระดับต่ำ	1.43	.49
ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	1.48	.58
ด้านการเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมือคติ	1.43	.47
ด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ	1.42	.53
ด้านการแยกตนเองออกจากสังคม	1.39	.54
ด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าถูกตีตรา (ไม่ได้กลับคะแนน)	2.03	.60

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา พบว่า ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยด้านดุลยภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดี (r = .13; p < .01) และกระบวนการเปลี่ยนแปลง (r = .20; p < .01) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (r = .30; p < .01) ส่วนปัจจัยด้านดุลยภาพในการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสีย (r = .05; p = .33) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (r = .06; p = .27) ความเชื่ออำนาจในตน (r = .08; p = .14) และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต (r = .08; p = .13) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *แสดงค่า Pearson's correlation coefficient และ p-value (n=380)*

ตัวแปรที่ศึกษา	*M* (*SD*)	Pearson's correlation coefficient: r (*p*-value)							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1. ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย: ด้านการเห็นข้อดี	4.40 (.70)	1							
2. ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย: ด้านการเห็นข้อเสีย	4.38 (.67)	.34** (<.01)	1						
3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย	3.25 (.66)	.44** (<.01)	.32** (<.01)	1					
4. กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย: ด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์	3.45 (.70)	.60** (<.01)	.52** (<.01)	.89** (<.01)	1				
5. กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย: ด้านกระบวนการทางพฤติกรรม	3.04 (.76)	.34** (<.01)	.28** (<.01)	.91** (<.01)	.62** (<.01)	1			
6. ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย	3.35 (1.22)	.59** (<.01)	.41** (<.01)	.35** (<.01)	.49** (<.01)	.16** (<.01)	1		
7. การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต	1.69 (.42)	-.30** (<.01)	-.36** (<.01)	-.19** (<.01)	-.30** (<.01)	-.05^{ns} (.38)	-.19** (<.01)	1	
8. ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย	2.59 (1.32)	.13** (.01)	.05^{ns} (.33)	.20** (<.01)	.06^{ns} (.27)	.30** (<.01)	.08^{ns} (.14)	.08^{ns} (.13)	1

หมายเหตุ *$p < .05$; ** $p <. 01$; ^{ns} $p > .05$

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพโสด ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) โดยมีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา มารดา อาชีพการทำงานก่อนป่วยทางจิต คือ รับจ้างทั่วไป อย่างไรก็ตาม หลังจากเริ่มมีอาการทางจิตแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเปลี่ยนมาทำ

อาชีพเกษตรกรรมในครอบครัวของตนเอง ในส่วนของภาวะโรคร่วมทางกายที่พบมากในผู้ป่วยจิตเภท คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อพิจารณาถึงผลการวิจัยที่ได้ พบว่า ข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาในประเทศไทย (Rojanaworarit et al, 2025; Teetharatkul et al, 2021) ที่ได้ศึกษาถึงภาวะการเจ็บป่วยทางกาย พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความรุนแรงของอาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงบริบทว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากซึ่งอาจส่งผลถึงความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และศักยภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อมีภาวะป่วยทางจิตแล้วผู้ป่วยมักจะไม่ได้แต่งงานหรือแยกครอบครัวออกไป แต่ยังคงอาศัยอยู่กับผู้ปกครองคือบิดามารดาที่ต้องรับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องรับภาระหนักอันเป็นผลมาจากทั้งการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ข้อค้นพบเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Bhatarasakoon, 2025) รวมไปถึงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้วย ภายใต้สถานการณ์ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้ บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะทีมสุขภาพจิตจึงควรที่จะตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นรูปธรรมและสม่ำเสมอ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีการประกอบกิจกรรมทางกายก็นับว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการส่งเสริมและฟื้นฟูภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคลได้

ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะป่วยทางจิตมักจะประกอบกิจกรรมทางกายน้อยกว่าประชากรทั่วไป (Kandola & Osborn, 2022) ประกอบกับการที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่มีผลข้างเคียงทำให้มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ metabolic syndrome (Rojanaworarit et al., 2025) อันส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 2 ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (WHO, 2022) ในประเด็นเกี่ยวกับผลการวิจัยนี้ถ้าหากว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายในรูปแบบต่างๆ ให้มากขึ้น ก็จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นได้ ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สุขภาพแข็งแรง มีความทนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่าง ๆ เช่น Endorphins Serotonin และ Dopamine ออกมาในระดับที่พอเหมาะและมีความสมดุล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตื่นตัวและพัฒนาระบบกล้ามเนื้อในร่างกายอีกด้วย (Kandola and Osborn, 2022) ดังนั้น พยาบาลในฐานะสมาชิกทีมสุขภาพจิต จึงควรกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้ motivational interviewing techniques รวมไปถึงกลยุทธ์อื่นๆ เพื่อส่งเสริมระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้สูงขึ้น

ดุลยภาพการตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเภทจากผลของการวิจัยครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทพิจารณาให้ความสำคัญกับการเห็นข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายมากกว่าการมองที่ข้อเสียนั้นสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยซึ่งนับว่าเป็นผลดีสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริมการประกอบกิจกรรมทางกายหรือแม้แต่การออกกำลังกายด้วยโปรแกรมต่างๆ ซึ่ง การเสริมสร้างศักยภาพด้านพุทธิปัญญาจึงถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ควรส่งเสริมให้ดีขึ้น จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถส่งเสริมศักยภาพด้านพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (ธิติมา ฉรงค์ศักดิ์ และคณะ, 2565; Kandola & Osborn, 2022) โดยอาจกล่าวได้ว่า พุทธิปัญญามีความเชื่อมโยงกับดุลยภาพการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กันแบบกลับไปกลับมา (reciprocal) กับการประกอบกิจกรรมทางกาย แม้ว่าการเป็นโรคจิตเภทจะมีลักษณะการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังอันก่อให้เกิดภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากพุทธิปัญญาบกพร่อง (Moges et al., 2021) แต่การส่งเสริมให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอด้วยกลวิธีและภาษาที่เข้าใจง่าย (แทนการมุ่งจุดสนใจไปที่ข้อเสียของการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย) ก็สามารถชะลอและบรรเทาความเสื่อมเหล่านั้นได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้สูงขึ้น

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการประกอบกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์มากกว่ากระบวนการทางพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถยืนยันได้จากการที่ผู้ป่วยระบุว่าตนเองมีระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องและเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM (Khalan et al., 2025) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะพัฒนาระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระดับขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งที่สูงขึ้นโดยผ่านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพิจารณาตัดสินใจและเห็นถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายแล้ว ผู้ป่วยก็จะเริ่มปรับเปลี่ยนตนเองผ่านทางกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจส่งผลถึงการพัฒนาระดับขั้นของการการประกอบกิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสามารถยืนยันจากการมีความสัมพันธ์ในทางบวก

ความเชื่ออำนาจในตน ผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมั่นมากที่สุดว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้คนเดียวและในลำดับรองลงมาคือไม่ว่าจะมีการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ ก็ตาม ในประเด็นนี้สะท้อนถึงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มักจะมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคมและมีข้อจำกัดด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Zeng et al., 2025) ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีระยะเวลาการป่วยค่อนข้างนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 12.52 ปี (147.81 เดือน) ซึ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยทั้งในด้านของการรู้คิด บุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Crespo-Facorro et al., 2021; McCutcheon et al., 2023) ประกอบกับอาการของตัวโรคเองที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการพูดน้อย แยกตัวไม่สนใจอยากทำอะไร ไม่ยินดียินร้ายต่อเรื่องต่างๆ (Teetharatkul et al, 2021) ซึ่งความเสื่อมถอย

ดังกล่าวอาจจะสะท้อนออกมาในลักษณะของความเชื่ออำนาจในตนได้ด้วย ในประเด็นนี้ พยาบาลในฐานะหนึ่งในสมาชิกทีมจิตเวชและสุขภาพจิต จึงควรที่จะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสังคมรอบข้างให้มากขึ้น โดยส่งเสริมการประกอบกิจกรรมทางกายต่างๆ ในประเภทและลักษณะกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันเป็นกลุ่ม

เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิตที่ได้จากผลการวิจัยนี้ ซึ่งพบว่ามีคะแนนการรับรู้ว่าถูกตีตราอยู่ในระดับต่ำหรือน้อยที่สุด ในทางตรงกันข้ามโดยเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยจิตเภทให้คะแนนสูงในด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าถูกตีตรา (สะท้อนถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) อาจอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะการแยกตัวจากสังคม (Zeng et al., 2025) โดยมุ่งเน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ที่เชื่ออำนาจในตนเองว่าสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้คนเดียวแม้ว่าจะมีการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจจะมีส่วนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นน้อยลง ทำให้มีโอกาสการรับรู้ปฏิกิริยาแบบมีอคติจากที่สังคม (public stigma) ได้น้อยลงเช่นเดียวกัน สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลถึงคะแนนการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราอยู่ในระดับต่ำได้

ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย

ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า ผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้มีการระบุดุลยภาพการตัดสินใจของตนเองโดยการพิจารณาให้ความสำคัญกับการเห็นข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายมากกว่าข้อเสีย ในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการประกอบกิจกรรมทางกาย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์มากกว่ากระบวนการทางพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิตที่ได้จากผลการวิจัยนี้ ซึ่งพบว่ามีคะแนนการรับรู้ว่าถูกตีตราอยู่ในระดับต่ำหรือน้อยที่สุด ในทางตรงกันข้ามโดยเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยจิตเภทให้คะแนนสูงในด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าถูกตีตรา (สะท้อนถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)

ผลการวิจัยที่พบว่าดุลยภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดีและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะด้านกระบวนการทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM (Khalan et al, 2025) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะพัฒนาระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระดับขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งที่สูงขึ้นโดยผ่านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพิจารณาตัดสินใจและเห็นถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายแล้ว ผู้ป่วยก็จะเริ่มปรับเปลี่ยนตนเองผ่านทาง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจส่งผลถึงการพัฒนาระดับขั้นของการการประกอบกิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสามารถยืนยันจากการมีความสัมพันธ์ในทางบวก

อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบางตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM (Khalan et al., 2025) คือ ดุลยภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสีย กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ ความเชื่ออำนาจในตน และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต โดยพบว่าตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ในประเด็นนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Crespo-Facorro et al., 2021; McCutcheon et al , 2023) ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นไปในตามสมมุติฐานที่คาดไว้ กล่าวคือ มีความสันพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภทค่อนข้างนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 12.52 ปี (147.81 เดือน) ซึ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยทั้งในด้านของการรู้คิด บุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Crespo-Facorro et al., 2021; McCutcheon et al. , 2023) ซึ่งความเสื่อมถอยดังกล่าวอาจจะส่งผลถึงความเชื่ออำนาจในตนและการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต ประเด็นการค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นอาจจำเป็นต้องมีการทำวิจัยซ้ำอีกครั้งเพื่อเป็นการยืนยันข้อค้นพบนี้สำหรับนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อยอดและส่งเสริมการประกอบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านด้านดุลยภาพการตัดสินใจในด้านการเห็นข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังนั้นในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายโดยเน้นย้ำถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจเป็นประโยชน์มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่การมองข้อเสียของการออกกำลังกายหรือการโน้มน้าวใจด้วยกระบวนการคิดที่ซับซ้อน ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ใช้ผลการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการตระหนักถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกาย

ข้อเสนอแนะด้านวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาวิจัยในอนาคตควรพิจารณาทำวิจัยโดยการติดตามในระยะยาวและการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติขั้นสูง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในด้านปริมาณและระดับของการประกอบกิจกรรมทางกาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเภทและผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช รวมถึงน้ำหนักส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาพยาบาลและการกำหนดแผนนโยบาย

ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการสอนในรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อให้นิสิต/นักศึกษาพยาบาลได้ทราบและมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท รวมไปถึงใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อกำหนดแผนนโยบายในการส่งเสริมการประกอบกิจกรรมทางทางกายของผู้ป่วยจิตเภททั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565.* บริษัท ละม่อม จำกัด.

ธิติมา ฉรงค์ศักดิ์, พิชญา ชาญนคร, และ อรภรณ์ สวนชัง. (2565). ประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 16*(2), 59-77.

Bhatarasakoon, P. (2025). Quality of life of people with schizophrenia: A discussion paper. *Pacific rim international journal of nursing research*, *29*(2), 219-230.

Boonchuaykuakul J. (2005). *Effectiveness of Applying the Transtheoretical Model to Improve Physical Activity Behavior of University Students*. [Doctor of Philosophy]. Oregon State University.

Brasso, C., Bellino, S., Bozzatello, P., Montemagni, C., & Rocca, P. (2025). Real-life functioning and duration of illness in schizophrenia: A mediation analysis. *Heliyon, 11*(1), e41332. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41332

Crespo-Facorro, B., Such, P., Nylander, A. G., Madera, J., Resemann, H. K., Worthington, E., O'Connor, M., Drane, E., Steeves, S., & Newton, R. (2021). The burden of disease in early schizophrenia - a systematic literature review. *Current medical research and opinion, 37*(1), 109–121. https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1841618

Kandola, A. A., & Osborn, D. P. (2022). Physical activity as an intervention in severe mental illness. *B J Psych Advances, 28*(2), 112-121.

Khalan, Y. A., Kaveh, M. H., Karimi, M., Zare, E., & Asadollahi, A. (2025). The effectiveness of a transtheoretical model based on health education intervention on adherence to methadone maintenance treatment: A quasi-experimental study. *BMC Public Health, 25(*1), 856.

Lin, D., Joshi, K., Keenan, A., Shepherd, J., Bailey, H., Berry, M., Wright, J., Meakin, S., Benson, C., & Kim, E. (2021). Associations between relapses and psychosocial outcomes in patients with schizophrenia in real-world settings in the United States. *Frontiers in psychiatry, 12*, 695672. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.695672

McCutcheon, R. A., Keefe, R. S., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry, 28*(5), 1902-1918.

Moges, S., Belete, T., Mekonen, T., & Menberu, M. (2021). Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow-up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems, 15*(1), 42. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00464-0

Pothimas, N., Tungpunkom, P., Chanprasit, C., & Kitsumban, V. (2020). A cross-sectional study of factors predicting relapse in people with schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(4), 448-459.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 51*, 390-395.

Rojanaworarit, C., Songsiripradubboon, S., Worahan, V., Kerdpon, P., & Photisan, N. (2025). Complex medical conditions and health risk behaviors among homeless males with schizophrenia. *Narra J, 5*(1*),* e1194-e1194. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12059962/

Teetharatkul, T., Vitayanont, A., Liabsuetrakul, T., & Aunjitsakul, W. (2021). Associations between symptom severity and well-being among Thai patients with schizophrenia: a cross-sectional analytical study. *BMC Psychiatry, 21*, 1-9.

Tew, G. A., Bailey, L., Beeken, R. J., Cooper, C., Copeland, R., Brady, S., Heron, P., Hill, A., Lee, E., Spanakis, P., Stubbs, B., Traviss-Turner, G., Walker, L., Walters, S., Gilbody, S., & Peckham, E. (2023). Physical Activity in adults with schizophrenia and bipolar disorder: A large cross-sectional survey exploring patterns, preferences, barriers, and motivating factors. *International journal of environmental research and public health, 20*(3), 2548. https://doi.org/10.3390/ijerph20032548

Viljoen, M., & Roos, J. L. (2020). Physical exercise and the patient with schizophrenia. *Australian Journal for General Practitioners, 49*(12), 803-808. Doi: 10.31128/AJGP-04-20-5384

Widoretno, A. W. & Sulistyowati, M. (2025). Effects of psychosocial rehabilitation interventions for schizophrenia patients in hospitals: Literature review. *Journal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education, 13*(SI1). Doi: https://doi.org/10.20473/jpk.V13.ISI1.2025.261-267

Wong-Anuchit, C., Mills, A. C., Schneider, J. K., Rujkorakarn, D., Kerdpongbunchote, C., & Panyayong, B. (2016). Internalized stigma of mental illness scale-Thai version: translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(4), 450-456. http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.012

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Zeng, G., Liang, R., Xiao, L., Cao, W., Zhou, W., Wang, W., Liu, C., Zhou, H., Shi, X., Chen, B., & Chen, W. (2025). Factors affecting negative symptoms in schizophrenia and their relationship with anxiety and depression. *Neuropsychiatric disease and treatment, 21*, 229–240. https://doi.org/10.2147/NDT.S492849