

<https://wjst.wu.ac.th/index.php/stssp>

การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ตต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท[†]

A Pilot Study of the Effect of Mutual Goal-Setting Oriented for Recovery Program of Internet Based Intervention on Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients

กฤษสิริ คงสบาย^{1*}, วิณา คันฉ่อง² และ อรวรรณ หนูแก้ว²

Kritsiri Kongsabay^{1*}, Weena Chanchong² and Orawan Nukaew²

¹สาขาวิชาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา 90110

²สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา 90110

¹Master of Nursing Science, Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla 90110, Thailand

²Psychiatry and Mental Health Program, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla 90110, Thailand

*อีเมล: kritsiri61@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ตต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 คน มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 40 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีการเลือกเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบวัดสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สำหรับแบบวัดสุขภาวะทางจิต ได้ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองเท่ากับ 189.1 (SD = 13.53) และหลังการทดลองเท่ากับ 252.3 (SD = 13.95) ซึ่งคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.80, p = 0.005$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต สามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้จริง ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการติดตามผลต่อเนื่องทางออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความกระตือรือร้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีต่อ รวมถึงการนำศึกษาต่อ เป็นโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างควบคุมหรือเปรียบเทียบกับการทำงานแบบเผชิญหน้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ, สุขภาวะทางจิต, ผู้ป่วยจิตเภท, การช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต

[†]The 3rd National Conference Clinical Reasoning, Nursing Research and Nursing Innovation Development 2024 (March 22 - 23, 2024 at Walailak University, Thailand)

Abstract

The purpose of the research was to investigate the effect of mutual goal-setting oriented for recovery program of internet-based intervention on psychological well-being in schizophrenia patients. This study is quasi-experimental research (pretest-posttest design) The sample group were in patient schizophrenic 10 people. The research instruments consisted; 1) The Effect of Mutual Goal-Setting Oriented for Recovery Program 2) General information questionnaire. 3) The Psychological wellbeing questionnaire patients with schizophrenia Tools 1 and 2 were checked for content validity by 3 experts for the mental health measure. The reliability of the Cronbach's alpha coefficient was checked to be 0.86. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation and Wilcoxon Signed Rank Test statistics.

The results of the study found that the mean mental health scores of the sample group before. The experiment was 189.1 (SD = 13.53) and after the experiment it was 252.3 (SD = 13.95). The Psychological wellbeing scores of schizophrenia patients after the experiment were significantly higher than before the experiment ($Z = -2.80, p = 0.005$). It is concluded the program sets common goals for restoring health through internet assistance. It can actually improve psychological well-being in patients with schizophrenia. There is a suggestion that Follow-up should be continued online. To encourage schizophrenia patients Become enthusiastic about changing behavior that is good for Including continuing education It is a program in which samples are monitored or compared to face-to-face group sessions.

Keyword: Recovery program, Psychological wellbeing, Schizophrenia patients, Internet Based Intervention

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีความเรื้อรัง พบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด อัตราการเกิดโรค ร้อยละ 1 ของประชากรโลก ความรุนแรงของโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชากรกว่า 24 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ติด 20 อันดับแรกของโรคทั้งหมด (Office of International Policy, 2017) ในประเทศไทย จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งสิ้น 299,771 คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,351,964 คน คิดเป็นร้อยละ 22.17 (Department of Mental Health, 2023) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรักษามากที่สุด สอดคล้องกับสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์แบบผู้ป่วยนอก ประจำปี 2564 - 2566 พบ 18,961, 20,075, 19,492 คน จากผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 27.76, 25.23 , 25.81 (Suan Saranrom Hospital, 2023) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีสถิติค่อนข้างสูง

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้มีคามผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (Lortrakul, 2015) จะมีการดำเนินโรคเรื้อรังเป็นๆหายๆ (Limsricharoen & Sittirak, 2016) ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการทำงานบกพร่อง (Boonsin & Ubonyam, 2023) รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ลดคุณค่าของตนเอง ถอยหนีจากปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Phumputt & Phuriwittayatheera, 2021) สังคมมองผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลน่ากลัว ถูกกีดกันทางสังคม และเข้าถึงการช่วยเหลือต่างๆ ได้น้อย ส่งผลด้านจิตใจผู้ป่วยจิตเภทต่อตนเอง รู้สึกด้อยค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ และลดทอนเป้าหมายในชีวิต (Alan & Bellack, 2006; Rusch & Thornicroft, 2014) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีผลต่อสุขภาพทางจิตเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันมีการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการรักษาหลากหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาในกลุ่มยาทางจิต การรักษาไฟฟ้า เพื่อควบคุมให้อาการสงบ หลังจากอาการสงบ มีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด การให้สุศึกษา การทำครอบครัวบำบัด และการจัดการสิ่งแวดล้อม (Lortrakul, 2015; Ekwarangkun, 2016) แนวทางการรักษาในปัจจุบัน มุ่งเน้นการดูแลอาการทางจิตให้สงบ (Wutthiluck et al., 2020) การฟื้นฟูควรเน้นการดูแลไปยังตัวบุคคล ไม่ใช่ที่อาการของการเจ็บป่วย โดยทำความเข้าใจในตัวบุคคลมีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองได้ (Morales & Moreno, 2020) สู่การมีสุขภาพทางจิตที่ดี

สุขภาพทางจิต (Psychological well-being) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล สุขภาพทางจิตของริฟฟ์และเคเยส (1997) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) การมีความองงามในตน 4) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และ 6) การมีเป้าหมายในชีวิต สุขภาพทางจิตเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำให้อายุยืนยาวและมีแรงบันดาลใจการทำงาน หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Guo et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาผลของอาการทางจิตและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Fervaha et al., 2015) ถือว่าสุขภาพทางจิตเป็นหนึ่งตัวสะท้อนถึงการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพของบุคคล (Diener & Suh, 1997) การรับรู้ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และความสามารถส่วนบุคคลสัมพันธ์กับระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ (Palmer et al., 2014) ความเข้มแข็งทางใจ ความเข้มแข็งในการมองโลก การปรับตัวต่อความเครียดเป็นตัวทำนายสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lzydorczyk et al., 2019)

การเสริมสร้างสุขภาพทางจิตโดยการแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery model) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ การเจ็บป่วย และการจัดการตนเอง ช่วยให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองมีอาชีพ และอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคมอย่างมีคุณค่า (Srithanya Hospital, 2016) การฟื้นคืนสู่สุขภาพทำให้สามารถวางแผน ขับเคลื่อนการดูแลตนเองด้วยตัวผู้ป่วยเอง ตามความสามารถและเข้ากับบริบทของตนเอง มีความเฉพาะบุคคล เป็นวิถีการดำรงชีวิตที่มีความพึงพอใจ เต็มไปด้วยความหวังและการแบ่งปันผู้อื่น แม้จะยังมีความเจ็บป่วย (Anthony, 1993) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของบุคคล ประกอบด้วย ความหวัง (Hope) เอกลักษณ์ (Identity) การให้ความหมายของชีวิต (Meaning and purpose) การรับผิดชอบ (Responsibility) ของแอนเดรียสันและคณะ (Andresen et al., 2003) การมีความหวัง ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีกำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ (Panarin, 2018) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการมีสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น จะนำไปสู่ การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้น (Upasaen & Saengpanya, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำเอาแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพมาใช้ พบว่าหนึ่งในเจ็ดของผู้ป่วยจิตเภทมีเกณฑ์ในการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี (Jaaskelainen et al., 2013) มีการกำหนดและแนวทางมากขึ้น ทำให้ชีวิตมีความหมายและเพิ่มความรู้สึกดีต่อตัวเอง (Clarke et al., 2012) การพัฒนาชีวิตให้มีเป้าหมาย มีความหมาย ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ (Slade et al., 2016) ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเวช (Panupisut et al., 2017) สามารถส่งเสริมความสามารถ เน้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยทีมผู้บำบัด (Yimfueng & Butsuwan, 2015) เกิดความหวังต่อการคืนสู่สุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อตนเอง วางแผนพัฒนาตนเองและนำความสามารถที่มีอยู่มาใช้ในการเดินทางสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Ritruethai et al., 2019) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Phongsathomsakul & Daengdomyut, 2020) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการคืนสู่สุขภาพ ช่วยในเรื่องของความหวัง เป้าหมายในชีวิตและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้บุคคลที่อยู่กับโรคจิตมีความหวัง, มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อให้บุคคลนั้นได้พบกับความสำเร็จในการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่แท้จริง (Injui et al., 2019)

บทบาทของพยาบาลในฟื้นผู้ป่วย ให้พึ่งพาตัวเองได้ ยอมรับความจริง ควบคุมอารมณ์และอยู่ร่วมกับคนอื่นได้การจัดการสิ่งแวดล้อม (Imkham, 2020) สร้างสัมพันธ์ทางวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทางบวก (Sattayatham et al., 2013) ซึ่งแนวคิดการบรรลุเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981) เป็นวิธีการที่จะช่วยขับเคลื่อนให้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยการใช้องค์สัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ส่งผลให้ เกิดความสำเร็จร่วมกัน จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ช่วยทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการสื่อสารและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น (Prachumsri & Anusanti, 2017) การศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพและแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (goal setting) พบว่าการเห็นความสำเร็จและเป้าหมายที่วางไว้ ช่วยเพิ่มการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วย (Rose & Smith, 2018)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 [COVID-19]) (WHO, 2019) ประเทศไทย ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย (Department of Disease Control, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนการ

ให้บริการ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันต่างๆ การรับยาใกล้บ้าน การจองคิวออนไลน์ การช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต (Internet based intervention) มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เช่น Telehealth หรือบริการสุขภาพทางไกลโดยเฉพาะ ผ่านการประชุมทางวิดีโอ อีเมล โทรศัพท์ หรือสมาร์ทโฟน ในการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ช่วยในการรับมือกับความต้องการด้านสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้ดี (Zhou et al., 2020) การนำเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือมาใช้กับกลุ่มผิดปกติทางจิตในการดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นอีกหนึ่งทางเลือก ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น มีความเป็นไปได้อันเป็นที่ยอมรับ (Ben-Zeev et al., 2014; Menon et al., 2017)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมนี้ จากแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981) และร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของแอนเดรียสันและคณะ (Andresen et al., 2003) และการนำเอาการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต เข้ามาช่วยในการทำกิจกรรม เป็นกิจกรรมออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงการทำกิจกรรม ลดภาระค่าใช้จ่าย เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กัน พัฒนาศักยภาพความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดความหวัง พอใจในตนเอง รู้จักการวางแผนชีวิต ร่วมมือในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีด้วย และเกิดเป็นแนวทางในดูแลผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้อันเป็นที่ยอมรับของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต
- 2) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต ต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลการบรรลุเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของแอนเดรียสันและคณะ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าโปรแกรมนี้ครบตามกระบวนการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกัน ความคิดคล้ายตามกัน มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มีทัศนคติเชิงบวก ใช้ชีวิตอย่าง ความหมาย สิ่งเหล่านี้ เป็นผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย กรอบแนวคิดการวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงดังภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest -posttest design) เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2567



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F20.xx ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ช่วงเวลาที่ศึกษาเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F20.xx โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpose sampling) จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติ (1) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย (2) ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน (อาการทางจิตสงบ) (3) ประเมิน Global Assessment of Functioning Scale: GAF คะแนน 81 - 90 ขึ้นไป (มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย ทำสิ่งต่างๆได้ดีในทุกๆด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย (4) มีความสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ (5) ยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และ (6) ผู้ป่วยหรือญาติมีอุปกรณ์และมีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ประจำคลินิกเฉพาะทางจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในแต่ละวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดของคลินิก เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งหลังจากที่ผู้ป่วยมีการชั่งประวัติ ผู้วิจัยจะประชาสัมพันธ์งานวิจัยประกาศเชิญชวนเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยโรคจิตเภทสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยติดต่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประกอบการตัดสินใจ นำมาพบกับผู้วิจัย และขอความยินยอมต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำความเข้าใจอีกครั้ง บริเวณคลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง สถานที่ที่ใช้ชี้แจงเป็นห้องที่ไม่พลุกพล่าน มีระยะห่างกับผู้ป่วยที่เหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดความ

คับข้องใจ/ไม่สบายใจ รวมทั้งมีระยะเวลาในการพิจารณาตัดสินใจอย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยจะเพิ่มผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยเข้าใน Application Line ที่ได้สร้างกลุ่มเตรียมไว้

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท คือ เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Opaswattana, 2020)

1.2) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) (Opaswattana, 2020)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 8 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาล มีรูปแบบของข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ

2.2) แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดของ (Preawnim et al., 2020) ที่แปลมาจากแนวคิดของ ริฟฟ์และเคเยส (Ryff & Keyes, 1995) ตามรูปแบบการแปลแบบย้อนกลับของ (Sawatdipanich & Thiansawat, 2012) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 54 ข้อ เป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 6 ระดับ ประกอบด้วยข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ถ้าเป็น ข้อความทางบวก 1 หมายถึง มีความคิดไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง มีความคิดไม่เห็นด้วยปานกลาง 3 หมายถึง มีความคิดไม่เห็นด้วยเล็กน้อย 4 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยเล็กน้อย 5 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยปานกลาง 6 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความทางลบ การแปลความหมายจะตรงกันข้าม การแปลความหมายของค่าคะแนนรวมของสุขภาวะทางจิตแต่ละด้าน คือ คะแนน 9 - 24 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 25 - 39 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 40 - 54 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมของสุขภาวะทางจิตในภาพรวม คือ คะแนน 54 - 144 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 145 - 234 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 235 - 324 หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับสูง

3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1) โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาล การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นคืนสุขภาวะของแอนเดรียสันและคณะ (Andresen et al., 2003) และการทบทวนวรรณกรรมโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต โดยมีกิจกรรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ทำวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 - 3 ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมผ่านอินเทอร์เน็ต แบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 คน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เริ่มต้นเดินทางสู่สุขภาวะ” เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพจากแนวคิดของคิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เริ่มต้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแจ้งรายละเอียดของโปรแกรม วัตถุประสงค์ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโปรแกรม ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกต่อตนเอง จากนั้นให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคืนสู่สุขภาวะ เช่น การคืนสู่สุขภาวะ คืออะไร การคืนสู่สุขภาวะทำอย่างไร องค์ประกอบของการคืนสู่สุขภาวะ จากนั้นชม วิดีทัศน์ประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวช แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเห็นความสำคัญ และเห็นความเป็นไปได้ ของการคืนสู่สุขภาวะ เกิดความหวังเกี่ยวกับอนาคตตนเองในทางที่ดี เกิดการตั้งเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกัน มีหนทางเพื่อการคืนสู่สุขภาวะ

กิจกรรมที่ 2 “คุณค่าของฉัน” เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จากแนวคิดของคิง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้สำรวจตนเองถึงจุดแข็งของตนเอง เห็นทรัพยากรที่มีในตัวเองชัดเจนขึ้น แลกเปลี่ยนร่วมกันชี้ให้เห็นเอกลักษณ์ภายในตนเอง และพัฒนาตนเอง โดยนำประสบการณ์เกี่ยวกับด้านบวกของตนเอง เช่น สิ่งทีภาคภูมิใจ ความสุขในชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นจุดแข็งของตนเอง

ส่งเสริมการกระทำนั้นๆ ขึ้นชม ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้การคิดเชิงบวก เพื่อให้มุมมองการมองตนเองหรืออุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตเปลี่ยนไปเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อคืนสู่สุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 “เส้นทางสู่สุขภาพ” เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จากแนวคิดของคิง เป็นการนำผู้ป่วยโรคจิตเภทให้รับรู้ถึงความหมายในชีวิตและวิธีการตั้งเป้าหมายในชีวิต จากนั้น ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทบอกความต้องการของตนเองเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต จะทำให้บุคคลรับรู้การมีชีวิตอยู่ต่อ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันและหาแนวทางการดูแลตนเองเพื่อฟื้นคืนสู่สุขภาพในการอยู่กับโรคจิตเภท ให้มีกำลังใจในการใช้ชีวิตในปัจจุบัน และร่วมกันแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างอิสระ

กิจกรรมที่ 4 “ฉันทำได้” เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีเป้าหมาย จากแนวคิดของคิง กิจกรรมฉันทำได้ เป็นการทบทวนแนวทางการปฏิบัติตัวในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเลือกและตัดสินใจร่วมกันในการตั้งเป้าหมายเพื่อฟื้นคืนสู่สุขภาพ ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้แรงบันดาลใจของตนเอง นอกจากนี้มีการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาผ่านเหตุการณ์ที่อาจพบเจอได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ระหว่างการปฏิบัติตัวและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง สูการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้

กิจกรรมที่ 5 “สุขภาพของฉัน” เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน จากแนวคิดของคิง เป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรม เป็นการรับฟังอุปสรรคหรือปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ปฏิบัติด้วยตนเองมาแล้ว 1 สัปดาห์ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับ ร่วมกันแก้ไขปัญหาด้วยกัน สะท้อนมุมมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และยุติโปรแกรม ประเมินผลสุขภาพทางจิตที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) และความเป็นไปได้ของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.8

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในโปรแกรมฯ แบบวัดสุขภาพทางจิต เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86

3) ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Feasibility)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ นี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม ระยะเวลา ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผน ในการแก้ไข ปัญหา เมื่อทดลองจริง พบว่า สัญญาณอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร บางครั้งหลุดหรือช้าขณะทำกลุ่ม ผู้วิจัยแก้ไขโดยการให้กลุ่มตัวอย่างหาสถานที่ที่มีสัญญาณดี ไม่เสียงดังรบกวน ปรับเปลี่ยนกิจกรรม เช่น การเปิดวิดีโอที่คนให้ชม ปรับเป็นภาพนิ่งบรรยายแทน กรณีสายหลุด มีการติดต่อโทรพูดคุยเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ทำให้เข้าใจตรงกันกับทางกลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองตามขั้นตอน ตั้งแต่ มกราคม ถึง มีนาคม 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่

กำหนด นำมาพบผู้วิจัย 3) ผู้วิจัยทำการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดสุขภาพทางจิต แบบต่อหน้า 4) ผู้วิจัยขอช่องทางติดต่อทาง Application Line เพิ่มผู้วิจัยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มที่สร้างไว้แล้ว 5) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยการใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมาย ร่วมกันในการฟื้นคืนสุขภาพฯ ผ่านทางอินเทอร์เน็ต Line video call โดยมีการนัดหมายล่วงหน้า วัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างผ่านทาง Line group และมีการแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนวันนัดจริง 1 วัน โดยมีกิจกรรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ทำวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 - 3 ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมผ่านอินเทอร์เน็ต แบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 คน สิ้นสุดกิจกรรม 6) หลังสิ้นสุดโปรแกรม ประเมินแบบวัดสุขภาพทางจิต ทางออนไลน์ โดยใช้ Google form

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2023-St-Nur-012 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ SSR.IRB 013/2566 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2566 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกคับข้องใจหรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยยินดีให้ท่านสามารถหยุดการทำกิจกรรม ยินดีจะรับฟังท่าน โดยให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะดีขึ้น ในการตอบแบบสอบถามอาจล้าทางสายตาได้ ผู้วิจัยสามารถอ่านให้ฟังได้ และกิจกรรมวิจัยใช้ระยะเวลา 60 - 90 นาที อาจทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรม ผู้วิจัยมีการหยุดพักสายตา ผ่อนคลายอริยาบท เป็นระยะๆในช่วงการทำกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

ผลการวิจัย

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40 เป็นเพศชาย มีอายุในช่วง 20 - 40 ปี (อายุเฉลี่ย 33 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 90 สมรส ร้อยละ 10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30 ว่างาน ร้อยละ 50 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 6 - 10 ปี ร้อยละ 40 จำนวนครั้งของการเข้าบำบัดรักษาในรพ. จำนวน 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 80
- 2) คะแนนสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกรายด้าน และโดยรวม (N = 10)

สุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	Mean	SD	Mean	SD
ด้านอิสระแห่งตน	26.40	4.45	36.50	2.46
ด้านความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม	33.40	3.74	43.90	4.53
ด้านความงอกงามของบุคคล	32.40	5.94	45	2.94
ด้านสัมพันธภาพที่ดี	32.60	3.40	38.80	3.67
ด้านการมีจุดมุ่งหมาย	31.30	4.44	45.90	4.04
ด้านการยอมรับตนเอง	29.40	2.59	42.20	2.25
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	189.1	13.53	252.3	13.95

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมรายด้าน พบว่า สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน และเมื่อพิจารณาคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3) คะแนนสุขภาวะทางจิต

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N = 10)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	Median	IQR	Mean rank	Z	P
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	190.5	12	0.00	-2.805	0.005
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	250.5	18.5	5.50		

ผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐาน สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 10 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 190.5 (IQR = 12) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่ามัธยฐานสุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 250.5 (IQR = 18.5) แสดงว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนสุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Z = -2.80, p = 0.005)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะฯ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันสู่การฟื้นคืนสุขภาวะโดยการช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต มีส่วนช่วยในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัย พัฒนาโปรแกรมนี้ มาจากแนวคิดการบรรลุเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สร้างสัมพันธภาพ (2) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน (3) พยายามและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (4) ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกับแนวคิดการฟื้นคืนสุขภาวะของแอนเดรียสันและคณะ (Andresen et al., 2003) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ค้นหาความหวัง (finding hope) (2) การสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล (Re-establishment of identity) (3) ค้นหาความหมายของชีวิตและเป้าหมาย (Finding meaning in life) (4) ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Taking responsibility) ออกแบบเป็นกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเอง เป็นการติดต่อสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพผ่านกระบวนการกลุ่ม เกิดการรับรู้ตรงกันในการฟื้นคืนสุขภาวะ ทำให้เกิดการมองเป้าหมายเดียวกัน คล้อยตามกัน ต้องการ

พัฒนาตนเอง ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือ ในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ลงมือปฏิบัติ ด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนอุปสรรคที่เกิดขึ้นและประเมินผลการปฏิบัติ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการประเมินตนเองหลังเข้าร่วม โปรแกรม เช่น “ปกติอยู่บ้านคนเดียว ไม่ค่อยได้พูดกับใคร พอได้เข้ากลุ่มได้พูดกับคนที่เหมือนๆเรา ทำให้มีกำลังใจขึ้น” “อย่างน้อยมีเพื่อน ช่วยคิดก็ดีกว่าคิดอยู่คนเดียว” “ตอนแรกก็ไม่ค่อยพูดกับเพื่อนแต่พอได้พูดคุยเรื่อย ๆ ก็สนุกดี ช่วยกันคิด” และในการทำรูปแบบออนไลน์ ผ่าน โปรแกรม Line Video Call สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงได้ง่าย ลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ อยู่ ห่างไกลกันก็สามารถเข้ากลุ่มได้ จากการศึกษาพบ การบำบัดทางจิตสังคมโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐานในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิต เภท สามารถนำไปใช้ในการลดความทุกข์ทางใจ ลดภาระการดูแล ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ตลอดจนเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ในผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และลดการนอนโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ในเบื้องต้น (Kaewanna, 2023) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการ เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองกับผู้อื่น การเรียนรู้จุดแข็งของตนเองเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มุมมองการรักษาในเชิง บวก เกิดการเติบโตจากภายใน มีความหวังในการดูแลตนเอง ใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เรียนรู้การเผชิญปัญหา เชื่อมมั่นในตนเอง มีกำลังใจ เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและรับผิดชอบต่อตนเอง มีแนวทางในการดูแลตนเองตามบริบทในชีวิตของตน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ทางจิตเพิ่มขึ้น จากคำพูดของผู้ป่วยโรคจิตเภท “ผมมองตัวเองดีขึ้น มีความสุขกับการใช้ชีวิตมากขึ้น” “พอใจในชีวิตตนเองมากขึ้น รู้สึกการทำ ตัวเองให้ดีขึ้น ไม่เป็นภาระใคร” “การได้ทำกลุ่มแบบนี้ผมไม่เคยได้ทำ เป็นประสบการณ์ที่ดี” การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การสร้างความหวังและการจัดการอาการ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ฟื้นคืนสู่สุขภาพในระยะยาว (Wisungre & Ruchakarn, 2023) และการให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัว ช่วยให้ความเครียด ความกังวลลดลง จะทำให้สุขภาพ ทางจิตดีขึ้น (Mathew, 2022) นอกจากนี้การใช้จิตวิทยาเชิงบวกเน้นพัฒนาจุดแข็งร่วมกับการฝึกการรับมือกับปัญหาในชีวิต ช่วยให้เกิด ความพึงพอใจในตนเองและมีสุขภาพดีขึ้น (Browne et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Phongsathornsakul & Daengdomyut, 2020) อีกทั้งยังสอดคล้องกับ การพัฒนาโปรแกรม การคืนสู่สุขภาพเพื่อเสริมสร้างความสามารถ ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า หลังการทดลองคะแนนความสามารถ ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Kanha et al., 2020) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับความรู้ ความเข้าใจตนเอง และการเจ็บป่วยมาก ขึ้น รวมถึงการได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Waraput et al., 2022) และพร้อมเผชิญอุปสรรค ส่งผลให้สุขภาพ ทางจิตดีขึ้นด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ตมีผลต่อการดำเนินการทำกลุ่ม ต้องมีความแรงและความเร็วเพียงพอต่อการใช้งาน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ควรมีการวางแผนติดตามต่อเนื่อง ผ่านทางออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกระตือรือร้น คงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรนำโปรแกรมที่ได้ไปศึกษาในการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และคณะกรรมการ ในการให้คำปรึกษาชี้แนะ และ ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Alan, S., & Bellack. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental Health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil Journal*, 16(4), 11-23.
- Ben-Zeev, D., Brenner, C. J., Begale, M., Duffecy, J., Mohr, D. C., & Mueser, K. T. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1244-1253.
- Boonsin, J., Ubonyam, D. (2023). Nursing management with schizophrenia patients with negative symptoms in the community. *The Journal of Psychiatry and Mental Health*, 37(2), 94-109.
- Browne, J., Estroff, S. E., Ludwig, K., Merritt, C., Meyer-Kalos, P., Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., & Penn, D. L. (2018). Character strengths of individuals with first episode psychosis in individual resiliency training. *Schizophrenia Research*, 195, 448-454.
- Clarke, S., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2012). Recovery in mental health: A movement towards well-being and meaning in contrast to an avoidance of symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 297-304.
- Department of Disease Control. (2020). *Announcement of the Ministry of Public Health on Important names and names of dangerous infectious diseases*. Nonthaburi, Thailand: Department of Disease Control.
- Department of Mental Health. (2023). *Annual report* (in Thai). Nonthaburi, Thailand: Department of Mental Health.
- Diener, E. D., & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17(1), 304-324.
- Ekwarangkun, S. (2016). *Psychiatric and mental health nursing: Science and art into practice*. Nakhon Si Thammarat, Thailand: Walailak University Book Center.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussians, G., Lee, J., & Remington, G. (2015). Clinical and functional outcomes in people with schizophrenia with a high sense of well being. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3), 187-193.
- Guo, J. Y., Ragland, J. D. & Carter, C. S. (2019). Memory and cognition in schizophrenia (in Thai). *Molecular Psychiatry*, 24, 633-642.
- Imkham, E. (2020). *Mental health and psychiatric nursing: Application of selected cases* (in Thai). Bangkok, Thailand: Thammasat University.
- Injui, R., Srirat, J., & Uraiert, A. (2019). Nursing for recovery to health of people living with psychiatric disorders (in Thai). *Army Nursing Journal*, 20(2), 44-50.
- Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., Miettunen. (2013). A systematic review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306.
- Kaewanna, K. (2023). *Effectiveness of internet-based psychosocial therapy on mental distress, caregiving burden, emotional expression and knowledge about mental illness in family caregivers of people with schizophrenia: A systematic review* (Master's thesis). Thailand: Chiang Mai University.

- Kanha, K., Warakornradet, B., Chumsuk, K., Phongsathornsakul, D., Prabmarerng, B., & Thiangtham, S. (2020). Development of a reintegration program. Conditions to enhance abilities Aspects of community life among patients with schizophrenia (in Thai). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 34(3), 1-19.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concept, process*. New York: A Wiley Medical Publication.
- Limsricharoen, K., & Sittirak, N. (2016). *Psychiatry Siriraj DSM-5* (in Thai). Bangkok, Thailand: Prayurasan Thai Printing.
- Lortrakul, M. (2015). *Schizophrenia and other psychotic disorders* (in Thai). In Lortrakul, M. & Sukanich, P. (Eds.). Bangkok, Thailand: Ramathibodi Psychiatry.
- Lzydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kuhn-Dymecka, A., & Lizinczyk, S. (2019). Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of psychological wellbeing in the course of Schizophrenia. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1266.
- Mathew, M. N. (2022). Schizophrenia and Psychological Wellbeing. *Genesis*, 9.
- Menon, V., Rajan, T. M., & Sarkar, S. (2017). Psychotherapeutic applications of mobile phone-based technologies: A systematic review of current research and trends. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(1), 4-11.
- Morales, D. R. Z., & Moreno, J. R. C. (2020). The mental health recovery model and its importance for Colombian nursing. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 305-310.
- Office for International Health Policy Development. (2014). Top 20 reasons for living with anxiety Impaired health. Work plan for developing a health burden index for policy development. Retrieved from <https://www.hiso.or.th/bodproject>
- Opaswattana, C., (2020). *Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals*. Department of Mental Health, Bangkok: Prosperous Plus Company Limited.
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., & Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159(1), 151-156.
- Panarin L. (2018). *Effects of the yalom supportive psychotherapy group program on hope in schizophrenia patients* (Master's thesis). Thailand: Burapha University.
- Panupisut, P., Puangladda, S., Butsuwan, P., & Wasuwat, S. (2017). Results of the recovery plan program affects the hope and quality of life of people living with schizophrenia (in Thai). *Thailand Journal of Mental Health*, 25(1), 59-68.
- Phongsathornsakul, D., & Daengdomyut, P. (2020). Effects of a rehabilitation program on the quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 34(2), 169-187.
- Prachumsri, S., Anusanti, S., (2017). Results of using a patient nursing model that integrates King's nursing theory for schizophrenia patients on perceptions of professional communication. Therapy of professional nurses, *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 11(1), 34-44.
- Phumputt, P., Phuriwittayatheera, K. (2021). The role of nurses in promoting the ability to care for patients with schizophrenia to reduce perceptions of stigma. *Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(3), 215-224.
- Preawnim, A., Suksawang, S., & Praduchprom, P. (2020). Developing a measure of Mental well-being (in Thai). *Nursing Journal*, 69(2), 30-36.
- Rose, G., & Smith, L. (2018). Mental health recovery, goal setting and working alliance in an Australian community-managed organization. *Health Psychology Open*, 5(1), 2055102918774674.

- Ritruetchai, S., Chuwanichwong, S., Thiangtham, K., Khamwong, W., & Leeudomwong, P. (2019). A study of the experience of returning to health of people living with disease Bipolar (in Thai). *Journal of Research in Health Science*, 13(1), 95-103.
- Rusch, N., & Thornicroft, G. (2014). Does stigma impair prevention of mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 249-516.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. M. (1995). The structure of psychological well-being. revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Satyatham, C., Chansuk, P., & Charoensuk, S. (2013). *Psychiatric and mental health nursing* (in Thai). Bangkok, Thailand: Thana Press.
- Sawadipanich N., & Thiansawat S. (2012). Translating tools for use in cross-cultural research: Techniques and issues to consider (in Thai). *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 26(1), 19.
- Slade, M., Oades, L. G., Jarden A. (2016). *Well-being, Recovery and Mental Health*. New York: Cambridge University Press.
- Srithanya Hospital. (2016). *Guidelines for psychiatric rehabilitation towards good health: Employment for public health personnel* (in Thai). Nonthaburi, Thailand: Prosperus Plus.
- Suan Saranrom Hospital. (2023). *Annual statistical report 2023* (in Thai). Surat Thani, Thailand: Suan Saranrom Hospital.
- Upasaen, R., & Saengpanya, W. (2020). Results of the program to promote work with relationships therapy for the health of schizophrenia patients (in Thai). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 34(2), 57-76.
- Waraput, R., Sunthonchaiya, R., & Imkham, E. (2022). Effects of the relationship control program on quality of life of schizophrenia patients (in Thai). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 36(1), 33-48.
- Wisungre, B., & Ruchakarn, D. (2023). Factors predicting recovery to health in patients with schizophrenia (in Thai). *Journal of Nursing, Psychiatry and Mental Health*, 37(1), 1-16.
- World health Organization. (2014). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnosis guidelines*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Switzerland: World Health Organization.
- Wutthiluck, P., Phahonphak, S., & Niwatchai, U. (2020). *Nursing care for schizophrenia patients: Roles and processes* (in Thai). Chiang Mai, Thailand: Design Print Media.
- Yimfueang, N., & Butsuwan, P. (2015). Rehabilitation of psychiatric patients towards recovery to health in the male special ward 8: Report of 3 cases (in Thai). *Srithanya Hospital Journal*, 16(1), 19-31.
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in redu reducing the mental health burden from covid-19. *Telemedicine Journal and e-Health*, 26(4), 377-379.