

ผลของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิต ของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท

Effect of recovery action plan program on hope and quality of life in person with schizophrenia

ปติดา ภาณุพิศุทธิ์, ศศ.ม., สกาวรัตน์ พวงลัดดา, พย.ม.,
ปภาจิต บุตรสุวรรณ, วท.ม., สว่างจิตร์ วสุวัต, พย.บ.
Patida Panupisuth, M.A., Skaorat Puangladda, M.N.S.,
Pabhajit Budsuwan, M.S., Sawangjit Wasuwat, B.N.S.

โรงพยาบาลศรีธัญญา
Srithanya Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเภท

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน รพ.ศรีธัญญา ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ – เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ กลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที วันเว้นวัน จำนวน 2 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย การวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะ การวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะเมื่อมีตัวกระตุ้น การวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะเมื่อมีสัญญาณเตือน การรู้จักภาวะฉุกเฉิน การวางแผนการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และการทำตามแผนที่กำหนดไว้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยมาตรวัดความหวัง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความหวังและคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ t-test

ผล กลุ่มทดลองมีเพศชาย 13 คน หญิง 17 คน กลุ่มควบคุม ชาย 12 คน หญิง 18 คน ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง (37.5, 37.4) และคุณภาพชีวิต (0.79, 0.08) ไม่แตกต่างกัน หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังมากกว่ากลุ่มควบคุม (46.25, 37.27) ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (0.88, 0.81)

สรุป โปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถส่งเสริมความหวังของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภทได้ แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน

คำสำคัญ: การฟื้นคืนสู่สภาวะ ความหวัง คุณภาพชีวิต จิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: panupisuthp@gmail.com

Abstract

Objective To evaluate the effect of a recovery planning program on average score of hope and quality of life in person with Schizophrenia.

Materials and methods The samples were 60 persons with Schizophrenia admitted at Srithanya hospital between December 2016 and February 2017. Participants were equally divided and randomly assigned into a treatment group (n=30) and a control group (n=30). The treatment group received recovery planning program which was scheduled in 60 minutes per session, 6-session every other day over 2-week period. The group contents included setting goals for recovery, planning for handling triggers, warning signs, emergency response plan and following their plans. The control group received standard nursing care. Data was collected with the State Hope Scale and the EQ-5D-5L on before and after program 1 month and analysed with descriptive statistics and t-test.

Results There were 13 males and 17 females remained in the treatment group while 12 males and 18 females remained in the control group. Six participants of the treatment group and four participants of the control group dropped out before completing the program. No differences were found in average score of hope and quality of life between groups at baseline. One month after program completion, the mean score of hope in the treatment group was higher than the control group while the quality of life between groups remained no difference.

Conclusions The recovery action plan program has potential to increase mean score of hope among persons with Schizophrenia but not for the mean score of quality of life.

Key words: hope, quality of life, recovery, schizophrenia

corresponding author e-mail: panupisuthp@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแลและสังคม จากการสำรวจระดับชาติ พบความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 1.2 ทั้งในและต่างประเทศ^{1,2} การดูแลนอกจากให้บริการด้านการแพทย์ (medical) ยังต้องคำนึงถึงการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ และบทบาทของตนเองที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงเป็นการพัฒนาความหมาย และจุดประสงค์ในชีวิตของตนเองใหม่ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้³ องค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สภาวะแบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ ความหวัง การเสริมพลัง การรับผิดชอบต่อตนเอง โดยมีความหวัง

เป็นปัจจัยภายในสำคัญที่สุด ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การคำนึงถึงสิทธิของบุคคล การรักษาเยียวยา⁴ เพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะจากโรค (clinical recovery) เช่น ไม่มีอาการของโรค คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย และเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิตใจ (psychological recovery) เช่น ความหวัง พลังอำนาจ ความเชื่อมั่นในตนเอง⁵ แม้ว่าการดูแลรักษาจะช่วยให้มีอาการดีขึ้น แต่ยังพบว่าบุคคลกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนในครอบครัว และกลุ่มคนปกติทั่วไป⁶ เป็นผลมาจากอาการของโรค ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมไม่ดี จนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต⁷ การส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีความหวังจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁸

ความหวังเป็นกระบวนการความคิดและอารมณ์ของบุคคล ในการตั้งเป้าหมาย การกำหนดแนวทางไปสู่เป้าหมาย และการตั้งใจดำเนินการตามแนวทางที่วางแผนไว้ โดยมีแรงจูงใจทางบวก อันมีพื้นฐานมาจากความรู้สึกของความสำเร็จ การมีพลังที่จะไปสู่เป้าหมายและมีการวางแผนที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น⁹ โปรแกรมการฟื้นคืนสุขภาวะที่ช่วยส่งเสริมความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช มี 2 รูปแบบ⁵ คือ 1) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากร เช่น โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วย และการฟื้นคืนสุขภาวะ (illness management and recovery: IMR) เป็นโปรแกรมกลุ่ม ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สุขภาพจิตศึกษา และการปรับพฤติกรรม จำนวน 40 ครั้ง เน้นเนื้อหาการจัดการความเจ็บป่วย 2) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช เช่น โปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสุขภาวะ (wellness recovery action

plan: WRAP) แนวคิดมาจากการถอดบทเรียนของผู้ที่สามารถฟื้นคืนสุขภาวะได้สำเร็จ จำนวน 8 ครั้ง เนื้อหาของโปรแกรมเน้นการวางแผนวิถีทางการฟื้นคืนสุขภาวะของตนเอง เป็นการเสริมพลังให้รับรู้ความสามารถและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง¹⁰ ทั้งสองโปรแกรมเหมือนกันในด้านกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดำเนินการแบบกลุ่ม การเสริมสร้างความหวังและคุณภาพชีวิต ในส่วนที่ต่างกันคือ เนื้อหาของกลุ่มจำนวนครั้งในการดำเนินการ และผู้นำกลุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมพัฒนามาจากโปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสุขภาวะ (WRAP)^{11,12} เน้นการวางแผนการฟื้นคืนสุขภาวะ สนับสนุนให้บุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภทรับผิดชอบตนเอง ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนวิถีทางการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับโรคจิตเภทได้ เนื้อหาของโปรแกรม WRAP 8 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 แนะนำโปรแกรมเพื่อให้เข้าใจแนวคิดของแผนการฟื้นคืนสุขภาวะ ครั้งที่ 2 และ 3 พัฒนาแผนการสู่สุขภาพดีทั้งกายและใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่และการฟื้นคืนสุขภาวะ ครั้งที่ 4 พัฒนาแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อระบุวิธีการที่เป็นไปได้สำหรับตนเองในการรักษาสุขภาพ อารมณ์และจิตใจ รวมถึงการวางแผนล่วงหน้าเรื่องตัวกระตุ้นให้เกิดอาการและการป้องกันภาวะวิกฤติของตนเอง ครั้งที่ 5 เรียนรู้เรื่องสัญญาณเตือนระยะแรกที่เป็นตัวบ่งบอกภาวะฉุกเฉิน ครั้งที่ 6 และ 7 ภาวะฉุกเฉิน และการจัดทำแผนภาวะฉุกเฉินของตนเอง เพราะเมื่อมีภาวะวิกฤติจะไม่สามารถดำเนินการเองได้ ครั้งที่ 8 แผนการสนับสนุนหลังภาวะวิกฤติและประโยชน์ของการจัดทำแผนการฟื้นคืนสุขภาวะ การวิจัยครั้งนี้นำเนื้อหาไปปรับเปลี่ยนเป็น 6 ครั้ง

เพื่อไม่ให้กระทบกับจำนวนวันนอนในการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยปรับการจัดลำดับเนื้อหาใหม่และสอดคล้องเนื้อหาเดิม รวมถึงระบุชื่อกิจกรรมใหม่ ดังนี้ 1) การวางแผนการฟื้นฟูการฟื้นคืนสู่สภาวะ 2) การวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะเมื่อมีตัวกระตุ้น 3) การวางแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะเมื่อมีสัญญาณเตือน 4) การรู้จักภาวะฉุกเฉิน 5) การวางแผนการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และ 6) การทำตามแผนที่กำหนดไว้ ส่วนผู้นำกลุ่มปรับจากบุคคลที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลจิตเวช เพราะเป็นการดำเนินการแบบผู้ป่วยใน และมีคุณสมบัติการดำเนินกลุ่มที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดปัจจัยการบำบัด สำหรับวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้คือ การทดลองประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะ โดยมีสมมุติฐานว่า ความหวังซึ่งเป็นการฟื้นคืนสู่สภาวะด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะจะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (experimental research) รูปแบบการทดลองเป็นการสุ่มเข้ากลุ่มและการวัดก่อนและหลังการทดลอง (randomized control group with pretest and posttest design) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จาก power analysis กำหนด power ที่ 0.8 และ effect size ระดับน้อยถึงปานกลาง (Cohen's $d = 0.4$) ค่า significant level 0.05¹³ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 24 คนต่อกลุ่ม คิดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการ drop out จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 30 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.X) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี อาการทางจิตสงบ โดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)¹⁴ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ได้รับการรักษาตามมาตรฐานของจิตแพทย์ และสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด และมีภาวะฉุกเฉินทางกาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเรียงรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ คัดเข้า จากหอผู้ป่วยจำนวน 4 หอ จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เนื้อหาของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหาจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องการฟื้นคืนสู่สภาวะ 2 คน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 1 คน มีความเห็นให้ปรับปรุงเนื้อหาและภาษาให้เข้าใจง่าย และเสนอให้มีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวเข้าไปด้วย ผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้สั้น ภาษาเข้าใจง่าย และเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน พบว่า ปรับเนื้อหาในประเด็นเข้าใจยากให้เข้าใจง่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้สุขภาพจิตศึกษา

โปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะลักษณะเป็นกลุ่มปิด สมาชิกกลุ่ม 4-10 คนต่อกลุ่ม การดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ดำเนินการวันเว้นวัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นเวลาสี่ปดาศั

ครั้งที่ 1 การวางแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นการแนะนำโปรแกรมให้เข้าใจแนวคิดและเนื้อหาของโปรแกรม และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้สำหรับตนเอง ในการดำรงสภาพอารมณ์และจิตใจ เพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองได้

ครั้งที่ 2 การวางแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เมื่อมีตัวกระตุ้น ช่วยให้ให้สมาชิกเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นของตนเอง และสามารถจัดทำแผนการดูแลสุขภาพสำหรับตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่และการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ครั้งที่ 3 การวางแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เมื่อมีสัญญาณเตือน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเรื่องสัญญาณเตือน และจัดทำแผนสำหรับตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนได้

ครั้งที่ 4 การรู้จักภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมให้สมาชิกเข้าใจเรื่องภาวะฉุกเฉินของตนเองและตระหนักเรื่องภาวะฉุกเฉินของตนเองว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

ครั้งที่ 5 การวางแผนการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเรื่องแผนรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และสมาชิกวางแผนการรับมือกับภาวะฉุกเฉินของตนเองได้

ครั้งที่ 6 การทำตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นการช่วยให้สมาชิกเข้าใจเรื่องความรับผิดชอบต่อนองและวางแผนการดำเนินการตามแผนที่ตนเองวางไว้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัยในครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้ได้จากผู้พัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา/ความเชื่อ การวินิจฉัยโรคระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษาและการรักษาในปัจจุบัน ส่วนที่ 2 มาตราวัดความหวัง (The State Hope Scale) ของสุมาลินี มธุรพจน์พงศ์¹⁵ ที่พัฒนาตามแนวทางของ Snyder และคณะ¹⁶ และมีการนำไปใช้วัดความหวังในบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชในต่างประเทศ¹⁷ สำหรับประเทศไทยมีการนำมาใช้วัดความหวังในโรคซึมเศร้า^{18,19} โดยวัดความหวังสองด้าน ได้แก่ ด้านมุ่งการกระทำ (agency) และด้านวิถีทาง (pathway) จำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.75 ก่อนนำมาใช้ในงานวิจัยนี้ นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จำนวน 20 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวมทั้งฉบับใหม่ เท่ากับ 0.96 คะแนนรวมระหว่าง 12 - 60 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels: EQ-5D-5L) ฉบับภาษาไทย ที่แปลและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมไทย เพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 1 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก เรียงตาม

ระดับความรุนแรง ตั้งแต่ ไม่มีปัญหา คือ 1 มีปัญหาเล็กน้อย คือ 2 มีปัญหามาก คือ 3 มีปัญหามาก คือ 4 จนถึงมีปัญหามากที่สุด คือ 5 นำค่าที่ได้มาเรียงเป็นตัวเลขตามลำดับจะได้ตัวเลข 1 ชุด เช่น 11112 นำเลขที่ได้ไปเปรียบเทียบกับตารางค่าคุณภาพชีวิตในประชากรไทย มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิต 0.96 โดยใช้เครื่องมือคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์สำหรับ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทยอยู่ในรูปแบบไฟล์ excel สำเร็จรูป²⁰ โดยผู้วิจัยคนที่ 3 และ 4 ทำหน้าที่ประเมินก่อนการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน และประเมินอีกครั้งหลังจำหน่ายไปแล้ว 1 เดือน ก่อนเข้าพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดย 1 สัปดาห์ก่อนนัดผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 โทรศัพท์แจ้งเตือนการนัด

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับ

โรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t-test โครงการนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ Q2/2560

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองมีเพศชาย 13 คน หญิง 17 คน กลุ่มควบคุม ชาย 12 คน หญิง 18 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26-35 ปี และสถานภาพโสด รายละเอียดตามตารางที่ 1 ระหว่างการทดลองมีกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 4 คน ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อไปได้ (drop out) เพราะมีคะแนนอาการทางจิต (BPRS) มากกว่า 36 ส่วนในการติดตามผลหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมาครบ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (คน)

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล		กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
เพศ	ชาย	13	12
	หญิง	17	18
อายุ	18-25 ปี	1	2
	26-30 ปี	15	11
	31-35 ปี	10	12
	36-40 ปี	4	5
	โสด	17	19
สถานภาพ	คู่	6	5
	หย่า แยก	6	5
	ม่าย	1	1
	การศึกษา		
การศึกษา	ประถมศึกษา	12	13
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	9	9
	มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.	5	4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (คน) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล		กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
อาชีพ	อนุปริญญา หรือ ปวส.	3	3
	ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	1	1
	รับจ้าง	9	9
	ค้าขาย	11	9
	ทำสวน ทำนา	1	1
	แม่บ้าน	3	3
	ไม่ได้ทำงาน	6	8
ศาสนา	พุทธ	30	30
การวินิจฉัยโรค	F20.0	18	19
	F20.1	4	4
	F20.5	8	7
ระยะเวลาเจ็บป่วย	2 ปี	4	4
	3 ปี	4	5
	4 ปี	12	11
	5 ปี	10	10
จำนวนครั้งรับไว้รักษา	1 ครั้ง	9	8
	2 ครั้ง	7	7
	3 ครั้ง	8	8
	4 ครั้ง	6	7
การรักษาด้วยยา	ยาต้านโรคจิตรุ่นแรก	7	6
	ยาต้านโรคจิตรุ่นสอง	6	5
	ยาต้านโรคจิตรุ่นแรกและรุ่นสอง	9	9
	ยาต้านโรคจิตรุ่นแรกและยาด้านเศร้า	7	9
	ยาต้านโรคจิตรุ่นสองและยาด้านเศร้า	1	1

คะแนนเฉลี่ยความหวังและคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบว่า แตกต่างกัน และ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 1 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีความหวังมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง 1 เดือน		
	mean	SD.	p	mean	SD.	p
ความหวัง						
กลุ่มทดลอง (n=30)	37.50	4.52	0.96	46.25	5.81	0.00
กลุ่มควบคุม (n=30)	37.43	6.08		37.27	6.26	
คุณภาพชีวิต						
กลุ่มทดลอง (n=24)	0.79	0.14	0.97	0.88	0.11	0.71
กลุ่มควบคุม (n=26)	0.80	0.15		0.81	0.14	

วิจารณ์

ค่าเฉลี่ยความหวังของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความหวังมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา สมาชิกกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม WRAP จะมีความหวังมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม^{11,12} เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรม WRAP ที่ดำเนินการโดยบุคคลที่เคยป่วยที่ช่วยให้คะแนนความหวังดีขึ้นเพียงร้อยละ 10-20¹¹ อธิบายได้ว่า การดำเนินการแบบกลุ่มโดยบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้และทักษะในการบำบัด ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินกลุ่มเกิดปัจจัยในการบำบัด และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกลวิธีการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลผู้อยู่กับโรคจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย⁵ ส่วนเนื้อหาของกลุ่มเป็นองค์ประกอบของความหวัง⁹ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การฟื้นคืนสู่สภาวะทางกายและใจ การพัฒนาวิถีทางสู่เป้าหมาย การทำความเข้าใจตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ สัญญาณเตือนที่บ่งว่ามีภาวะวิกฤติ การเข้าใจภาวะฉุกเฉิน การจัดทำแผนรองรับเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน และแรงจูงใจที่จะดำเนินการตาม

เป้าหมาย ช่วยส่งเสริมให้เกิดความหวัง มีเป้าหมายและวิถีทางที่ไปสู่เป้าหมายของตนเองชัดเจนทำให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ ที่กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ในการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงเป็นการพัฒนาความหมาย และจุดประสงค์ในชีวิตของตนเองใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชได้³

ส่วนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ต่างไปจากการศึกษาอื่นที่พบว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภทกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม^{11,12} เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า เนื้อหาการดำเนินโปรแกรมปรับลดลงจากเดิม 8 ครั้ง เหลือ 6 ครั้ง รวมถึงมีการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และระยะเวลาการติดตามผลระยะยาวมากกว่า เมื่อดูคะแนนเฉลี่ยแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 0.88 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 0.81 ซึ่งแบบ

ประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้วัดคือ แบบประเมิน EQ-5D-5L²⁰ ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามน้อย สามารถประเมินหลายมิติของสุขภาพได้ด้วยเครื่องมือชนิดเดียว และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรคชนิดต่างๆ ได้ ข้อเสียคือ อาจไม่มีความไวหรือตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค²¹ ตลอดจนเนื้อหาของโปรแกรมไม่สอดคล้องกับสิ่งที่แบบประเมิน EQ-5D-5L ต้องการวัดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า²⁰ จึงมีเพียงด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้าหรือการดูแลตนเองที่อาจดีขึ้น จึงเป็นข้อจำกัดของแบบประเมิน EQ-5D-5L กับกลุ่มตัวอย่างโรคจิตเภทที่ไม่มีข้อจำกัดทางกาย การเคลื่อนไหว และความเจ็บปวด อีกทั้งควรมีการติดตามผลในระยะเวลาที่ยาวขึ้น เพื่อดูความคงตัวของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

สรุป

โปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถส่งเสริมความหวังของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภทได้ รูปแบบของโปรแกรมมีขั้นตอนและกระบวนการชัดเจน สามารถนำไปดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพ แต่ไม่พบว่าช่วยเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยผลของโปรแกรมแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014;43:476-93.
2. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Boonyamalik P, Leejongpermpoon J, Chutha W, et al. The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders: National Survey 2008. Bangkok: Beyond Blue. 2008.
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J* 1993;16:11-23.
4. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv* 2001;52:482-5.
5. Panupisuth P, Puangladda S, Tachapisitpong A, Budsawan P. The effectiveness of recovery oriented programs on hope and quality of life for person with serious mental illness: systematic review. *The journal of psychiatric nursing and mental health* 2016;30:34-51.
6. Maat A, Fett AK, Derks E. Group Investigators. Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2012;137:212-8.
7. Brissos S, Dias VV, Balanzá-Martinez V, Carita AI, Figueira ML. Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia Res* 2011;129:133-6.
8. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res* 2009;167:231-8.
9. Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *J Counsel Dev* 1995;73:355-60.
10. Camann AM. The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31:532-6.

11. Jonikas JA, Grey DD, Copeland ME, Razzano LA, Hamilton MM, Floyd CB, et al. Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: results of a randomized controlled trial. *Community Ment Health J* 2013;49:260-9.
12. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bull* 2011;38:881-91.
13. Cohen JA. Power Primer. *Psychol Bull* 1992;112:155-59.
14. Kittirattanapaiboon P, Sanitwannakul S, Pongpanya S. Clinical disease progression and the consequences of methamphetamine psychosis. : *Clinical Surveys*. Chiang Mai : Suanprung Hospital. 2000.
15. Maturapodpong S. Hope, optimism, and resilience as predictors of performance, job satisfaction, work happiness, and organizational commitment. *Veridian E-Journal* 2012;5:306-18.
16. Snyder CR, Simpson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL. Development and validation of the state hope scale. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:321-35.
17. Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, et al. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatr Rehabil J* 2011;34:214-22.
18. Montong A. Relationships between health beliefs, self-efficacy, hope and psychological self-care behaviors of patients with depressive disorder. [master thesis] Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
19. Noppasat P. The effect of hope enhancement program with family participation on depression of older persons with major depressive disorders. [master thesis] Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
20. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): Measurement property testing and its preference-based score in thai population. [Doctoral dissertation] Bangkok: Mahidol University; 2014.
21. Alonso J, Croudace T, Brown J, Gasquet I, Knapp MR, Suárez D, et al. Health-related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the Schizophrenia Health Outcomes (SOHO) study. *Value in Health* 2009;12:536-43.