

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาวะต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลรัตนวาปี

ปรารภนา หมื่นเรือคำ, พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาวะต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลรัตนวาปี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปี เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 64 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาวะ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาวะ และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมสุขภาวะ เครื่องมื่อดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมสุขภาวะ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม (mean= 7.88, S.D.= 2.74) ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม (mean= 27.77, S.D.= 4.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (mean= 7.88, S.D.= 2.74) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean= 10.08, S.D.= 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (32 คน) ต่อการใช้โปรแกรมสุขภาวะโดยรวม ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.10

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมสุขภาวะในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยประยุกต์ใช้ให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทในแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาวะ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท

*กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

The Effectiveness of A Wellness Program on The Depression Levels of Schizophrenic Patients at RattanaWapi Hospital

Pratana Muenruakham , B.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a wellness program on the depression levels of schizophrenic patients at RattanaWapi Hospital. The sample consisted of 64 schizophrenic patients diagnosed with depression, selected via purposive sampling based on predetermined criteria. These patients were randomly assigned into experimental and control groups, with 32 patients in each group. The experimental group received the wellness program, while the control group received standard nursing care between September and November 2023. The research instruments included: 1) Screening tools such as the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 2) Implementation tools such as the wellness program, and 3) Data collection tools such as a general information questionnaire, a 9-item depression assessment (9Q), and a satisfaction survey regarding the wellness program. These instruments were validated by three experts, and the reliability was assessed using Cronbach's Alpha Coefficient, resulting in values of 0.95 and 0.86 respectively for the depression assessment and the satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics Paired t-test and Independent t-test.

The results revealed that: 1) The overall mean depression score of the experimental group significantly decreased post-program (mean= 7.88, S.D.= 2.74) compared to pre-program (mean= 27.77, S.D.= 4.73) ($p<0.001$). 2) Post-program, the experimental group's mean depression score (mean= 7.88, S.D.= 2.74) was significantly lower than that of the control group (mean= 10.08, S.D.= 3.50) ($p<0.001$). 3) The majority of the experimental group (53.10%) reported high satisfaction with the wellness program.

This study demonstrates that the wellness program effectively reduces depression in schizophrenic patients and increases patient satisfaction. It is recommended to implement this program in the care of schizophrenic patients, adapting it to the context of each hospital accordingly.

Keyword: Wellness Program Depression Levels Schizophrenic Patients

* The Primary and Holistic Care Division, RattanaWapi Hospital, Nongkhai Province

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดและการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ผิดจากปกติทั่วไป¹ พบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชโดยอัตราความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกพบร้อยละ 0.30-0.70 ของประชากรทั้งหมด พบในเพศชายและเพศหญิงพอๆ กัน² และส่วนใหญ่พบในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี³ รายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 ล้านคน มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้ ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา⁴ อาการสำคัญของโรคจิตเภทคือมีความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ แยกตัวจากสังคม ไม่ค่อยดูแลตนเองเหมือนหลุดไปจากความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก อาจถึงขั้นทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น แม้ว่าอาการทางจิตจะสงบลงแต่ผู้ป่วยจะยังคงมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการป่วยยังเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล จะก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวและระดับประเทศ ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม³

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางอารมณ์ นอกจากจะเกิดได้กับคนปกติหรือมีปัญหาโรคทางกายแล้ว ในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตก็มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁵ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย ผิดหวัง การถูกทอดทิ้งและสามารถเกิดขึ้นเองจากสังคมรอบข้างที่เลวร้าย เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เข้ามาอย่างกะทันหัน เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหม่นหมอง หงุดหงิดง่าย ขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง น้ำหนักลดลงหรือมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นต้น และเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยว เซ็ง เศร้าโศก เสียใจง่าย มักน้อยใจ ร้องไห้บ่อย มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก และมักทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ⁶ รวมถึงพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนไป รู้สึกแยกกับตัวเอง รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า หรือคิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น หากมีอาการมากๆ อาจมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ พุถึงความตายบ่อยๆ และอาจวางแผนทำร้ายตนเอง การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ทำให้พลังสุขภาพจิตต่ำ⁷ จากรายงานการศึกษาภาวะสังคมไทย พบว่าคนไทยมีแนวโน้มประสบกับภาวะเครียดและซึมเศร้ามากขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.36 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐเฉลี่ยวันละประมาณ 50 คน⁸ ขณะที่สถิติผู้รับบริการจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 15⁹ เพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย แต่ทว่าอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมีจำนวนมากกว่า ซึ่งเมื่อเพศชายเกิดอาการเครียดหรือซึมเศร้าขั้นรุนแรงจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิงอีกด้วย ช่วงปีที่ผ่านมามีคนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย¹⁰

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปี ให้บริการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2566-2570 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพขององค์กรแบบบูรณาการ

ให้ครอบคลุมทุกมิติในด้านสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรักษา ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ จากสถิติปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ จำนวน 203, 250, และ 297 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามารับบริการ จำนวน 53, 62, และ 96 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ¹¹ ในปี 2565 พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลเกิดความไม่เข้าใจในความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความสุขในชีวิตสัมพันธ์ภาพในสังคมไม่ดี ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง โทษตัวเอง ทำร้ายตัวเอง ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาวะต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลรัตนวาปี โดยนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก "PERMA"¹² เข้ามาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสุขและสุขภาพ โดยใช้โปรแกรมสุขภาวะ ซึ่งประกอบด้วย สภาวะของอารมณ์ที่ดี ความผูกพันในการทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ที่ดี การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย และการบรรลุถึงเป้าหมาย ซึ่งการนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ถูกต้อง เรียนรู้การมีอารมณ์เชิงบวก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุข ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า และเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาวะที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาวะ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการใช้โปรแกรมสุขภาวะ

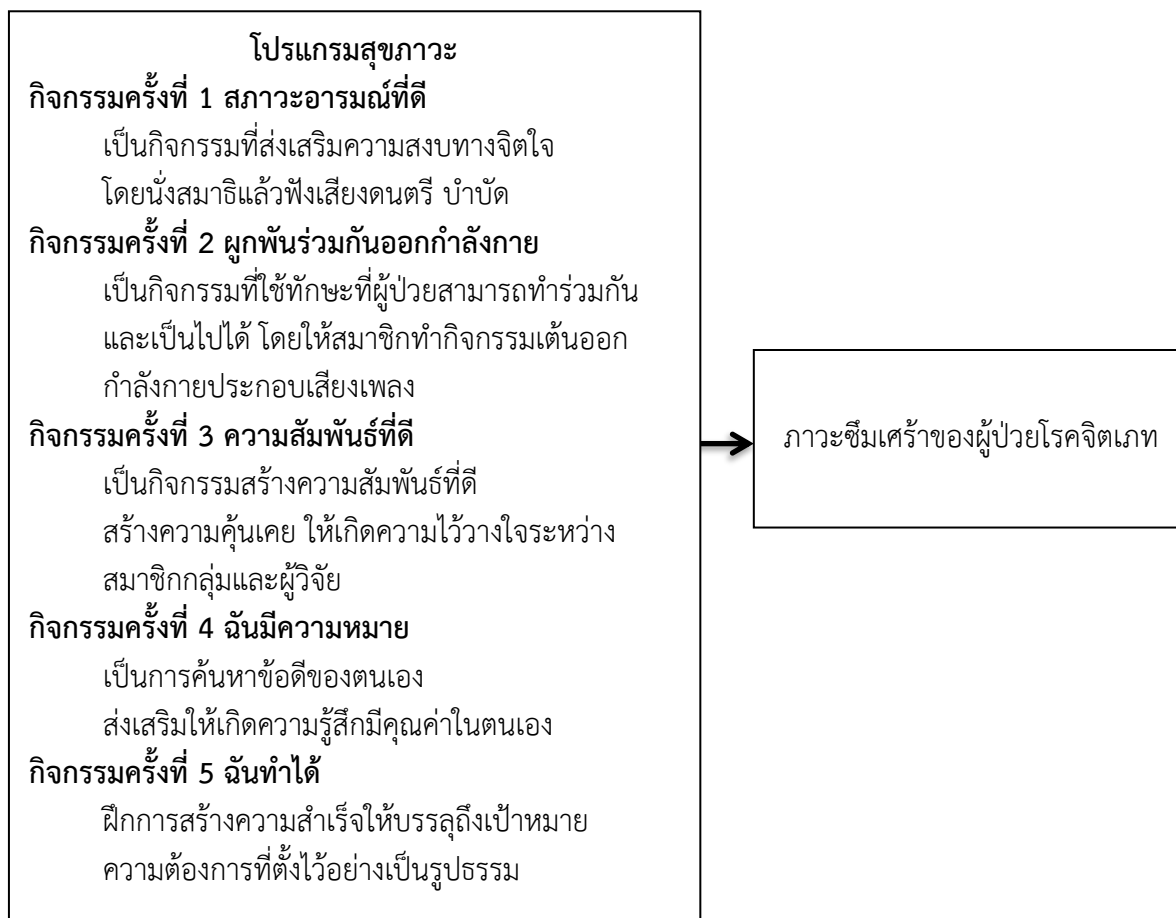
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาวะต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลรัตนวาปี โดยใช้กรอบแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก "P.E.R.M.A."¹² มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสุขและสุขภาพ ประกอบด้วยหลักของความสุข 5 ข้อ คือ 1) สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive Emotion) 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม (Engagement) 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) 4) การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย (Meaning) และ 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment)

โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมสุขภาวะของ กิติกร พรมา⁵ ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาวะต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สภาวะอารมณ์ที่ดี เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ โดยนั่งสมาธิแล้วฟังเสียงดนตรี บำบัด เพื่อผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้กพันร่วมกันออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้ กิจกรรมครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี เป็นกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ กิจกรรมครั้งที่ 4 ฉันมีความหมาย เป็นการค้นหาข้อดีของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ กิจกรรมครั้งที่ 5 ฉันทำได้ ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชนแล้วว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลรัตนวาปี

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชนแล้วว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการใน

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปี จำนวน 64 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมให้ครบก่อน แล้วจึงทำการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำกิจกรรมระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการทางจิตระดับน้อย ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต¹³ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. อ่านและฟังภาษาไทยได้ดี
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

1. มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่ไม่พร้อมในการเข้าร่วมวิจัย เช่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ ได้เป็นปกติ
2. อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ECT
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการ (Discontinuance Criteria)

1. มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของกรมสุขภาพจิต¹³ ได้คะแนนมากกว่า 36 คะแนน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลรัตนวาปี จำนวน 64 คน โดยใช้สูตรของ Two Dependent means ของ App N4 Studies

จากผลการวิจัยของ กิติกร พรมา⁵ วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคจิตเภท พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ (mean= 6.4, S.D.= 0.41) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean= 0.04, S.D.= 0.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 13.41, p<0.001) เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ 95

$$\text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.} = \frac{0.41 + 0.18}{2} = 0.29$$

$$\begin{aligned} \text{ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า (เดลต้า)} &= 6.4 - 0.04 = 6.36 \\ n &= \frac{(z_1 - \alpha/2 + z_1 - \beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2} \end{aligned}$$

$$\text{Standard deviation } (\sigma) = 0.29$$

$$\text{Differenced data between 2 group } (r) = 6.36$$

$$\text{Alpha } (\alpha) = 0.05$$

$$\text{Beta } (\beta) = 0.20$$

$$n = 31.3$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)¹³ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาวะ และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) จากคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ พฤติกรรมการนอนผิดปกติ เหนื่อยง่าย พฤติกรรมความอยากอาหารเปลี่ยนไป ความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย และการฆ่าตัวตาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีเลย ระดับ 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1-7 วัน ระดับ 2 หมายถึง เป็นบ่อย มากกว่า 7 วัน ระดับ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน การแปลผลคะแนนรวมมีดังนี้ < 7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศรียรดับน้อยมาก 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรดับน้อย 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรดับปานกลาง ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรดับรุนแรง และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมสุขภาวะ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามเลือกตอบ 5 ตัวเลือก (Rating scale)¹⁵ โดยใช้เกณฑ์ประมาณค่าความคิดเห็น¹⁶ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเป็นดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.51-3.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)¹⁴ และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมสุขภาวะ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนวาปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลรัตนวาปี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรัตนวาปี เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การทดลองใช้โปรแกรมสุขภาวะ ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

4. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลรัตนวาปี ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อผู้ป่วยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมให้ครบก่อน แล้วจึงทำการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำการวิจัย

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยทำแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนรวมอยู่ ระหว่าง 0-36 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการของโรคทางจิตระดับน้อย

7. กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามสภาพปัญหา ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มกิจกรรมบำบัด เป็นต้น โดยนัดหมายทำกลุ่มบำบัดตามปกติ นัดหมายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 5 ครั้ง พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ก่อนทำกิจกรรมบำบัดในครั้งที่ 1 และแจกแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถามอีกครั้ง เมื่อสิ้นสุดการนัดหมายในครั้งที่ 5

8. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพะ มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

8.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง รวมถึงสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง ประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

8.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนของโปรแกรมสุขภาพะ ซึ่งประกอบด้วย บทบาทของผู้เข้าร่วมวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการ บทบาทของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บำบัด ผู้ช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้อำนวยการความสะดวก และบทบาทของผู้ช่วยผู้วิจัยในการอำนวยความสะดวกช่วยเหลือกลุ่มและสังเกตความก้าวหน้าในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ก่อนทำกิจกรรมบำบัดในครั้งที่ 1

8.3 ดำเนินการบำบัดโปรแกรมสุขภาพะ ตามขั้นตอนและกระบวนการการบำบัด โดยนัดหมายทำกลุ่มบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 5 ครั้ง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สภาวะอารมณ์ที่ดี เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ โดยทำสมาธิแล้วฟังเสียงดนตรีบำบัดเพื่อผ่อนคลาย ผู้วิจัยจะสอบถามสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องอารมณ์เชิงบวก ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของอารมณ์ เพื่อให้สามารถระบุอารมณ์ได้ว่า ลักษณะอย่างไรที่บ่งบอกถึงการมีอารมณ์เชิงบวกหรือสภาวะอารมณ์ที่ดี ผูกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 ผูกพันร่วมกันออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้ คือ การเต้นออกกำลังกายประกอบ เสียงเพลง

กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคคลของสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการกลุ่ม ด้วยท่าที่อบอุ่นเป็นมิตร เอาใจใส่กับสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมที่ทำความรู้จักกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันคิด ชื่อและสัญลักษณ์ประจำกลุ่มเพื่อใช้ในการเปิดและปิดกลุ่มกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 ฉันทิความหมาย ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยถึงลักษณะอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยผู้วิจัยจะตั้งใจฟัง และแสดงท่าทียอมรับกับสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มได้เล่าอธิบาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมทั้งกระตุ้นสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1 “นี่แหละฉัน” และให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องของตนเองตามใบงานที่แจกไว้ในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกได้ค้นหาข้อดีของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความผิดปกติของตนเอง ยอมรับความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน และช่วยสนับสนุนการปรับมุมมองเชิงบวก

กิจกรรมที่ 5 ฉันทาได้ ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมาย ความต้องการที่ตั้งไว้ อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ประติษฐ์ดอกไม้กระดาษ ให้สมาชิกได้เลือกทำตามความชอบหรือความต้องการ เรียนรู้ถึงวิธีการที่จะมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จ ได้พุดคุยถึงอารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำเร็จที่ได้ทำ และให้ สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า และ ตั้งเป้าหมายอย่างไรกับการลดอาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติ เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ในอนาคต

9. แจกแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อ โปรแกรมสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดการนัดหมายในครั้งที่ 5

10. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่ได้กลับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้อง ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยการทดสอบค่า paired t-test

3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง วิเคราะห์โดยการทดสอบค่า Independent t-test

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้โปรแกรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณา การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 101/2566 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.70 มีอายุอยู่ในช่วงน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.90 ปี มีสถานภาพ โสด มีจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.40 ทุกายนับถือศาสนาพุทธ มีจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.40 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.50 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.96 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	79.70
หญิง	13	20.30
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	25	39.10
30 – 36 ปี	23	35.90
37 – 43 ปี	9	14.10
มากกว่า 43 ปี	7	10.90
(mean= 32.90, S.D. = 7.26, Min = 23, Max = 50)		
สถานภาพ		
โสด	28	43.80
สมรส	10	15.60
หม้าย/หย่า/แยก	26	40.60
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	54	84.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	12.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	2	3.10
ศาสนา		
พุทธ	64	100.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	12.50
เกษตรกร	18	28.00
รับจ้าง	38	59.40
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 ปี	24	37.50
6 – 10 ปี	31	48.50
11 – 15 ปี	7	10.90
มากกว่า 15 ปี	2	3.10
(mean= 6.96, S.D. = 4.28, Min = 1, Max = 20)		

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ก่อนการใช้โปรแกรม พบว่าข้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อ (1) เบื่อ ไม่สนใจ อยากรทำอะไร ข้อ (6) รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว และข้อ (8) พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น ร้อยละ 100.00 หลังการใช้โปรแกรม พบว่าข้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อ (6) รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว และข้อ (8) พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น ร้อยละ 28.10 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=32)

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	32	100.00	8	25.00
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	30	93.70	8	25.00
3. หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป	30	93.70	8	25.00
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	28	87.50	7	21.80
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	23	71.80	8	25.00
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัวยึดหวัง	32	100.00	9	28.10
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	28	87.50	8	25.00
8. พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	32	100.00	9	28.10
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	15	46.80	6	18.70

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 7.88 (S.D.= 2.74) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 27.77 (S.D.= 4.73) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=32)

ภาวะซึมเศร้า	mean	(S.D.)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	27.77	4.73	-0.504	<0.001*
หลังการทดลอง	7.88	2.74		

*p-value<0.05, ใช้สถิติ paired t-test

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการใช้โปรแกรม

พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.88 (S.D.= 2.74) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10.08 (S.D.= 3.50) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรม

ภาวะซึมเศร้า	หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value
	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 32)	7.88	2.74	-1.31	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n = 32)	10.08	3.50		

*p-value<0.05, ใช้สถิติ Independent t-test

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้โปรแกรมสุขภาพ

พบว่า คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (32 คน) ต่อการใช้โปรแกรมสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.10 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจข้อมีความพึงพอใจที่ได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ข้อมีความพึงพอใจ ที่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการกลุ่ม และข้อมีความพึงพอใจที่ได้รับการอธิบายด้วยท่าที่ที่ อบอุ่นเป็นมิตรและเอาใจใส่ (จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ข้อมีความพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.90) มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสุขภาพ (n=32)

ความพึงพอใจต่อ การใช้โปรแกรมสุขภาพ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
1. มีความพึงพอใจที่ได้รับความสะดวก ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	0.00 (0)	0.00 (0)	28.10 (9)	62.50 (20)	9.40 (3)
2. มีความพึงพอใจที่ได้รับการอธิบาย เกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการกลุ่ม	0.00 (0)	0.00 (0)	28.10 (9)	62.50 (20)	9.40 (3)
3. มีความพึงพอใจที่ได้รับการอธิบาย ด้วยท่าที่ที่อบอุ่นเป็นมิตรและเอาใจใส่	- (0)	- (0)	12.50 (4)	62.50 (20)	25.00 (8)
4. มีความพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	- (0)	3.10 (1)	25.00 (8)	46.90 (15)	25.00 (8)
5. ท่านมีความพึงพอใจต่อระยะเวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	- (0)	- (0)	40.60 (13)	34.40 (11)	25.00 (8)
6. มีความพึงพอใจต่อการเปิดโอกาส ให้ระบายความรู้สึก การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน	- (0)	- (0)	21.50 (7)	43.80 (14)	34.40 (11)
7. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพ โดยรวม	- (0)	- (0)	25.00 (8)	53.10 (17)	21.90 (7)

สรุปและอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม (mean= 7.88, S.D.= 2.74) ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม (mean= 27.77, S.D.= 4.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อภิปรายได้ว่า ใน การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพ มาใช้ในการสร้างกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่มปิด นัดหมายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 5 ครั้ง ประกอบไปด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 ภาวะอารมณ์ที่ดี (Positive Emotion) กิจกรรมครั้งที่ 2 สุขได้แค่อกกำลังกาย (Engagement) กิจกรรมครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) กิจกรรมครั้งที่ 4 ฉันมีความหมาย (Meaning) และ กิจกรรมครั้งที่ 5 ฉันทำได้ (Accomplishment) เมื่อผู้ป่วย โรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลด้วยท่าที่ที่เป็นมิตร เข้าใจและพร้อมจะช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและ ยอมรับในการเจ็บป่วยที่เผชิญจากกิจกรรมบำบัดทั้ง 5 กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้สึก และอารมณ์ที่ส่งผลต่อบุคคล เช่น ความสุข ความเพลิดเพลิน ความตื่นเต้น ความพอใจและความภูมิใจ รู้สึก เพลิดเพลินกับการทำกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ใช้ทักษะ ความสามารถที่มีความท้าทายแต่ยังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทำให้มีความตั้งใจที่จะทำกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย ความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง ไม่ว่าจะ

เกี่ยวกับชีวิต ครอบครัว อาชีพการงาน มีความหมายที่จะสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นได้ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบได้ถูกต้อง ส่งเสริมให้ กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น ซึ่งจะไปช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีภาวะซึมเศร้ามีกำลังใจและอยากที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิติกร พรมา⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (mean= 22, S.D.= 1.40) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการทดลอง (mean= 8.6, S.D.= 2.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (t= 15.58, p<0.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาวะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทลงได้ โดยการส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ปรับอารมณ์เชิงลบและกระบวนการที่บิดเบือนการรับรู้ เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองให้เหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฤดี ชลชาติบดี¹⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง (mean= 14.90, S.D.= 2.59) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (mean= 20.13, S.D.= 3.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 17.11, p<0.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน สรุปได้ว่าจากผลการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมสุขภาวะไปใช้ในการบำบัด เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2. หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (mean= 7.88, S.D.= 2.74) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean= 10.08, S.D.= 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) อภิปรายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาวะที่มีกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อบุคคลให้เรียนรู้ถึงการมีอารมณ์เชิงบวก อารมณ์ความสุข และการมีอารมณ์เชิงลบ โดยการให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจลักษณะอารมณ์เชิงบวก ค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพอใจ ความเพลิดเพลิน¹⁸ โดยสนับสนุนการใช้ลักษณะเชิงบวกของบุคคล เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งและพรสวรรค์ของบุคคล เช่น ความเป็นผู้นำ ความเมตตา และการรู้จักให้อภัย รู้จักความเป็นตัวเอง ทำกิจกรรมได้อย่างสบายใจและสนุกสนาน ให้บุคคลมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะความสามารถ แต่อย่างไรก็ดีสิ่งที่ทำได้ จนในบางครั้งอาจจะทำให้รู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนลืมเวลา ลืมไปว่ากำลังรู้สึกเศร้าหรือทุกข์อยู่¹⁹ จนเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เกิดการยอมรับจากสมาชิกกลุ่มและคนรอบข้าง ก่อให้เกิดความรัก ความนับถือ และความร่วมมือ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับรู้สัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เข้าใจความหวังดี ความห่วงใยจากผู้อื่น วิธีการสื่อสารเชิงบวกระหว่างบุคคล ซึ่งจะช่วยให้เห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ส่งผลให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่ม ร่วมกันค้นหาความหมายของชีวิต ซึ่งการที่รู้สึกกว่าตัวเองมีความหมาย จะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เมื่อมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจ มีภาวะอารมณ์ที่ดี มีความหวังที่จะอยู่ต่อไปได้ เมื่อมีอารมณ์เชิงบวก รับรู้ถึงคุณค่า ความหมาย การสร้างอารมณ์สุขกับตนเองและเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นแล้ว กิจกรรมสุดท้ายคือการฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้ คือการจัดการกับอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์เชิงลบ โดยการเรียนรู้ถึงวิธีการและรับรู้ความรู้สึกที่จะมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จ เกิดเป็นความสามารถที่จะตั้งเป้าหมายในการลดอาการซึมเศร้า ซึ่งสิ่งที่ได้รับจะเป็นการเรียนรู้และเป็นประโยชน์ในชีวิต ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.ณ พงศธรสกุล และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ²⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่

สุขภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิติกร พรมา⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ ($D1 = 6.4, S.D. = 0.41$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($D2 = .40, S.D. = 0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.41, p < 0.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาวะมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมสุขภาวะไปใช้เป็นการบำบัด เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

3. คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (32 คน) ต่อการใช้โปรแกรมสุขภาวะโดยรวม ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.10 อภิปรายได้ว่า ในการวิจัยนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับโปรแกรมสุขภาวะที่มีกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสุขภาวะในระดับมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบงานประกันสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ (Coordination) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) เช่น การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยท่าทีที่เหมาะสมกับวัย ความพึงพอใจต่อข้อมูล ที่ได้รับจากบริการ (Medical information) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost)²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ สีสาวดี ตรีศักดิ์ และคณะ²² ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ คะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นทุกรายจนอยู่ในระดับปกติทั้งหมด ซึ่งทุกรายมีความพึงพอใจระดับสูงหลังได้รับโปรแกรม และพยาบาลที่ใช้โปรแกรมเห็นด้วยกับ การนำไปใช้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ซึ่งสามารถทำให้การรู้คิดดีขึ้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุควรนำโปรแกรมนี้นำไปใช้ในการฟื้นฟูด้านจิต สังคมต่อไป สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือมีความชื่นชอบ พอใจต่อการที่บุคคลอื่นกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งตอบสนองความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ปรารถนา ให้กระทำการสิ่งที่ต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลนั้นได้ ดังนั้นในการวิจัยนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับโปรแกรมสุขภาวะที่มีกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสุขภาวะ ซึ่งเกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านผู้ป่วย โรคจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรจัดอบรมการใช้โปรแกรมสุขภาวะแก่บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้เข้าใจในวิธีการดำเนินการ เพื่อขยายผลการดำเนินโปรแกรมให้มีประสิทธิผลสูงสุดแก่ผู้รับบริการ
2. ควรติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมสุขภาวะอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทในแต่ละโรงพยาบาล

3. ในการกำหนดกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรมสุขภาวะ ควรปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ปัจจุบัน

4. ควรมีสหวิชาชีพร่วมในการดำเนินโปรแกรมสุขภาวะ เพื่อประสิทธิผลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า กลุ่มอาการหลงผิด กลุ่มอาการความคิดผิดปกติ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาวะ โดยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมบำบัด หรือปรับเปลี่ยนระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยด้วยความกรุณาแนะนำให้คำปรึกษาและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจาก ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบคุณพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลรัตนวาปีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้ และในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย และหัวหน้าพยาบาลที่ให้ความสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ผู้ป่วยจิตเภทพุ่งแพทย์แนะอยู่ร่วมกันได้ [อินเทอร์เน็ต]; 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th /Content/26076>.
2. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic criteria from DSM-IV (5th ed). Washington, DC: Author; 2000.
3. อาริยา ต้มมโนกุล. ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://202.28.34.124 > dspace > bitstream>.
4. นรินทร์ สมปอง, ชนิดดา แนบเกษร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2564;32(1): 48-61.
5. กิติกร พรมา. ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://digital.library.tu.ac.th > frontend > Info > item>.
6. Touhy TA, Jett KF, Ebersole P. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging. 4th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby; 2014.
7. ไพจิตร พุทธรอด, มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(3):1-13.
8. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). ภาวะสังคมไทยไตรมาส 3 ผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด' พุ่งสูง [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org > content > 2022/12>.
9. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า. ซึมเศร้า...เรารู้กันดี [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaidepression.com/ www/who_depress/km_depress.pdf.

10. กรมสุขภาพจิต. เป็ดสถิติโรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>.
11. กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญและองค์กรรวม โรงพยาบาลรัตนวาปี. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการประจำปีของกลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญและองค์กรรวม โรงพยาบาลรัตนวาปี, หนองคาย, ประเทศไทย; 2566.
12. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York, NY: Atria Books; 2011.
13. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2561.
14. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563.
15. Likert Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude. Theory and Measurement, (90-95). New York: Wiley & Son; 1967.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวิทย์สาส์น; 2553.
17. ณฤดี ชลชาติบดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารทหารบก 2563;23(3):342-351.
18. Chaves, Lopez-Gomez, Gonzalo Hervas, Vazquez. The Integrative Positive Psychological Intervention for Depression (IPPI-D). Journal of Contemporary Psychotherapy 2019;49(2).
19. กานต์ จำรูญโรจน์. โรคซึมเศร้าและยาดี (ออกกำลังกาย) [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/guide/hot_health_clips/0032.
20. ดริณ พงศธรสกุล, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/JPNMH/article/download>.
21. Aday, Andersen. Theoretical and methodology issue in Sociology study of satisfaction with medical care. Social Science and Medicine 1971;12(28).
22. สีสาวดี ตรีศักดิ์, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, วรณัฐ กิตติสัมพันธ์. ประสิทธิผลของ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2563;47(3):228-39.