

แบบฟอร์มส่งผลงานวิชาการเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)

ในการเข้าร่วมประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ประจำปี 2565

“ก้าวเข้าสู่ระบบปฐมนิเทศใหม่ ภายใต้ พ.ร.บ.กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

ประเภทผลงาน ☒ R2R ☐ CQI ☐ Best Practice
 ผลงานในสาขา ☐ การจัดการโรคติดต่อ ☐ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
☐ การส่งเสริมสุขภาพ ☐ การจัดการอุบัติเหตุทางถนน
☐ อื่นๆ

1. ชื่อเรื่อง

ผลของแผนการคืนสู่สุภาพต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ผู้จัดทำผลงาน

นายดริณ พงศธรสกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ e-mail : ton.pngst@gmail.com

3. หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ อำเภอ เมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 044-233932 E-mail ton.pngst@gmail.com

4. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทถือเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของโรคจิตเวช มีการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะหลงเหลือ แสดงออกในรูปแบบอาการทางบวก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติของคำพูด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในกิจวัตรประจำวันรวมถึงการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีการแสดงออกผิดแปลกไปจากคนปกติ (สมภาพ เรืองตระกูล, 2557) ลักษณะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการศึกษา สัมพันธภาพกับคนอื่นในสังคมบกพร่องแย่ง (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558; กุศลีน กัณหา, บุษกร วรารอมรเดช, ขนิษฐา ชุ่มสุข, ดริณ พงศธรสกุล, บวรภาพ ปราบมะเรียง และ สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2563) ทั้งนี้ส่งผลให้บุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภท มองผู้ป่วยในทางลบและมีอคติตราบาปติดตัวผู้ป่วยจิตเภทตลอดชีวิต (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ซึ่งความเสี่ยงทางด้านการดูแลตนเองและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามมา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑา ชัยเสนา, 2558; ดริณ พงศธรสกุล และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลจนอาการทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้เพียง

ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอีกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนมีความเสื่อมต่อการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง (วีระยุทธ บุปผาภา, 2554) ผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เห็นได้ว่าปัญหาคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภทจะพบได้ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง (ดริณ พงศธรสกุล และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจตามแนวคิดของ The WHOQOL Group (1996) อธิบายถึงความพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ภายใต้องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย กล่าวถึงผู้ป่วยจะสามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้เพียงในระดับหนึ่งและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล(Moller and Murphy, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทในระยะเรื้อรังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีได้ 2) ด้านจิตใจ กล่าวถึงผู้ป่วยจะประเมินและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ รู้สึกท้อแท้ ทุกข์ทรมานและต้องปิดบังความเจ็บป่วยทางจิตของตน (วีระยุทธ บุปผาภา, 2554; สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม กล่าวถึงผู้ป่วยมักจะแยกตัวผู้อื่นไม่ได้ถูกการยอมรับ และมีปัญหาเศรษฐกิจ (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ขาดทักษะทางสังคม มีความรู้สึกอับอายเนื่องจากมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดความไม่สบายใจไม่มั่นใจในการทำงาน ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (กุศลสิน กัณหา และคณะ, 2563) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน เป็นเหตุที่ส่งผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย

แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของ Copeland (2002) ช่วยสนับสนุนให้บุคคลที่อยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวชส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นผู้ตัดสินใจเลือกและกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาวะของตนเองได้ โดยมีบุคลากรทางวิชาชีพ ครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่นในชุมชน เป็นแหล่งประโยชน์คอยช่วยให้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง ภายใต้องค์ประกอบปัจจัยที่สำคัญทั้ง 5 ด้าน คือ การศึกษา การมีความหวัง การกำกับตนเอง การสนับสนุนและการรับผิดชอบตนเอง โดยแนวคิดนี้มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี จากการมุ่งเน้นด้านชีวการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตเพราะการดูแลตามแนวคิด

ดังกล่าวไม่ได้มุ่งที่จะดูแลเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการทางจิต แต่เป็นการเน้นที่การพัฒนาศักยภาพแต่ละบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นฟูสู่สภาวะที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย มีเป้าหมายเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพและมีปฏิสัมพันธ์ให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ทำหน้าที่กำกับกับการดูแลตนเองได้ ช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและต่อเนื่อง

5. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับแผนการคืนสู่สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

6. สมมติฐานในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมแผนการคืนสู่สภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมแผนการฟื้นฟูสู่สภาวะ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมแผนการคืนสู่สภาวะสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แผนการคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท ของ Copeland (2002)

กิจกรรมที่1 รู้จักตัวตน รู้จักชีวิต

กิจกรรมที่2 การค้นหาความหวังและเป้าหมายชีวิต

กิจกรรมที่3 แผนการจัดการความเปลี่ยนแปลงของชีวิต

กิจกรรมที่4 ค้นหาการสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่5 การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



คุณภาพชีวิต

8. ระเบียบวิธีการศึกษา/กระบวนการพัฒนา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design) โดยศึกษาผลของแผนการคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

ประชากร

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป มีค่าคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ยืดยาวและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ แผนการคืนสู่สุขภาวะ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น จากโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทของดร.ณ พงศธรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์(2563) โดยใช้แนวคิดรูปแบบคืนสู่สุขภาวะตามกรอบแนวคิดของ Copeland (2002) เน้นมาจากแผนการคืนสู่สุขภาวะ หรือ wellness recovery action plan: WRAP

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง สร้างแบบสอบถามโดยมีข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2. แบบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุลและคณะ (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินระดับการคืนสู่สุขภาวะของ Hancock (2016) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินระดับการคืนสู่สุขภาวะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 จำนวน 38 ข้อ ชุดย่อฉบับภาษาไทยของศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) มีองค์ประกอบการคืนสู่สุขภาวะ 4 ด้าน

ส่วนที่ 4 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) แปลฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล (บอกถึงระยะเวลาที่เก็บ / สถานที่ / ขั้นตอน)

ระยะเวลาเก็บข้อมูล 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2564 – 31 มีนาคม พ.ศ.2565

สถานที่ ชุมชนปลายราง อำเภอสูงเนินและชุมชนนิคมลำตะคอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาแม้จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยก่อนการทดลองคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหลังจากการทดลองพบว่ามีความแตกต่างรายด้านดีกว่าก่อนการทดลองแต่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม โดยสรุปคือคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองของกลุ่มได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

บทเรียนที่ได้รับ

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่จะมีอาการทางลบจนเกิดความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเสื่อมลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลงตามมา ส่งผลให้เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการเจ็บป่วย จึงควรนำแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะไปใช้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลของแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างต่อเนื่องระยะ 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบดูแลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละโรคต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะผู้จัดทำเล็งเห็นความสำคัญเพื่อช่วยพัฒนาบทบาทการทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนระหว่างสหวิชาชีพขึ้นมากในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. คณะผู้จัดทำเล็งเห็นความสำคัญเพื่อช่วยส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เกิดความหวังและเสริมพลังใจในการรับมือ ขอบต่อตนเองอันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กุศลิน กัณหา, บุษกร วรากรอมรเดช, ขนิษฐา ชุ่มสุข, ดรัณ พงศธรสกุล, บวรภาพ ปราบมะเริง และสวัสด์ เทียงธรรม. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการคืนสู่สภาวะเพื่อเสริมสร้างความสามารถ ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 34(3), 1-19.
- ดรัณ พงศธรสกุล และเพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 34(2), 160-186.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธานี และจินห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลาส. (2558). ผลของใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 23(1), 68-79.
- วีระยุทธ บุปผา. (2554). **รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเวช : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ เข้มทอง. (2559). **แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะฉบับภาษาไทย**. ชิดนีย์: มหาวิทยาลัยชิดนีย์ ออสเตรเลีย.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. **วารสารกองการพยาบาล**, 42(3), 159-168.
- สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์. (2558). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความรู้สึกรับาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล (2545). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย**. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- Copeland, E.M. (2002). Wellness Recovery Action Plan. **Occupational Therapy in Mental Health**, 17(3-4), 127-150
- Moller, M.D., and Murphy, M.F. (2001). **Neuro biological responses and schizophrenia psychotic disorder**. In Stuart, G.W. and Lara, M.T. : Principle and practice of psychiatric nursing. St. Louis : Missouri.
- Overall, J.E. and Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, 10, 799-812.
- World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group). (1996). What quality of life? World Health Organization quality of life assessment. **World Health forum**, 17(4), 354 –356.