ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2545
ISBN 974-17-3096-9
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUT-PATIENT DEPARTMENT OF PHASRIMAHABODHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

Miss Hong Bantengsuk

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2002

ISBN 974-17-3096-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โดย	นางสาว หงษ์ บรรเทิงสุข
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หงษ์ บรรเทิงสุข : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS,OUT-PATIENT DEPARTMENT OF PHASRIMAHABODHI PSYCHIATRIC HOSPITAL). อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 142 หน้า. ISBN 974-17-3096-9.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2) ศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 140 คน เลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและการคัดออก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตทุกด้านคือด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อยู่ในระดับสูง

2. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ โดยมีค่าความแปรปร5วนของการพยากรณ์ร้อยละ 37.8 (R^2 = .378)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .385_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .204_{\text{อาการทางลบ}} + .190_{\text{เพศหญิง}} + .144_{\text{ความเพียงพอของรายได้}}$$

สาขาวิชา. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา..... 2545..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

4477625536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEY WORD : QUALITY OF LIFE / PERSONAL CHARACTERISTICS / PERCEIVED CONTROL / NEGATIVE SYMPTOMS / SOCIAL SUPPORT

HONG BANTENSUK : FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUT-PATIENT DEPARTMENT OF PHASRIMAHABODHI PSYCHIATRIC HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA UNIBHAND, Ph.D., 142 pp. ISBN 974-17-3096-9.

The purpose of this descriptive research were to study the quality of life of schizophrenic patients receiving service in out-patient department of Phasrimahabodhi Psychiatric Hospital, and to determine the predictors of quality of life of schizophrenic patients. Subjects were 140 schizophrenic patients receiving service in out-patient department of Phasrimahabodhi Psychiatric Hospital, selected by inclusion and exclusion criteria. Research instruments were developed by the researcher to measure, negative symptoms, adequacy of income, perceived control, social support and quality of life of schizophrenic patients. All instruments were tested for content validity and determined its reliability. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression.

Major finding were as follows :

1. Overall quality of life and quality of life in the aspect of health and functioning mode, socioeconomic mode, psychological / spiritual mode, and family mode of schizophrenic patients were at the high level.

2. Factors significantly predicted quality of life schizophrenic patients were social support, negative symptoms, female and adequacy of income, at the level of .05. These predictors were accounted for 37.8 percent (R^2 =.378)

The Standardized Score function was :

$Z_{\text{quality of life}} = .385_{\text{social support}} -.204_{\text{negative symptoms}} +.190_{\text{Female}} +.144_{\text{Income}}$

Field of study. Mental Health and Psychiatric Nursing. Student's signature……..

Academic year……..2002……..Advisor's signature……..

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดมา ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้ง ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่แหวน บรรเทิงสุข และครอบครัวบรรเทิงสุข และขอขอบคุณ คุณเกรียงศักดิ์ ศรีสุโข และครอบครัวศรีสุโข ที่ได้คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคทุกอย่างได้จนสำเร็จ ขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือปลอบโยน และให้กำลังใจด้วยดีมาตลอด

คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อคุณแม่ ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

หงษ์ บรรเทิงสุข

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 8

ขอบเขตของการวิจัย..... 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 13

2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท..... 15

การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต..... 25

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต..... 36

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน..... 36

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต..... 42

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน..... 44

ลักษณะอาการทางลบ..... 48

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 52

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 56

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 62

3 วิธีการดำเนินการวิจัย 63

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 63

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…… …….. 64

การหาความตรงตามเนื้อหา…….. 72

การหาความเที่ยง …….. 74

การเก็บรวบรวมข้อมูล…… 76

การวิเคราะห์ข้อมูล…….. 78

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล…… 80

5 สรุปและอภิปรายผล…… 94

สรุปผลการวิจัย……... 95

อภิปรายผลการวิจัย…… 97

ข้อเสนอแนะ…… 101

รายการอ้างอิง…….. 107

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ…… 123

ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย…… 124

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…… 129

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง……... 137

แบบฟอร์มเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ…… 138

แบบฟอร์มขอความร่วมมือในการทำวิจัย…….. 139

ภาคผนวก ง ตัวอย่างวิธีการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต…… 140

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์…….. 142

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และเปรียบเทียบโครงสร้างของเครื่องมือก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ	74
2	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	76
3	จำนวนและ ค่าร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว.....	82
4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชครั้งล่าสุด.....	83
5	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการทางลบ รายได้ของครอบครัว ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม.....	84
6	จำนวน และร้อยละ ของระดับของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	85
7	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายด้านและ โดยรวม	85
8	จำนวนและร้อยละ ของอาการทางลบแบ่งตามรายข้อ.....	86
9	ค่าคะแนนเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งตามรายข้อ.....	87
10	คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายข้อด้านสุขภาพและการทำหน้าที่กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ.....	88
11	คะแนนเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายข้อด้านจิตใจและจิตวิญญาณกับด้านครอบครัว.....	89
12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต.....	90
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของพยากรณ์.....	91

หน้า

14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบขั้นตอน..... 92

15 แสดงค่าสัมประสวิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ทดสอบความมีนัยสำคัญของตัวพยากรณ์..... 93

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรมจึงมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิต เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะอยู่ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของแต่ละบุคคล (WHO, 1996) ส่วน Campbell (1976) นั้นได้กล่าวโดยสรุปว่าคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบเน้นพิเศษที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละบุคคลเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่คาดหวัง ผลที่ได้คือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล ตามความหมายของคุณภาพชีวิต ที่ Campbell (1976) กล่าวมีความสอดคล้องกับคำกล่าวของ Dalkey & Rourke (1973) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นบารอมิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคล

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือมีการเจ็บป่วย ดังนั้นในปัจจุบันทุกประเทศจึงได้นำเอาคุณภาพชีวิตมาตั้งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยต่างก็ตระหนักว่าคุณค่าของชีวิตนั้นไม่ได้อยู่ที่การมีชีวิตยืนยาวแต่อยู่ที่การมีชีวิตหรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และทั้งนี้ยังเชื่อในแนวคิดที่ว่าการที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุด ของการพยาบาลคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lubkin, 1986)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเชาว์ปัญญายังปกติ (WHO, 1992) ลักษณะอาการของโรคจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคมจะเสื่อมลง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) อัตราความชุกของโรคจิตเภทมีประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2-2.5 คนต่อประชากร 1000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่พบมากที่สุดใน

บรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมดคือพบประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวช (Bethesda, 1999) ในประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2541) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2545 มีจำนวน 449,545 คน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 104,920 คน (กรมสุขภาพจิต, 2545)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลงกล่าวคือเมื่ออาการรุนแรงต่างๆเช่นอาการก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นสงบลง แพทย์ก็จะจำหน่ายผู้ป่วยเหล่านี้สู่ครอบครัวและชุมชน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากต้องออกไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ, 2542) เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน พบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ เนื่องจากมักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ และไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสระภาพในการกระทำกิจกรรมต่างๆ บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) และเมื่อผู้ป่วยจิตเวชออกสู่สังคมภายนอก สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย คือเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชจะทำประโยชน์ได้ แสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น นอกจากนี้คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอันตราย ก้าวร้าว จึงพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยด้วย นอกจากนี้ในด้านการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาในการหางานทำ อาจไม่มีคนจ้างงานหรือให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน (พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ทิวาพร ฟูเฟื่อง (2544) ที่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาร้อยละ 57.7 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

ผู้ป่วยจิตเวชเมื่อต้องประสบกับสภาพดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน กล่าวคือผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง การที่ผู้ป่วยถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความสะเทือนใจมีความเครียดมากขึ้น ผลที่ตามมาอาจทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ และทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (American Psychiatric Diagnosis, 1994) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ต้องอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นผลที่ตามมา คือทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ท้อแท้และไม่มีความสุขในชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว จะเห็นได้ว่าเกิดการหย่าร้างได้บ่อย เพราะผู้ป่วยมักจะมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นไปในทางลบ (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์และคณะ, 2539) และทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษา

พยาบาลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีงานทำต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวทำให้รายได้ของสมาชิกคนอื่นลดลงได้ (มนตรี อมรพิเชษฐ์กูล และ พรชัย สงวนสิน, 2544) ส่วนผลกระทบต่อประเทศทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al. 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al. 1986) และจากการศึกษาของ Bobes (1996 cited in Katschnig et al. 1997) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลในรัฐโอไวโอ ประเทศสเปน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 65 ไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลโกเฮนเบอร์ก ประเทศสวีเดน ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 84 ประเมินว่าไม่พึงพอใจการดำเนินชีวิตในชุมชน (Skantze,1990 cited in Bobes & Gonzalez, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta, Kulhara & Verma (1998) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้านคือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมโดยทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่างและการเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันวิจัยทางการแพทย์ในประเทศอินเดีย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 85 ที่ไม่พึงพอใจการดำเนินชีวิตในชุมชน ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ จันทรา ธีรสมบูรณ์ (2539) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้นได้แก่ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความเป็นอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนา และสุขภาพร่างกาย (Meltzer et al. 1990; Skantze et al. 1992 ; Sullivan et al.1992 ; Katschnig, 2000; Ho, 2000)

จากการทบทวนสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนดังกล่าวพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ต่ำแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบดังนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย คือเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปรับตัวทั้งทาง

ด้านร่างกายและจิตใจให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและจะรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งค้ำจุนทางจิตใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือเกิดความเครียด ส่งผลต่อการเกิดการป่วยซ้ำได้ (Rose, 1997) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวจะพบว่าบุคคลในครอบครัวจะรู้สึกมีความกังวลใจ เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกว่าเป็นตราบาป (Greenberg et al. 1993) และรู้สึกว่าเป็นภาระ เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวทำให้มีการแสดงออกของอารมณ์แบบไม่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผลกระทบต่อระบบบริการพยาบาล ทำให้ต้องเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงระบบบริการการพยาบาลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนางานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีที่สุด เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) จากปัญหาดังกล่าวจึงถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่พยาบาลจิตเวชจะต้องมีหน้าที่ดูแลให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่า

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Power (1985,1992) กล่าวว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ และแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีหลายองค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Barry (1997 cited in Katschnig et al. 1997) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญในการดำเนินชีวิต และอธิบายว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ความเข้าใจกระบวนการประเมิน และการตัดสินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะตัดสินคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไรนั้น ต้องผ่านกระบวนการประเมินค่าของสภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบันโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานทางสังคม ความปรารถนา ความคาดหวัง ค่านิยม และความเชื่อของตนเองแล้วจึงตัดสินว่าคุณภาพชีวิตตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งในกระบวนการนี้จะต้องอาศัยตัวแปรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลาง (Mediators of subjective quality of life) โดย Barry (1997 cited in Katschnig et al. 1997) ได้พัฒนามาจากผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชของ Rosenfield (1992), Arns & Linney (1993) และ Barry & Crosby (1996) มารวมเป็นตัวแปรกลาง (Mediators of subjective quality of life) ประกอบด้วยปัจจัยสามด้านคือ1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal characteristics) 2. แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-related constructs) ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน 3.ปัจจัยทางคลินิก (Clinical characteristics) ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเข้าไปมีบทบาทสำคัญในกระบวนการประเมินค่าซึ่งจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ Barry (1997 cited in Katschnig et al.1997) ถือว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวแปรกลางต่อคุณภาพชีวิตและยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่าตัวแปรในตัวแปรกลางสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายในตนและอายุสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48 (Zizsi et al. 1998) และพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 39 จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหล่านี้สามารถเป็นได้ทั้งตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการประเมินค่าแล้วยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรที่เป็นตัวแปรกลาง ตามแนวคิดของ Barry (1997 cited in Katschnig et al.1997) มาเป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Lehman,1983; Mechanic,1997 cited in Katschnig, 2000; Norman et al. 2000) อาจเนื่องมาจากว่าการที่เพศชายถูกกำหนดบทบาททางสังคมให้เป็นผู้นำครอบครัวและสังคมทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทความรับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง รู้สึกสูญเสียและมองโลกในแง่ลบ สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยเพศชายรับรู้ว่ามีระดับคุณภาพชีวิตลดลงได้ (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) ส่วนอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีความสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Mercier et al.(1998) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อย ส่วนความเพียงพอของรายได้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และยังเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ที่เพียงพอจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (Mercier & King, 1994) ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งคือระดับการศึกษาซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิต Vandiver (1998) ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุธิดา กาญจนรังษี, 2538)

แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-related constructs) เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งตามแนวคิดของ Barry (1997 cited in Kastchnig et al. 1997) ประกอบด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตน แต่เนื่องจากว่าตัวแปรทั้งสามตัวมีความซ้ำซ้อนกันและเมื่อพิจารณาความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่ามีความซ้ำซ้อนกับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาของ Zissi et al. (1998) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 60 และจากการศึกษาของ Arns & Linney (1993) พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 51 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 30 จะเห็นได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นจึงพิจารณาเลือกความเชื่ออำนาจภายในตนมาเป็นตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง โดยเชื่อว่าการที่สุขภาพจะดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองได้ (Strickland, 1978) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kravetz et al. (2000) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

อาการทางลบคือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของโรคจิตเภท เกิดจากการที่มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจซึ่งประกอบด้วยอาการพูดน้อย อารมณ์ราบเรียบเฉยเมย แยกตัว มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง มีความคิดซ้ำซาก มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม ได้มีการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Meltzer et al.1990; Norman et al. 2000; Browne et al. 1996)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องการพึ่งพาอาศัย มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อกัน มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่ง Pender (1996) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสุขภาพและความผาสุก นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกส่วนตัว เป็นความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การยอมรับ ความรัก ความพอใจ การมีคุณค่า และความต้องการส่วนตัว มีรายงานการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Kastchnig et al. 1997; Caron et al. 1998)

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานที่และการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

ที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) การทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มหรือแต่ละท้องที่เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยควรทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะเป็น ภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวช มีหน้าที่ให้การรักษา ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและให้การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชใน 5 จังหวัดภาคอิสาน ซึ่งจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตพบว่าใน 5 จังหวัดดังกล่าวมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและการเงินร้อยละ48.7 และยังพบว่ามีสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 1.1 มีความผิดปกติทางจิต (สุมนา ศรีลาชัย และคณะ, 2544) นอกจากนี้จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542-2544 มีจำนวน 108,985 คน 97,060 คนและ 89,389 คนตามลำดับและในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 29,714 คน 23,460 คน 18,504คน และโรคจิตเภทยังเป็นโรคที่อยู่ในอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช 10 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการ (งานสถิติโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2544) โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบและการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพในสังคม จึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและทางลบกับตัวแปรนี้ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและให้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุขเพราะจะเห็นได้ว่าถ้าผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอย่างไม่ปกติสุขแล้ว จะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการพยาบาล ดังนั้นจึงต้องเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับบทบาทของพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จากปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ ตามที่ Barry (1997 cited in Katschnig et al.1997) ได้นำเสนอไว้โดยอธิบายว่าการที่บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตและตัดสินว่าคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรนั้นต้องผ่านกระบวนการประเมินค่าของสภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานทางสังคม ความปรารถนา ความคาดหวัง ค่านิยมและความเชื่อของตนเอง ซึ่งในกระบวนการประเมินค่านี้ต้องอาศัยตัวแปรที่เป็นเสมือนตัวกลางในการพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิต ตัวแปรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลางนั้นประกอบด้วยตัวแปรสามด้านคือ1. ปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ 2. ความเชื่ออำนาจภายในตน 3. ปัจจัยทางคลินิกคืออาการทางลบ และปัจจัยอื่นๆคือการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยทางด้านเพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางพันธุกรรม (Orem,1985) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจเพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนคติต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน (จันทรา ธีรสมบูรณ์, 2539) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (Lehman, 1983; Norman et al. 2000) ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

อายุ จากศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันและอาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเป็นวัยที่กำลังริเริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานของชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากถึงแม้จะมีสุขภาพที่เลวลงแต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีหลักฐานในชีวิตมากกว่า (Padilla & Grant, 1985) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาในขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Vandiver (1998) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tempier et al.(1998) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ารายได้เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและครอบครัวและสังคมให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิตส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากการศึกษาของ พรชัย สงวนสินและคณะ (2541) พบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Lehman (1983) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำจะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูง ดังนั้นความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ความเชื่ออำนาจภายในตนตามแนวคิดของ Rotter (1966) กล่าวว่าคือความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่า เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเกิดจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ ก็จะเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและความรู้สึกมีคุณค่า (Miller,1983) และรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต (Rosenfield, 1989) จึงทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Rodin,1986) ดังจะเห็นได้จาก มีผลรายงานการศึกษาที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Rosenfield, 1992; Kravetz, 2000)

อาการทางลบคือการที่ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมตามปกติน้อยลง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและการแสดงออกทางอารมณ์น้อยลง เฉยเมย บางครั้งมีอาการ ซึมเศร้า สับสน ขาดแรงกระตุ้นหรือมีแรงจูงใจน้อย (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องและเสื่อมลงของบุคลิกภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง ไม่ยอมช่วยเหลือ

ตนเองและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แยกตัวทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ตลอดจนไม่สามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นรู้ความต้องการของตนเองได้ (Johnson et al. 1997) และยังไม่สนใจดูแลตนเอง ต้องตกเป็นภาระของญาติในการดูแล ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ญาติอาจตำหนิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพดังกล่าวจึงเกิดความรู้สึก ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ขาดพลัง ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ ดังจะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพและความผาสุขโดยทั่วๆไป ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Browne et al. 1996; Ruggeri et al. 2002) ดังนั้นอาการทางลบจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมนั้น Thoits (1986) กล่าวว่าเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการได้รับการยกย่อง ซึ่งสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) กล่าวว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีถ้าปราศจากการตระหนักรู้และการช่วยเหลือที่มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอกได้แก่ ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของตนเอง จากความสำคัญดังกล่าวแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นจากการศึกษา Caron et al. 1998) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (1992) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล อาการทางลบ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรทำนาย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรเกณฑ์ คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิตที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตขณะอยู่ในชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อของตนเอง ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers (1985) Epilepsy version III ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 มิติคือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำคัญในด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอาการเกี่ยวกับโรคของตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆให้กับตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำคัญในด้านการทำงานและค่าใช้จ่าย การได้รับการประคับประคองทางจิตใจ การศึกษา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน และสภาพบ้านเมือง

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำคัญในด้านความพอใจในตนเอง ความสุข ความวิตกกังวล การประสบความสำเร็จ ความสุขสงบภายในจิตใจ ปฏิกิริยาของบุคคลอื่น และการนับถือคำสั่งสอนของศาสนา

4. ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำคัญในด้านสัมพันธภาพ สุขภาพและความสุขของบุคคลในครอบครัว

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคจิตเภท

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับในสถาบันการศึกษา

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัวสำหรับการซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยาและการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัวเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้ว ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเองขณะอยู่ในชุมชน ซึ่งประเมินโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) ที่สร้างขึ้นเองตามแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนเองในด้านสุขภาพและอาศัยแนวทางในการสร้างจากเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเองของ Wallston & Wallston (1981) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Rotter (1966)

อาการทางลบ หมายถึง การรับรู้ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกในลักษณะเฉื่อยชา การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต การบกพร่องในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวออกจากสังคม การขาดความสนใจและการคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมต่างๆ มีปัญหาในการใช้ความคิดที่เป็นนามธรรม การสนทนาที่ขาดการลื่นไหลไม่เป็นไปตามธรรมชาติ มีความคิดที่ตายตัวและซ้ำซากซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และตัดสินคุณภาพชีวิตในทางด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay,Fiszbien & Opler (1987)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรัก ความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคลากรในทีมสุขภาพขณะที่อยู่ในชุมชนในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ของ

จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย มีที่พึ่ง รับฟังข้อคิดเห็นและให้ความเคารพยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคลากรในทีมสุขภาพขณะที่อยู่ในชุมชน

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเองขณะที่อยู่ในชุมชน

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขณะอยู่ในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข
2. เป็นแนวทางในการในการทำวิจัยเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
   - 1.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท
   - 1.2 การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
   - 1.3 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช
   - 1.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยนอก
2. การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
   - 2.1 ความหมายคุณภาพชีวิต
   - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
   - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
   - 2.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิต
   - 2.5 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
   - 3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
   - 3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
   - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน
   - 3.4 ลักษณะอาการทางลบ
   - 3.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช และพบได้มากที่สุด และยังพบได้ในประชากรทุกกลุ่ม ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia Praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท กล่าวโดยทั่วไปคือเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ลักษณะอาการและความหมายของผู้ป่วยจิตเภทนั้นได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการ การคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือมีพฤติกรรมแปลกๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ความผิดปกติของความคิด (thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception) และพฤติกรรม (behavior) เป็นลักษณะสำคัญ โดยที่ไม่มีโรคทางกาย หรือโรคทางสมอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

ตามความหมายของ ICD-10 ได้กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท ได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994 cited in Moller & Murphy, 2001) ได้กล่าวว่าลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะมีสองแบบคือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะของพฤติกรรมบิดเบือนจากปกติ พฤติกรรมลักษณะวุ่นวาย แปลกประหลาด มีความผิดปกติด้านความคิดหลงผิด ประสาทหลอน กระแสคำพูดสับสน หรือพูดในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ และกลุ่มอาการด้านลบ

(Negative symptom) ผู้ป่วยจะมีลักษณะของพฤติกรรมและการทำหน้าที่น้อยลง มีปัญหาด้านอารมณ์ โดยไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ เฉยเมย ความคิด และการตัดสินใจเสีย โดยลักษณะความคิดและคำพูดน้อยลง ขาดจุดมุ่งหมายในพฤติกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอื่นๆรอบตัว แยกตัวออกจากสังคม ไม่ค่อยสบตาผู้อื่น มีความบกพร่องทางด้านทักษะการติดต่อทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเภท จะมีลักษณะอาการที่เหมือนกันอยู่ 4 อาการ และมีอาการร่วม 2 ประการ ดังนี้ (ไพรัตน์ พฤกษชาตคุณากร , 2534; อำไพวรรณ ศรีสวัสดิ์, 2541)

1. อาการหลัก ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (Associative disturbance) หมายถึง มีความคิดไม่ต่อเนื่อง และไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน

1.2 ความผิดปกติของอารมณ์การแสดงออก (affective disturbance) คือผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์

1.3 หมกมุ่นในความคิดของตนเองโดยไม่สนใจโลกภายนอก (Autism) หมายถึง ผู้ป่วยจะสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมา จึงทำให้อยู่ในโลกของตนเอง

1.4 มีอาการหรือ ความคิด สองจิตสองใจ (Ambivalence) หมายถึง ความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้จะทำอะไร

2. อาการร่วมประกอบด้วย

2.1 อาการประสาทหลอน (Hallucination)

2.2 อาการหลงผิด (Delusion)

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งตามการดำเนินของโรค เป็น 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539 : เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ หรือ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่ มีอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน และอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ผมสกปรกรุงรัง กลางคืนไม่นอน เดินไปเดินมา ทำท่าแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว ตะโกนโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกมุ่นแต่ความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว หลงผิด คิดว่าคนจะมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนมีกระแสจิต มีการโต้ตอบกัน มีความคิดแบบแปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกัน มีลักษณะการพูดไม่จบประโยคก็จะหยุดพูด เนื่องจากกระแสความคิดขาดหายไป บางครั้งพูดมาก ใช้คำพูดแปลกๆ ไม่มีใครเข้าใจนอกจากผู้ป่วย

2.3 ด้านอารมณ์ มีลักษณะอารมณ์แบบไม่เหมาะสม เช่นไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกริยาโต้ตอบต่อการเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้น

2.4 ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ทักษะทางสังคมจะเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากโรงเรียน หรือทำงานไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล และเรื่องการเงิน (Moller & Murphy, 2001)

2.5 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากในระยะนี้จะพบว่ามีลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบบางรายอาจนานกว่านี้

สรุปลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ การสื่อสาร พฤติกรรม อารมณ์การแสดงออก ความคิด ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะมากเกินไปหรือน้อยเกิน ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นกลุ่มอาการทางด้านอาการทางบวก และอาการทางลบ

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่ากรรมพันธุ์สิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี สรีระวิทยาและจิตใจ ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลายอย่างได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factor) เชื่อว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคจิตเภทจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤกษาชาติคุณากร, 2534) และสารเคมีในสมอง (Biochemical factors) สันนิษฐานว่าเกิดจากความผิดปกติของ dopamine ซึ่งเป็น neurotransmitter ของสมอง

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท มีการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

การพยากรณ์โรค (Prognosis)

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะดีหรือไม่ดี ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) คืออายุที่เริ่มเป็น ถ้าอายุยิ่งน้อยการพยากรณ์โรคยิ่งไม่ดี ผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน (acute onset) มีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (insidious onset) บุคลิกภาพเดิมและการปรับตัวก่อนป่วย ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเดิมไม่ดี มีการปรับตัว ด้านสังคม การเรียน การงาน และการแต่งงานไม่ดีมาก่อน มักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี อาการทางอารมณ์ เช่น Mania ที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภทมักบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคดี การมี negative symptoms เด่นและการมี Obsessive-compulsive Symptom มักบอกถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยมีครอบครัวที่มีลักษณะเกื้อหนุนช่วยให้การพยากรณ์ดีกว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัวที่มีจิตพยาธิสภาพหรือไร้ญาติขาดมิตร การแสดงออกของอารมณ์ (expressed emotion) ของคนในครอบครัวในทางลบมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันนั้น อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การรักษาทางกาย กับการรักษาทางใจ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; Herz & Marder, 2002)

1. การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatments) ได้แก่การใช้ยารักษาโรคจิต (Psychotropic Drugs) ยาจิตบำบัดเป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิดและการรับรู้โดยออกฤทธิ์ที่ limbic system, hypothalamus และ reticular activating system และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภท แม้ว้าจะยังมีการ

ถกเถียงกันมาก และไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป แต่จิตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก และบางครั้งก็ขาดไม่ได้เลยหากต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้

2 การรักษาด้านจิตใจ

2.1 จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้นให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม เปลี่ยนแปลง แก้ไขกลไกทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกัน จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วย และญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน

2.3 กิจกรรมบำบัด (Group Therapy) จิตบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง รูปแบบที่ใช้อาจทำให้หลายแบบ เช่น กลุ่มพูดคุยแก้ปัญหา กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) กลุ่มสันทนาการ ฯลฯ

2.4 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ การงานและสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันความเสื่อมของบุคลิกภาพ วิธีการทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้ดีและมีบรรยากาศที่ดี

การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่ามีการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหาที่พบดังนี้

จากการศึกษาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของพันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนต้องประสบกับปัญหา คือเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกหนี ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดอิสระภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาของ ทิวาพร ฟูเฟื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาร้อยละ 57.7 ที่ไม่งานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (1974 อ้างใน ดารา ศตรูลี้ และคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน และมีนิสัยในทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้คนอื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักจะใช้เวลาว่างในการนิ่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่น ถ้าจะไปเยี่ยมคนอื่นจะต้องไปกับสมาชิกครอบครัว กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมากและทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งจะพบว่าเป็นปัญหาในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่นการที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนะคติในเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรัก ความสงสารน้อย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย และรู้สึกว่าการที่มีผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่กล้าถามบุคคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชื่นสุมน สูยะชีวัน, 2536) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรมการกินยาผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ปัญหาที่ตามมาคือการกลับป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่จำหน่ายออกโรงพยาบาลนั้นคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะ

มีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน

ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องประสบกับสภาพดังกล่าวข้างต้นแต่ก็มีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยสามารถที่จะดูแลตนเองได้ด้วยตนเอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในด้านการทำความสะอาดร่างกาย อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ และด้านการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (สุมณฑา บุญชัย, 2545)

สรุปผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันนั้นมีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ดี และสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญคือการยอมรับจากสังคม และปัญหาในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขได้

ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการให้บริการจะคำนึงถึงความต้องการหรือความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับ จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่างๆสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างรวดเร็วและ มีคุณภาพดังนี้ (ปัทมา ศิริเวช, 2544: ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง การทดสอบทางจิตวิทยา การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ให้การพยาบาลเบื้องต้น ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา โดยดำเนินการแบบเป็นขั้นตอนตามระบบของโรงพยาบาลในกรณีที่มีอาการรุนแรงมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา.ในหอผู้ป่วยใน

2. โรงพยาบาลจิตเวชได้จัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอก ในรูปแบบของโรงพยาบาลเฉพาะช่วงเวลา เช่น โรงพยาบาลกลางวัน หรือโรงพยาบาลสุดสัปดาห์ เพื่อให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่มีความจำเป็นเช่นต้องการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน หรือผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา

3. นอกจากนี้เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชได้มีการให้บริการโดยการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้น ในสถานบริการใกล้บ้าน แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงซับซ้อน สถานบริการสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมารักษายังโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิได้ และในปัจจุบันได้มีระบบบริการในรูปแบบของโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอจะให้บริการสำหรับผู้ป่วยโดยให้บริการในรูปแบบทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ สะดวกและรวดเร็ว พร้องทั้งประหยัดค่าเดินทางในการมาพบแพทย์ด้วย

4. ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่างๆเช่น คลินิก ผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด คลินิกอดบุหรี่ คลินิกบำบัดยาเสพติดในรูปแบบของโปรแกรม Matrix

นอกจากนี้ได้มีการจัดระบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยยึดหลักการในการดำเนินการดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมี กิจกรรม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปสำหรับรูปแบบของระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การให้การรักษาพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว

จึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย ทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การให้บริการโรงพยาบาลเครือข่าย การติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยนอก

ในการให้การพยาบาลนั้นสาระสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ ต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม กล่าวคือ ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัวและชุมของผู้รับบริการควบคู่กับการดูแลบุคคล ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือการช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการบำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรคฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นคืนหาย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพบว่าบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกนั้นมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542, อำไพวรรณ พุมศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของอารมณ์ ด้านความคิด และพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากการมีอาการทางจิต เพื่อให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมปรึกษาในการวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลจะต้อง ประเมิน เฝ้าระวัง ประสานงานและจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสภาพชีวิตที่เป็นสุขของ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ต้องจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นหรือภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในกรณีที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนให้ได้รับความปลอดภัยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนให้คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

2. ด้านบริหารจัดการ ให้การดูผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมปรึกษาและประเมินระบบบริการที่ให้การพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การเผชิญความไม่สบายใจ การรักษาต่างๆทางจิตเวช การดูสุขภาพร่างกาย การจัดการกับปัญหาส่วนตัว และการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

5. ด้านการวิจัย พยาบาลจะต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและนำมาปรับปรุงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องมีการทำวิจัยจากปัญหาที่พบ เพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และนำบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ ในชุมชนมาร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

7. บทบาทของผู้บำบัด พยาบาลจิตเวชสามารถให้การบำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่มบุคคล ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดต่างๆ พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพการบำบัดและการสื่อสารเพื่อการบำบัด

นอกจากบทบาทดังกล่าวแล้วในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการของบุคคล เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function needs) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ พึงพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่น เป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย รวมทั้งการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกนั้นพยาบาลมีบทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านบริหาร การให้ความรู้ การทำวิจัย การเป็นที่ปรึกษา นักบำบัด ทั้งนี้พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และต้องให้การพยาบาลครอบคลุมถึงครอบครัวและชุมชน และต้องคำนึงความต้องการทั้ง 4 ด้านประกอบกับการใช้แนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

หลังจากที่องค์การอนามัยโลกนิยามคำว่า “สุขภาพ” ในปี1944 ว่าสุขภาพนั้นไม่ใช่หมายถึงการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย ต่อมาในปี 1960 ประธานาธิบดี Eisenhower ได้ใช้คำว่า คุณภาพชีวิตเป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา โดยกล่าวว่า “เป็นชีวิตที่ดี” ต่อมาในปี1970 จึงเริ่มนำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาใช้ในการประเมินสภาวะการเจ็บป่วยตั้งแต่เกิดจนตาย โดยการประเมินนี้มีทั้งการวัดสุขภาพทั่วไปวัดเฉพาะโรคและวัดแต่ละกระบวนการในการรักษาพยาบาล สำหรับในประเทศไทยเริ่มนำคุณภาพชีวิตมาเป็นเป้าหมายในการรักษาพยาบาลเมื่อ 20 ปีมานี้ คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรมและซับซ้อนจึงมีผู้ให้ความหมายต่างกันดังนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง และซับซ้อน เป็นแนวคิดที่มีหลายมิติเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนากรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิต” ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “ คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ”ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans & Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

Spiker (1990 cite in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ 1. สภาวะสุขภาพทางกาย (physical health status) 2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3.สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (psychological status and well-being) 4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) 5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (economic status)

Padilla & Grant (1985) ให้นิยามคุณภาพชีวิตไว้อย่างกว้างๆว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ความสุข (Happiness) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ในชีวิตของตนเอง

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group,1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิต ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Katschnig et al. (1997) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออกทั้งในทางบวกและทางลบ

Ware (1984) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นจุดศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือบทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1. คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่ เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2. คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุสิ่งของต่างๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3. คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน (complex) จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม (Holism) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4. คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่างๆกันก็อาจได้ผลแตกต่างกันได้

5. คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาพวะสุขภาพ (health) โดยที่ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหรือเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans & Powers (1985,1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ George & Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วยการบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพต่อตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว/คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านคือ

1. ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่างโดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่ กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ (resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือการศึกษา อาชีพ รายได้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group,1996) ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 6 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย ในเรื่องของความเจ็บปวด ไม่สบาย เมื่อยล้า การนอนหลับพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ ความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบ

3. ด้านความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน การใช้ยาหรือการรักษา ความสามารถในการทำงาน

4. ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

5. ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การเดินทาง การดูแลทางสุขภาพและสังคม โอกาสการได้รับข้อมูลและข่าวสาร

6. ด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

สรุปคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลายองค์ประกอบ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1985) ซึ่งมีทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย

Meeberg (1993) ได้เสนอเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตไว้สองด้านดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยเป็นการประเมินโดยผู้อื่นโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็น นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตพิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุด เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยบุคคลนั้นเอง

Frank – Stromberg (1988) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น

วิธีแรกคือ เครื่องมือประเมินคุณภาพที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นเฉพาะที่มีผลกระทบจากโรค ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเปลี่ยนแปลง ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุคะแนนประเด็นคุณภาพชีวิตสามารถนำไปคิดคะแนนโดยรวมได้

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย (Objective and Subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยคือการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลากร ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือ การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูลและสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตุได้

สรุปในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตพิสัย ซึ่งเป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยเป็นคนประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่นิยมและน่าเชื่อถือที่สุด เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยบุคคลนั้นเอง โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1985)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต

ในศาสตร์แต่ละสาขาจะมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันตามแนวคิดและทัศนะแห่งตน พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ประสานกันในด้านการศึกษา การบริหารและการบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการให้การพยาบาลนั่นก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตเมื่อพิจารณาความหมายแล้วจะเห็นได้ว่าเป็นคำที่มีหลายมิติ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นได้มีผู้เสนอแนวทางไว้ดังนี้

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2537) กล่าวว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของพยาบาลนั้น พยาบาลต้องเลือกแนวทางที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว และสามารถคงความมีคุณภาพนั้นไว้ตลอดไป วิธีการคือต้องพัฒนาหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และเสนอว่าสิ่งที่พยาบาลควรพิจารณาในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองนั้น คือ ปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ ภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และปัจจัยภายนอกที่สามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองคือ ความหวัง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถภาพในตน สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องศึกษา ค้นคว้าและวิจัย หาวิธีการที่จะนำมาใช้เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป

สมจิต หนุเจริญกุล (2537) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่าคุณภาพชีวิตให้มากขึ้น และจะต้องมีเครื่องมือที่ดี มีความไวพอที่จะสามารถนำมาใช้ มีเครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยอาศัยการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิต

สำหรับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาเปรียบเทียบและสรุปอ้างอิง และเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

พะยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) ได้เสนอว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายสลับซับซ้อน จึงเสนอว่าในการที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นนอกจากการศึกษาในเชิงปริมาณ แล้วควรศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงคุณภาพ ซึ่งยึดหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม จะช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตและการรับรู้ของบุคคล การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยให้ได้ข้อเท็จจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วยจริง ให้ความสำคัญในด้านข้อมูลจากประสบการณ์ตรง เน้นการให้ความหมาย ความรู้สึกนึกคิด วัฒนธรรม ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อนำข้อเท็จจริง มาวิเคราะห์หาข้อสรุปใหม่ๆ และสามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไปได้

Barry (1997 cited in Katschnig et al. 1997) กล่าวว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะต้องมีความเข้าใจในกระบวนการการรับรู้และตัดสินคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลและต้องศึกษา องค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้

1. ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยคือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้และครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ต้องราคาถูกและมีประโยชน์

2. การพยาบาลยึดแนวทางในการป้องกัน ฟื้นฟูสภาพเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3. พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลการวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน วิธีการต่างๆจะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4. การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

วิพาพร มาพบสุข (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีแนวในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาลการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปกครอง ปรับปรุง พัฒนา และแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นใน

ประเทศ โดยรัฐเน้นการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไทย เป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ

2. การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยบุคคลและครอบครัววิธีการปฏิบัติตนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพ การปฏิบัติตนเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือรักษาสุขภาพอนามัย การมีแนวความคิดและเจตคติที่ดีในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรมจริยธรรม การให้ความร่วมมือสนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาตนเอง พัฒนาครอบครัว พัฒนาชุมชน และพัฒนาสังคม

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้างๆ เกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

1. พยาบาลต้องให้การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2. พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดในทุก ๆ ด้านเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ที่สุด สามารถกำหนดแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยได้ (Miller, 1983) ผู้ป่วยจะต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ตามแผนพยาบาลนั้นดีกว่า ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4. พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5. พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ

5.1 ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ

5.2 การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม

5.3 การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุปในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตได้นั้นจะต้องมีความเข้าใจคำว่าคุณภาพชีวิตให้มากที่สุด มีเครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน ต้องสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งหวังในการนำผลการพยาบาลที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ ประกอบกับการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

วิชาชีพการพยาบาลกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนและมีหลายมิติ ในศาสตร์สาขาของการพยาบาล คุณภาพชีวิตถือว่าเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล และในฐานะของบุคลากรทางสุขภาพพยาบาลมีทัศนะต่อคุณภาพชีวิตว่า เป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อ กิจวัตรประจำวันของบุคคล (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ดังนั้นการพยาบาลจึงมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลทุกเพศ ทุกวัย เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล โดยลักษณะวิชาชีพของการพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้รับบริการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว โดยอาศัยศาสตร์การพยาบาลแบบองค์รวม (จอม สุวรรณโน, 2542) และพยาบาลจะต้องอาศัยองค์ความรู้หรือทฤษฎี ทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และการพยาบาลยังเป็นศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการแสวงหาความรู้ เพื่อทำความเข้าใจ อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ และการตอบสนองของบุคคลต่อ

สุขภาพและความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย สิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบุคคล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัย และบำบัดการตอบสนองของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย (American Nurse Association, 1987 อ้างใน จอม สุวรรณโน, 2542) เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้อย่างผาสุก สามารถทำหน้าที่และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้

บทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

อาจแบ่งบทบาทของพยาบาลเป็นดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535 ; สุจิตรา เหลืออมรเลิศ, 2537)

1. บทบาทในด้านการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะให้บุคคลสามารถดึงพลังอำนาจที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเอง ได้อย่างเหมาะสมนั่นคือต้องมีความสามารถ ในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ กระบวนการเจ็บป่วย การเกิดโรค รวมถึงประสบการณ์และการตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียด เหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณโน, 2542)

2. บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยการทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข และจะต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล ต้องประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแกร่ง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin,1986)

3. บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ เป็นผู้นำการปรับปรุงระบบบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้การบริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสมพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม พยาบาลต้องตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ มีการส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม พร้อมทั้งต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการทำงาน

4. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา

5. บทบาทนักวิจัย ทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ ตลอดจนนำผลการวิจัยมาใช้ในเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือบทบาทผู้ให้บริการการพยาบาล เพื่อส่งเสริม ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความสุขสบายและความพึงพอใจในชีวิต ลดความวิตกกังวลหดหู่และสิ้นหวัง การพยาบาลที่มีคุณภาพจะนำมาซึ่งการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติให้มีความเป็นอยู่อย่างปกติมากที่สุดเท่าที่ทำได้ตามสถานภาพที่เป็นอยู่ พยาบาลจะต้องกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็นในการประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้ได้

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ สังคม เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวในหลายๆด้าน เช่นด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว และพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรัง และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการที่เลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น และจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2. สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีการสังเกตอาการ การให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและให้การป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะกับญาติพี่น้องและบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

5. การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

6. ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น และให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน (Lubkin ,1986)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นจะต้องทำไปพร้อมกับการรักษาทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการให้การพยาบาล และเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์และแยกประเด็นการศึกษาในด้านต่างๆดังนี้

1. ประเด็นการศึกษาในลักษณะสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติ สรุปได้ดังนี้

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al. 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al, 1986) และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al.1997) และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 84 – 85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน (Gupta et al.1998; Skantze,1990 cited in Gupta et al.1998) และศึกษาเชิงเปรียบระหว่างแต่ละภูมิภาค Green et al. (2001) ได้ศึกษาโดยศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างรัฐ Casablanca ประเทศโมร็อคโค และ Portland ในประเทศอเมริกา จำนวน 344 คนโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้านคือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลาว่าง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในรัฐ Portland ในประเทศอเมริกา มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยในรัฐ Casablanca ประเทศโมร็อคโค ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของจันทรา ธีรสมบูรณ์ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้นได้แก่ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ประสบการณ์ในตนเองได้แก่ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความเป็นอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนา และสุขภาพร่างกาย (Meltzer et al.1990; Skantze et al. 1992 ; Sullivan et al. 1992; Katschnig, 2000; Ho, 2000)

2. ประเด็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต

Green et al. (2001) ได้ศึกษาโดยศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างรัฐ Casablanca ประเทศโมร็อคโค และ Portland ในประเทศอเมริกาจำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ

Biglow et al. (1991) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 10 ด้านคือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลาว่าง

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดา จำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and Intagliata (1982) แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพทางสังคม

Ho et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยเป็นแบบการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 ราย และศึกษาคุณภาพชีวิตจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากทั้งหมด 8 เครื่องมือเป็นพื้นฐานในการสร้างประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 8 มิติคือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ การทำงาน ความบกพร่องของสมรรถภาพ ความสนุกสนานและกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ทางสังคม และการตัดสินใจทางสังคม

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นทั้งหมด 8 ด้านคือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท กับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) ซึ่ง Browne et al. (1996) ก็ได้นำแนวคิดนี้ไปศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 64 ราย ในประเทศ Ireland แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติ คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และIntrapsychic foundation

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสุมน สูยะชีวัน (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลสงขลา 122 ราย และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตาม

กรอบแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว

Ruggeri et al. (2001) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน ใช้กรอบการศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพ

Gupta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้านคือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมโดยทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน

เมื่อพิจารณาจากการทบทวนวรรรณกรรมจะพบว่าคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาของผู้วิจัย และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าในการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะอาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีที่แตกต่างกันก็มีบางมิติที่มีความเหมือนกัน และจะเป็นการประเมินทุกด้านครอบคลุมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมของผู้ป่วย ดังนั้นจากผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมาจัดเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงาน และการทำหน้าที่

2. ด้านจิตใจ ประกอบไปด้วย ความผาสุกทางใจ ความตึงเครียดทางจิตใจ ความอดทนต่อความเครียด ความพอใจ และความเป็นอิสระ

3. ด้านสัมพันธภาพประกอบไปด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ แหล่งที่อยู่อาศัย สภาพการดำรงชีวิตโดยทั่วไป การทำกิจกรรมนันทนาการ ร่วมกับสังคม การใช้เวลาว่าง ความปลอดภัยในชีวิต การศึกษา

5. ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความเชื่อทางด้านศาสนา

3. การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่ามีปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้คือ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตในกลุ่มลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tardive dyskinesia) (Browne et al. 1996) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

และระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs & Gonzales, 1997; Browne et al. 1996) การใช้สารเสพติดพวกอัลกอฮอลล์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al. 1992; Mercier & King, 1994) การถูกตำหนิหรือวิจารณ์จากบุคคลในครอบครัว (Sullivan et al. 1992) ความพร่องในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนสุมน สูยะชีวัน, 2535) การรับรู้ตราบาป (Stigma) (Katschnig, 2000) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ สมรรถภาพด้านสังคม สมรรถภาพด้านการดำรงชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2339) และพบว่าระบบการให้การบริการของโรงพยาบาล (Ruggeri et al. 2002) และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Baker, Jodrey & Intagliata, 1982) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) (Day & Jankey, 1996 cited in Oliver et al. 1999) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีทักษะทางสังคมสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Sullivan et al.1992)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Lehman et al. (1997) ยังพบว่าเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วน Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตร้อยละ 78.8 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิตในด้านความมีอิสระภาพ เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการทำงาน ความบกพร่องในการทำหน้าที่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานและการทำหน้าที่ (Ho et al.1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ Browne et al. (1996) ที่พบว่า อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และข้อค้นพบดังกล่าวยังพบว่ามีการสนับสนุนจากการศึกษาของ Barry & Crosby (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และด้านสุขภาพกับความปลอดภัยร้อยละ 54 นอกจากนี้ Norman et al. (2000) ยังพบว่า เพศหญิง บุคคลที่มีสถานะภาพ อาการทางบวก สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าสถานะภาพสมรสคู่และสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ และยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Arn & Liney, 1993; Hansson et al. 1999; Ruggeri et al. 2002) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Arn & Liney, 1993) อายุ (Mercier et al. 1998 ;Ruggeri et al. 2002) ระดับการศึกษา (Vandiver, 1998; Tempier et al. 1998) รายได้ของครอบครัว (Mercier & King, 1994) ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

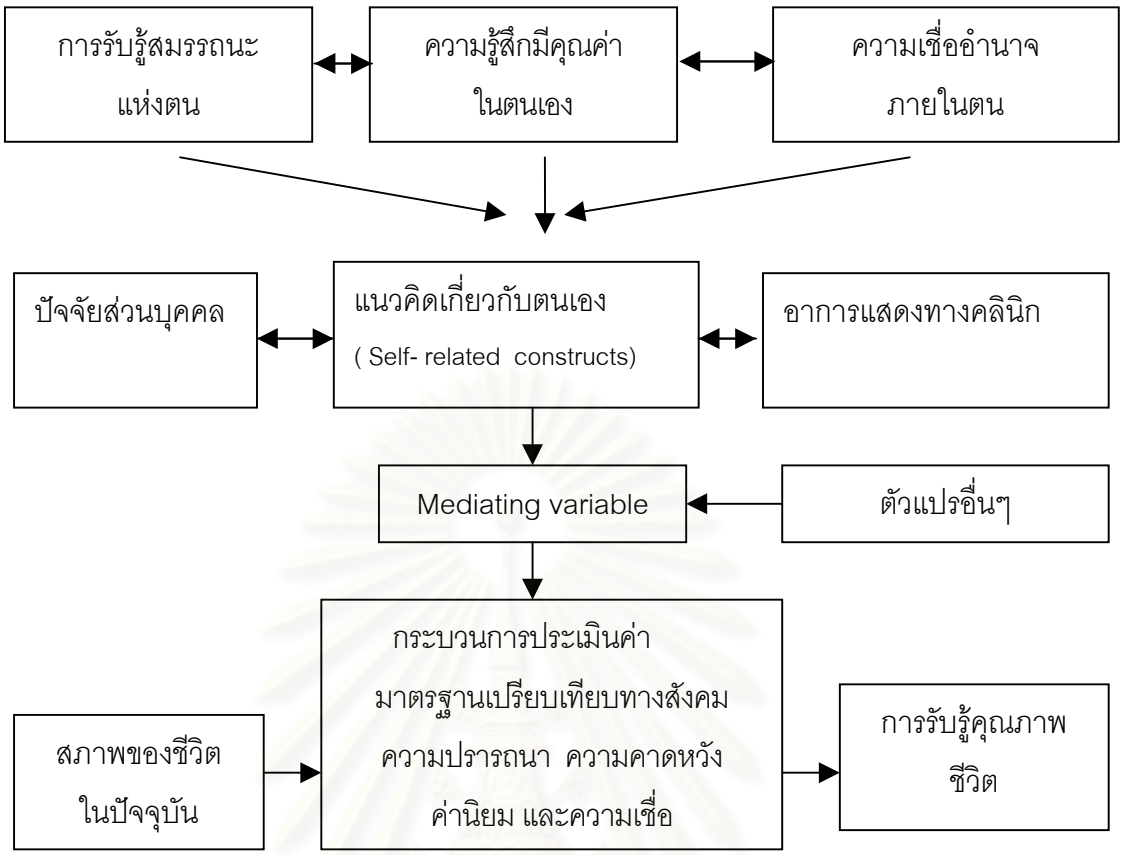
เมื่อพิจารณาปัจจัยที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถ ผู้วิจัยนำปัจจัยต่างๆ มาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ความบกพร่องในการดูแลตนเอง การรับรู้ตราบาป การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการทำหน้าที่ การมองโลกในแง่ดี ความเข้มแข็งในการมองโลก

2. ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางบวก อาการทางลบ ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล

3. ปัจจัยทางด้านสังคมได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของคนในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม สภาพที่อยู่อาศัย สมรรถภาพในการดำรงชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Barry (1997 cited in Katsching.et al. 1997) ซึ่งกล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญในการดำเนินชีวิต สามารถประเมินได้จากระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และอธิบายไว้ว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และต้องเข้าใจกระบวนการการประเมินและการตัดสินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะตัดสินคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไรนั้นจะต้องผ่านกระบวนการประเมินค่าของสภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบันโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานทางสังคม ความปรารถนา ความคาดหวัง ค่านิยมและความเชื่อของตนเองแล้วจึงตัดสินว่าคุณภาพชีวิตตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งในกระบวนการนี้จะต้องอาศัยตัวแปรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลาง (Mediators of subjective quality of life) โดย Barry (1997 cited in Katschnig et al. 1997) ได้พัฒนามาจากผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชของ Rosenfield (1992), Arns & Linney (1993) และ Barry & Crosby (1996) มารวมเป็นตัวแปรกลาง (Mediators of subjective quality of life) ซึ่งจะประกอบไปด้วยปัจจัยสามด้านคือ1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal characteristics) 2. แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-related constructs) ประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายในตน 3. ปัจจัยทางคลินิก (Clinical characteristics) ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเข้าไปมีบทบาทสำคัญในกระบวนการประเมินค่าซึ่งจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ตามกรอบแนวคิดของ Barry (1997 cited in Katschnig et al. 1997) ถือว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวแปรกลางต่อคุณภาพชีวิตและยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดังที่แสดงไว้ไว้ในแผนภาพดังต่อไปนี้



แผนภาพแสดง Mediational model of quality of life (Barry, 1997 cited in Katsching et al. 1997)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่นำมาศึกษาประกอบปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่คิดว่าน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ร่วมกับสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดรูแบบของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนะคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Noris, 1972) นอกจากเพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระภาพในบุคคลซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ

ในครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าเกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยชายรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองลดลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานเดิม ส่วนในเพศหญิงการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน แต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่างๆและความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า ซึ่งมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (Lehman,1983 ; Norman et al. 2000; Skantze et al. 1992:Mechanic,1997 cited in Katschnig et al. 1997)

อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสิน บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนและสอดคล้องกับการศึกษาของ Mercier et al. (1998) ซึ่งก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่าถึงแม้จะมีสุขภาพที่เลวลง แต่ผู้ป่วยมีหน้าที่การงานที่มั่นคง สามารถตอบมนองความต้องการการดูแลตนเองได้ไม่ลำบาก และผู้ที่อายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เป็นวัยที่กำลังริเริ่มทำกิจกรรมมากมายและเป็นวัยที่ริเริ่มสร้างสรร การเจ็บป่วยและการรักษาจึงมีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิตเป็นอย่างมาก (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) ฉะนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ, 2535 อ้างใน สุธิดา กาญจนรังษี, 2538) และยังกล่าวได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเอง ประกอบกับความไม่เข้าใจถึงประโยชน์ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ตรงกันข้ามกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำที่มักมีความยุ่งยากกับการดำเนินชีวิต ซึ่งความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Orem, 1985) ดังจะเห็นได้จากมีการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Vandiver, 1998) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว

ยังได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Tempier et al. (1998) ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ความเพียงพอของรายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท อาจเนื่องจากว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพออาจตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้เช่น อาหารที่เพียงพอ บ้าน ความปลอดภัย การสันทนาการ (Palmore & Luikart,1972 อ้างในฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) และฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่มีระโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงภาวะสุขภาพรวมทั้งมีความสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี และรายได้ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการกำหนดให้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน (Cameran et al. 1973 cited in Burckhardt, 1985) ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวโดย Lehman (1983) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงสอดคล้องกับการศึกษาของ Mercier & King (1994) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Monteral ประเทศแคนาดาก็พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย สงวนสิน และคณะ (2541) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ความเชื่ออำนาจภายในตน

ความหมาย

ความเชื่อ คือความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติของบุคคล เมื่อบุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้งๆที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach, 1970) สำหรับความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Rotter (1966) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่า เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเกิดจากการกระทำของตนเองและตนเองสามารถควบคุมเหตุกาณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้

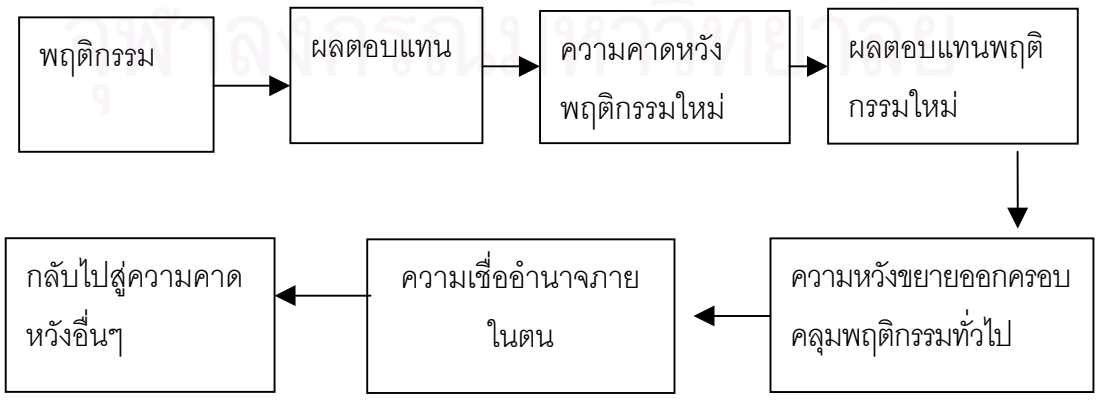
Strickland (1978) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง หมายถึงบุคคลที่รับรู้ว่าสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวเกิดจากการตัดสินใจและการกระทำของตนเองทั้งสิ้น

สรุปความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึงความรู้สึกนึกคิด การรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวสุขภาพของตนเองว่าสุขภาพของตนเองจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับการกระทำของตนและตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนได้

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน

จากการศึกษาของ Rotter (1966) ได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายในตน โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยอธิบายว่าผลตอบแทนอย่างหนึ่ง ที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวัง (Expectancy) ที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันในพฤติกรรมใหม่ที่มีสถานการณ์คล้ายกับสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลหวังไว้ ความคาดหวังของบุคคลจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนมิได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ ก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลค่อยๆลดลงการลดหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมจนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญใน ตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อยครั้ง เมื่อแสดงพฤติกรรมเดิมจะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตน ความเชื่อนี้เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) ความเชื่อหรือการรับรู้ดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังใหม่ๆอีก ดังภาพแสดงถึงทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและการเกิดความเชื่ออำนาจภายในตนเอง

แผนภาพแสดงรูปแบบการเกิดความเชื่ออำนาจภายในตน (Rotter, 1966)



คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน

Rotter (1966) ได้อธิบายว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีบุคลิกลักษณะดังนี้ มีความไว ตื่นตัวและมีความพร้อมต่อสภาวะแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยซึ่งความรู้และข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง มีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม มีแรงจูงใจสูง พยายามหาทางปรับปรุงแก้ไขสภาพสิ่งแวดล้อมเสมอ เป็นบุคคลที่มองเห็นคุณค่าของทักษะและความพยายามของตนเอง สามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถต่อต้านสิ่งที่จะมามีอิทธิพลครอบงำตัวเองได้

Strickland (1978) ได้อธิบายคุณลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มเติมดังนี้คือเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการตัดสินใจดี เชื่อมั่นในเหตุผลและการตัดสินใจของตนเอง มีความมั่นคงและเด็ดเดี่ยว ทำงานโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา และทำงานเป็นระเบียบ มีความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม มีความตั้งใจศึกษาหาความรู้เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และเป็นบุคคลที่เห็นคุณค่าและความพยายามของตนเองและมีสังคมดีในหมู่เพื่อน

การประเมินความเชื่ออำนาจภายในตน

การประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนได้มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ.1957 โดย Pharese และคณะ ต่อมาได้มีการแก้ไขดัดแปลงเครื่องมือนี้ตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ในปี ค.ศ.1966 Rotter ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I-E scale (Internal-external Locus of Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็นสองด้านคือความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตน ต่อมาในปี ค.ศ. 1973 Levenson ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่โดยใช้ I-E scale เป็นพื้นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ต่อมา Wallston & Wallston (1978,1981) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimensional health locus of control) แบ่งความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนออกเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้บุคคลสุขภาพดี หรือเป็น

ผู้ควบคุมสุขภาพตนและเชื่อว่าการพบเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี

3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อของบุคคลอื่นที่เชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเกิดจากโชคเคราะห์ความบังเอิญซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพเพียงมิติเดียว ซึ่งเป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับคุณภาพชีวิต

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีบุคลิกลักษณะมีความไว ตื่นตัว มีความพร้อมต่อการรับเอาความรู้และข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง มีแรงจูงใจสูง มีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม พยายามหาทางปรับปรุงแก้ไขสภาพสิ่งแวดล้อมเสมอ และมองเห็นคุณค่าของทักษะและความพยายามของตนเองสามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้ (Rotter,1966) และความเชื่ออำนาจภายในตนยังมีอิทธิพลต่อสุขภาพคือเป็นสื่อกลางโดยเป็นตัวกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญกับปัญหาเป็นปัจจัยนำให้บุคคลมีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้ได้รับข่าวสารและคงไว้ซึ่งการปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Wallston & Wallston (1978) ที่ค้นพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพจะมีการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพของตนเองปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจมีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการที่มีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับโชคชะตาความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น มักจะเป็นคนที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลงไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติส่งผลกระทบทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้ (Strickland, 1978) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kravetz et al. (2000) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับการตัดสินว่าตนเองเป็นโรคจิต ความเชื่ออำนาจภายในตนกับคุณภาพชีวิตนผู้ป่วยจิตเวช

จำนวน 81 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในประเทศอิสราเอล ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนายภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้จะทำให้เกิดพลังอำนาจและทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า (Miller,1983) เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจจะรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดได้ (Rosenfield, 1989)

ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้อำนาจคืออยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง (Carpenito, 1983) และจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต เพราะการที่บุคคลรู้สึกว่าไร้อำนาจจะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง เมื่อเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังร่วมกับความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้จะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินชีวิตตนเองในด้านลบ และทำให้ความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วยน้อยลง และภาวะไร้อำนาจนี้ยังจะทำให้ความพยายามในการแสวงหาสิ่งต่างๆที่สามารถตอบสนองความต้องการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลงด้วย (Rosenfield, 1992) แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้จะทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุขและประเมินชีวิตตนเองในด้านบวกและเกิดความพึงพอใจในชีวิตได้ (Rodin,1986) ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยประเมินว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ดังจะเห็นได้จากมีผลรายงานการศึกษาของ Rosenfield (1992) ที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่อาศัยอยู่ในรัฐนิวเจอร์ซี จำนวน 157 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Day & Jankey (1996 cited in Oliver et al. 1999) ที่พบว่าใน ผู้ป่วยจิตเวชความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตถึงร้อยละ 50

อาการทางลบ (Negative symptom)

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะอาการดังนี้

ความหมายและลักษณะอาการ

Carpenter et al. (1988) กล่าวว่าอาการทางลบคือลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในลักษณะอาการพูดน้อยกว่าปกติหรือตอบคำถามเพียงสองสามคำ เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า และไม่มีอารมณ์สนุกสนาน (Anhedonia)

Andreasen & Olsen (1982) และสมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่าลักษณะอาการทางลบคือลักษณะอาการดังต่อไปนี้ อาการที่มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง (Affective flattening) อาการพูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนในเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) และลักษณะอาการที่ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่าอาการทางลบคืออาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือการขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

3. มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือการขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4. อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) คือการมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับที่สูง

6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์

การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7. การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความลื่นไหล ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

การประเมินอาการทางลบ

วิธีการประเมินอาการทางลบนั้น มีการพัฒนาเครื่องมือ โดย Andreasen (1989) คือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ที่ใช้ประเมินลักษณะอาการ ทางลบของป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือ การแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attentionและเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay,Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งต่อมาได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) ซึ่งวิธีการประเมินสามารถทำได้โดยการสังเกตโดยตรงหรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง หรือการสอบถามจากบุคคลอื่นเช่นญาติ บุคลากรที่ดูแล

สรุปอาการทางลบสามารถประเมินโดยใช้วิธีการประเมินจากหลายแหล่ง ทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตจากผู้ป่วยโดยตรง

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิต

อาการทางลบจะแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมตามปกติน้อยลง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและการแสดงออกทางอารมณ์น้อยลง เฉยเมย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า

สับสน ขาดแรงกระตุ้นหรือมีแรงจูงใจน้อย (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) มีการศึกษาพบว่าอาการทางลบทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดน้อยลง บางครั้งไม่สามารถทำงานทำให้มีรายได้น้อยลง จึงทำให้ต้องพึ่งพาทางด้านการเงิน สัมพันธภาพกับเพื่อนมีน้อยลง ขาดความสามารถในการคิดริเริ่มกิจกรรมที่สนุกสนานและยังทำให้การทำหน้าที่ต่างๆเสียไปด้วย (Ho,1998) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางลบถ้ารุนแรงมากขึ้นเท่าใดก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องและเสื่อมลงของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและเกิดภาระต้องพึ่งพาญาติในการช่วยเหลือทั้งทางด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเงิน เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติโดยเกิดความเบื่อหน่าย วิตกกังวลมากขึ้นเมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าวญาติอาจตำหนิวิพากวิจารณ์ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบเกิดการป่วยซ้ำได้ (Vaunhm and Leff, 1976 cited in Rugreangkulkij & Gilliss, 2000) ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (American Psychiatric Diagnosis, 1994) เนื่องจากได้มีการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al. 1992; Mercier & King, 1994) และการถูกตำหนิหรือวิจารณ์จากบุคคลในครอบครัว (Sullivan et al. 1992) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชลดลงได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีอาการทางลบและประสบกับสภาพดังกล่าวผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึก ซึมเศร้า ท้อแท้ ไม่มีคุณค่า ไร้ซึ่งความหวังจึงทำให้รับรู้ว่าตนเอง มีคุณภาพชีวิตลดลงได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบการบริการที่ใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมประชากร อาการทางคลินิก และลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจในการใช้บริการจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 268 คน พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพ และความสุขโดยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Browne et al. (1996) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมประชากร กลุ่มอาการทางจิตและอาการTardive dyskinesia กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 64 คนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองหลวงของประเทศไอซ์แลนด์พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Barry & Crosby (1996) พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนจำนวน 99 คน พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 ด้านการทำกิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และด้านสุขภาพร้อยละ 54

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคล และสังคมรอบข้างเพื่อให้ตนเองมั่นคงปลอดภัย และมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยจิตเภท การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวและบริบทของครอบครัวถือว่าสำคัญมาก โดยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเองในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น

ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

Cobb (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น

Gottlieb (1983 cited in Stewart, 1993) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมคือการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ รวมถึงการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของแก่ ผู้ต้องการได้รับจากผู้ให้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและให้ด้วยความเต็มใจ โดยหวังให้เกิดผลดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมแก่ผู้รับ

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรัก จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคลากรทางทีมสุขภาพ ในด้านต่างๆที่ทำให้บุคคลมีความสุข ลดความเครียดและวิตกกังวลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ชนิดและแหล่งที่มาของการสสนับสนุนทางสังคม

Stewart (1993) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุน และยังรวมถึงปริมาณและคุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์ การให้ความหมาย การเอื้อประโยชน์ จึงมีผู้ให้ความคิดเห็นไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Schaefer et al. (1981cited in Tilden,1985) แบ่งการสนับสนุนสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การผูกพันและความรู้สึกเชื่อมั่น ไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติ หรือทางเลือก เพื่อนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านสื่อ (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือในเรื่องของสิ่งของ เครื่องใช้ แรงงาน เวลา เงิน และการปรับสภาพแวดล้อม

4. การสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง

Cobb (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือกันและกัน

สรุปการสนับสนุนทางสังคมนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981cited in Tilden, 1985) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support)

บทบาทและหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านภาวะสุขภาพ

Cohen & Will (1985) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายด้วย และได้อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพไว้ 2 ลักษณะดังนี้

1. ผลโดยตรงต่อสุขภาพ (Main effect or direct effect) การด้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตและรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลทางอ้อม (Buffer effect or indirect effect) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ลดภาวะวิกฤติในชีวิต เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับ หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียด หรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้ว่าตนเองด้อยค่า ยังมีความรู้สึกมีคุณค่า เมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีการประเมินความเครียดใหม่ ส่งเสริมให้สามารถปรับตัวได้หรือช่วยยับยั้งพฤติกรรมการปรับตัวไม่ดี

Pender (1987) กล่าวว่าในการส่งเสริมและป้องกันด้านภาวะสุขภาพนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่อยู่ 4 อย่างคือ

1. ช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิต ซึ่งมีผลช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และเกิดความผาสุกในชีวิตได้

2. ช่วยลดหรือบรรเทาภาวะเครียดต่างๆของชีวิตเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

3. เป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับ ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการกระทำของตนและเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4. เป็นระบบกันชนของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติหรือความเครียดต่างๆของชีวิต โดยช่วยลดความรุนแรงของปฏิกริยาตอบสนองด้านอารมณ์ซึ่งมีผลป้องกันการเจ็บป่วยได้

สรุปการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งประโยชน์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในเอง ลดความตึงเครียด และสถานการณ์วิกฤติหรือของชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของปฏิกริยาตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

โดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันหรือสิ่งของ เงินทอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เพราะภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เศร้าโศก จนกระทั่งเกิดความกดดันในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการ พื้นฐานเหล่านี้ของผู้ป่วยได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรักและดูแลเอาใจใส่สนใจยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb, 1979) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเป็นความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ซึ่งการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ความเครียดลดลง สามารถปรับตัวได้เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี (Cohen & Will, 1985) และเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้างและมีโอกาส ปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยบรรเทาภาวะคุกคามทางจิตใจของ ผู้ป่วยลงได้และผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533)

ในทางตรงกันข้ามถ้าสังคมโดยเฉพาะครอบครัวไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้ แสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น และสังคมเพื่อนบ้านพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับเข้ากลุ่มด้วย (พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) จะทำให้

ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงและทำให้แยกตัวมากขึ้นผลที่ตามมาคือจะมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเศร้าหมอง มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้และความสามารถนำไปสู่ภาวะวิกฤติอาจเป็นหนทางไปสู่การฆ่าตัวตาย (Berkman& Syme, 1979 อ้างใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) ทั้งนี้เป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมมีผลทดแทนความสูญเสียและยังเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงจิตใจแม้ว่ามีความทุกข์ให้มีความสุข และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้น มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตและดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช (Kastchnig et al. 1997; Baker et al. 1992; Caron et al. 1998)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสุมน สูยะชีวิน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลสงขลา 122 คน และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 130 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans & Powers (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ คุณภาพชีวิตในเรื่อง การรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาล และการนอนหลับตามลำดับ และมีคะแนนต่ำสุด 3 ลำดับแรกคือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน ฐานะทางการเงินและการศึกษา ตามลำดับ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยประเมินว่าคุณภาพชีวิตจะอยู่ในระดับดีมากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และยังพบว่าความพร่องในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำร้อยละ 14.5 และเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยพบว่าเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง และพบว่าทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3

จันทรา ธีระสมบูรณ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสาราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คน ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ใน ระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 41.81 สมรรถภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 12 และยังพบว่าพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48.34 และสมรรถภาพการดำรงชีพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.64 และร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.32

พรชัย สงวนสิน และคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่าระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและพยาบาล ส่วนปัจจัยทางด้านการเงินมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช และญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ

Lehman (1983) ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังจำนวน 278 คนเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตใน 8 ประเด็นคือสภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงิน ความปลอดภัย และสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่อง การเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตคือสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาและการใช้ยาในทางที่ผิด

Mercier & King (1994) ศึกษาเรื่องตัวแปรที่เป็นตัวแปรภายในรูปแบบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 152 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็น เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับ กิจกรรมเวลาว่าง บ้านหรือที่อยู่อาศัย การเงิน การทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สุขภาพ ความปลอดภัย และศาสนา ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อายุของการเริ่มมีอาการครั้งแรก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิต

เป็นทั้งหมด 8 ด้าน คือสภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และในด้านความปลอดภัยและสุขภาพมีความสัมพันธ์ร้อยละ 54

Koivumaa-HongKaren et al (1996) ทำการศึกษาในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชในโรงพยาบาล Kupio ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,204 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ และปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตคือภาวะซึมเศร้าและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ภาวะสุขภาพ สภาพทางการเงิน

Bobes & Gonzales (1997) ได้สรุปถึงการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแง่ต่างๆดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะต่ำกว่าประชากรทั่วไปและผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ
2. ประชากรที่มีอายุน้อย เพศหญิง บุคคลที่แต่งงานแล้วและมีระดับการศึกษาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า
3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่นานทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง
4. พยาธิสภาพทางจิตใจโดยเฉพาะอาการทางด้านลบมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิต
5. ผลข้างเคียงจากการรักษาจากยา และการรักษาด้วยยาทางจิตและการทำจิตบำบัดจะทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
6. การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในชุมชนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Wanner & Oliver (1997) ศึกษาเรื่อง ความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของเพศหญิงและเพศชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 617 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย

Caron et al. (1998) ศึกษาเรื่ององค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำและกับกลุ่มบุคคลทั่วไป และยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดา จำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and

Intagliata (1982) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพทางสังคมพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีระดับความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมร้อยละ 78.8 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิตในด้านความมีอิสระภาพ เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านการเห็นคุณค่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด โดยทำนายโดยรวมได้ร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมในชีวิตและสัมพันธภาพทางสังคมได้ร้อยละ 16 และการใช้เวลาว่างร้อยละ 10 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านการให้ความรักความผูกพันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 25 และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านเพื่อนบ้านได้ร้อยละ 18

Ho et al. (1998) ศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการให้การรักษาพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก และศึกษาคุณภาพชีวิตโดยเป็นแบบการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 ราย เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากทั้งหมด 8 เครื่องมือเป็นพื้นฐานในการสร้างประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 8 มิติคือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ การทำงาน ความบกพร่องของสมรรถภาพ ความสนุกสนานและกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ทางสังคม และการตัดสินใจทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไม่มีงานทำ และพบว่าอากทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านลบในระดับปานกลาง (r =-.31) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาทางการเงินในระดับปานกลาง (r = -.36) และการทำหน้าที่ (r = .26) และพบว่าอาการทางลบสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 27 (R^2= -.270)

Gupta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทน้อยกว่า 2 ปีจำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่า 2 ปี จำนวน 60 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้านคือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมโดยทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรายงานว่ามีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 ปีจะมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่าง และความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

Mercier et al. (1998) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าอายุ เพศ กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 165 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช Douglas ประเทศคิวบา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Baker and Intagliata (1982) แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Vandiver (1998) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศ แคนาคา คิวบา และสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 102 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากประเทศ แคนาคา คิวบา และสหรัฐอเมริกา เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นทั้งหมด 8 ด้านคือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าในประเทศแคนาดา ผู้ป่วยจิตเภทจะมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมมากกว่า ผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาและคิวบา นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่าผู้ป่วยในประเทศแคนาดาจะมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท กับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและ Intrapsychic foundation ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต พบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพและพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้คือ เพศสถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาชีวิตได้ร้อยละ 26

Green et al. (2001) ได้ศึกษาโดยศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกระหว่างรัฐCasablanca ประเทศโมร็อคโค และPortland ในประเทศอเมริกาจำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et al. (1991) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 10 ด้านคือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจ

กับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลาว่าง ผลการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านความอดทนต่อความตึงเครียด และพบว่าคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มที่ไม่แตกต่างกันคือ ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเวลาว่าง การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล แลความอดทนต่อความตึงเครียด

Ruggeri et al. (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจใน การให้บริการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 285 คน ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดย ทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการให้บริการ อาการทางบวก และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพบว่าอาการ ซึมเศร้า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ruggeri et al (2002) ศึกษาเรื่องการพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวุตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมประชากร อาการแสดงทางคลินิก และลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจกับการบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศอิตาลี จำนวน 268 คน ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน และประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ และยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมยังไม่ดีที่สุด ดังนั้นจึงควรศึกษาคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตัวแปรต่างๆที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม และแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาถึงอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จากปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก โดยมีขั้นตอนในการเลือกดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) $N \geq 10\ k + 50$ เมื่อ N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือจำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการวิจัยมีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 8 ตัวแปร แต่ในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบการทำนายโดยใช้การถดถอยพหุ (Multiple Regression) ซึ่งได้กำหนดว่าตัวแปรที่สามารถทำนายได้จะต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรในระดับนามบัญญัติ 1 ตัวแปรจึงต้องทำเป็นตัวแปรหุ่น ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงมีจำนวน 140 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. พูดคุยรู้เรื่องและสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เกณฑ์ในการคัดออกไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัดเจนโดยมีการโต้ตอบกับสิ่งที่ได้ยิน

2. มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต มีอำนาจ ร่ำรวย มีความรู้ มีอำนาจพิเศษมีชื่อเสียง เหนือกว่าบุคคลอื่น

3. มีความคิดสับสน ตื่นเต้นกระวนกระวาย ไม่อยู่สุข มีอาการก้าวร้าวทั้งการแสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรม และมีท่าทางระมัดระวังตัว และหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แผนกรับยาเดิมและหน้าห้องตรวจ แล้วผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยเก่า ที่มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี จากเวชระเบียน

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในข้อที่ 1 ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่อยู่ในเกณฑ์การคัดออกหรือไม่

3. ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากรครอบคลุมตัวแปร 3 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะของคำถามมี 2 ลักษณะคือ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ และมีคำตอบให้เลือกหลายคำตอบ จำนวน 2 ข้อ และสามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบมีจำนวน 1 และเป็นแบบคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยถามจากผู้ป่วยโดยตรงและสำรวจข้อมูลจากทะเบียนประวัติ

ส่วนที่ 2 คือแบบประเมินอาการทางลบ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษา ตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย

2. ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987)

3. ศึกษา เครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fiszbein & Opler (1987)

4. จัดทำโครงสร้างเนื้อหาของอาการทางลบ ที่ได้จากการศึกษาในข้อ 3 ได้โครงสร้างของเนื้อหาดังนี้ ลักษณะอาการทางลบประกอบไปด้วยอาการต่างๆ 7 อาการดังนี้คืออาการเฉื่อยชา (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive / apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ในความคิดนามธรรม (Difficulty of abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversion) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

5. ออกแบบเครื่องมือ โดยพิจารณาจากโครงสร้างเนื้อหาพบว่าในส่วนของเครื่องมือต้องประกอบด้วยทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกต

6. สร้างข้อคำถาม โดยจัดทำเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งตรวจสอบโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็นการสังเกต จำนวน 6 ข้อ การสัมภาษณ์ จำนวน 7 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ	จำนวน	2	ข้อ
การแยกตัวทางอารมณ์	จำนวน	2	ข้อ
มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง	จำนวน	2	ข้อ
อาการแยกตัวจากสังคม	จำนวน	2	ข้อ
มีปัญหาในการใช้ในความคิดนามธรรม	จำนวน	2	ข้อ
การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง	จำนวน	2	ข้อ
การคิดอย่างตายตัว	จำนวน	1	ข้อ

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินอาการโดยอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย โดยตรงแล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์กำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือก 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 13 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาจากค่าคะแนน คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย

ส่วนที่ 3 คือแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ และแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำราเอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

2. จัดทำโครงสร้างของเนื้อหาของรายได้ในครอบครัว จากการศึกษาในข้อ 1 ได้โครงสร้างของเนื้อหาดังนี้ ครอบครัวต้องมีรายได้สำหรับสิ่งต่อไปนี้คือ สำหรับการซื้อของที่จำเป็นเช่น อาหาร เสื้อผ้า การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยาและการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว

3. ออกแบบเครื่องมือ โดยพิจารณาจากโครงสร้างของเนื้อหา

4. สร้างข้อคำถาม โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 6 ถึง 30 คะแนน แปลผลโดย คะแนนสูง หมายถึง มีความเพียงของรายได้ในครอบครัวในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวระดับต่ำ

ตอนที่ 2 คือแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) ที่สร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพร่วมกับนำแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนของ Wallston & Wallston (1981) เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.53 โดยมีขั้นตอนการดัดแปลงดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพ

2. ศึกษาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) ซึ่งใช้วัดความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท

3. ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1 และข้อ 4 จากแบบสอบถามความเชื่อความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) เพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นทางบวกทั้งหมด โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าตรงกับความเป็นจริงของตนเองเพียงใด และกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วงระหว่าง 3 ถึง 15 คะแนน โดยแปลผลคะแนนดังนี้ ค่าคะแนนสูง

หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพต่ำ

ส่วนที่ 4 คือแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเอดส์ มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 โดยมีขั้นตอนในการดัดแปลงดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความ และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
2. ศึกษาแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981)
3. ผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมตามโครงสร้างของตัวแปร และความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจึงพิจารณาตัดข้อคำถามจาก 39 ข้อ เหลือเพียง 29 ข้อ โดยด้านอารมณ์จำนวน 19 ข้อตัดข้อ 6,9,10,12,14,และ 17 เหลือ 13 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 14 ข้อ พิจารณาตัด ข้อ 22, 23 ,28, 30 เหลือ 10 ข้อ
4. ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถาม ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ปรับข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 2,8,9,11,13 และด้านข้อมูลข่าวสารปรับข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ คือ 14, 15,16,17,20 ในด้านทรัพยากรปรับข้อคำถาม จำนวน 2 คือ ข้อ 28 และข้อ 29
5. ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาปรับข้อคำถามและพิจารณาความซ้ำซ้อนของเนื้อหาและพิจารณาตามโครงสร้างของเนื้อหาของตัวแปร โดยตัดข้อคำถามออกทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านทัพยากร จำนวน 5 ข้อ

โดยแบ่งลักษณะข้อคำถาม เป็น 2 ประเภทคือข้อความที่เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15 ถึง 75 คะแนน แปลผลค่าคะแนนดังนี้ คะแนนสูงหมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

ส่วนที่ 5 คือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Ferrans and Powers (1985) (Epilepsy version-III) เป็นแนวทางในการสร้าง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 องค์ประกอบคือด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว โดยมีค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .77 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยแปลข้อคำถามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers (1985) (Epilepsy version-III) เป็นภาษาไทย แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา

2. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ดี ไม่มีอาการทางจิต และไม่ป่วยซ้ำ มีประวัติการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน การสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้างมีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ดังนี้

2.1 ท่านคิดว่าชีวิตแบบใดจึงจะเป็นชีวิตที่ท่านรู้สึกว่าเป็นชีวิตที่มีความสุขหรือรู้สึกพอใจ

2.2 สุขภาพร่างกายอย่างไรที่ท่านรู้สึกพอใจ

2.3 ครอบครัวอย่างไรที่ท่านคิดว่าเป็นครอบครัวที่ท่านรู้สึกพอใจ

ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขอสัมภาษณ์ เริ่มทำการสัมภาษณ์ ตั้งแต่วันที่ 19 – 26 กุมภาพันธุ์ 2546 การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ผู้วิจัยได้ขออนุญาตอัดเทปการให้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ยินดีให้อัดเทป

5. หลังการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ถอดเทปการสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อแยกประเด็นการสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ประเด็นที่พบร้อยละ 80 ขึ้นไปของความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งหมด 10 ประเด็นดังนี้

5.1 การมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีพละกำลังในการทำงาน ไม่เหนื่อย หรืออ่อนเพลีย ไม่ต้องกินยา หายจากการเจ็บป่วย

5.2 สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และต้องดูแลรับผิดชอบตัวเองได้

5.3 แต่งงานมีครอบครัว ที่อบอุ่น ประกอบด้วยบุตร ภรรยา และญาติพี่น้อง

5.4 ในด้านวัตถุสิ่งของจะต้องมีเงินพอใช้จ่ายในครอบครัว มีบ้านที่คงทนถาวร และมีเครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน และต้องมีเป็นของตนเอง ต้องมีรถ

5.5 การไม่ถูกรังเกียจ การได้รับการยอมรับ ไม่ถูกเอาเปรียบ ได้รับความไว้วางใจทั้งจากคนในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นในชุมชน

5.5 สามารถทำงานและพึ่งตนเองได้ในด้านการเงิน

5.6 มีงานทำ และได้รับค่าจ้างที่เหมาะสม

5.7 มีจิตใจที่สงบสุข ไม่มีความวิตกกังวล และความเครียด

5.8 สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม

5.9 สมาชิกในครอบครัวแข็งแรง

5.10 ได้รับการศึกษาในระดับที่ดี

6. ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากถอดเทปการสัมภาษณ์ มาปรับปรุงข้อคำถาม ในแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers (1985) (Epilepsy version-III) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ ส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,16, 17)
2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (13,14,19, 20, 21, 22, 23, 24)
3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ (15,18, 25, 26, 27, 28, 29)
4. ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (8, 9,10,12)

โดยในแต่ละข้อคำถามผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องตอบ 2 ด้านคือด้านความสำคัญและความพึงพอใจซึ่งมีความหมายและเกณฑ์การให้ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
พึงพอใจมากและสำคัญมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	6
พึงพอใจและสำคัญปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	5
พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	4
ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	3
ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญมาก	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	1

วิธีการคิดคะแนน โดยกำหนดค่ากลางของคะแนนความพึงพอใจคือ 3.5 ให้เท่ากับศูนย์แล้วแปลงค่าคะแนนความพึงพอใจให้เป็น –2.5 ถึง +2.5 ทั้งนี้เพื่อให้ค่าคะแนนที่ได้สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งขึ้น คือคุณภาพชีวิตสูงสุดเป็นผลมาจากการได้รับความพึงพอใจสูงสุดในส่วนที่ให้ความสำคัญมากที่สุด ส่วนคุณภาพชีวิตต่ำสุดเป็นผลมาจากการไม่ได้รับความพึงพอใจเลยในส่วนที่ให้ความสำคัญมากที่สุด นำค่าคะแนนความพึงพอใจที่ได้มาคูณกับคะแนนดิบด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง –15 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนมีค่าเป็นบวก ค่าคะแนนที่ควรจะเป็นโดยรวมคือ 0-30 และแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับ ตามระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์การตามที่ Ferrans & Power (1985) กำหนดไว้ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
24.01 – 30.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด
18.01 – 24.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูง
12.01 – 18.00	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
06.01 – 12.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
00.00 – 06.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพชีวิต 1 ท่าน จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ประเด็นดังนี้

1. การจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา เพื่อให้เรียงลำดับตามเนื้อหาและหมวดหมู่ของข้อคำถาม

1.1 ในส่วนของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมควรนำข้อคำถามที่จัดอยู่ในการสนับสนุนด้านเดียวกันมาเรียงลำดับข้อไว้ด้วยกัน

2. ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ปรับข้อความในข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แบบประเมินอาการทางลบ ควรปรับข้อคำถามในส่วนที่เป็นการสัมภาษณ์ ข้อที่ควรปรับปรุงคือ 6, 7, 8, 9, 11,12

2.2 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 3, 4

2.3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 1, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 25, 26, 28, 29

2.4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ความปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 28, 29, 30, 31,32,33,34,35

การตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน พบว่า

1. แบบประเมินอาการทางลบ

มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .71

2. แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว

มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .67

3. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .75

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .86

5. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ4 ในส่วนของความพึงพอใจมีจำนวนทั้งสิ้น 27 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .77 และความสำคัญ มีจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .74

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร

รายละเอียดของความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของข้อคำถามผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และเปรียบเทียบโครงสร้างของเครื่องมือก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

เครื่องมือ	ค่า CVI	โครงสร้างของเครื่องมือ ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ (ข้อ)	โครงสร้างของเครื่องมือ หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ (ข้อ)
1. แบบประเมินอาการทางลบ	.71	14	13
2.แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้	.67	6	6
3. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน	.75	4	4
4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุน ทางสังคม	.86	29	
5. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต			15
5.1 ด้านความพึงพอใจ	.77	35	30
5.2 ด้านความสำคัญ	.74	35	30

จากตารางจะเห็นได้ว่าเมื่อคำนวณค่า CVI ของเครื่องมือทุกชุดอยู่ระหว่าง .67 - .86 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่มีค่า CVI ต่ำกว่า .80 นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะแนวทางไว้ และแก้ไขความตรง ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งพิจารณาร่วมกับคำจำกัดความและโครงสร้างของตัวแปรร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

4. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ผล ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

4.2 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .61

4.3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

4.4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ในส่วนของความพึงพอใจได้ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85 และความสำคัญได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .46

5. นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงอีกครั้ง

5.1 โดยพิจารณาจากค่า Item Total Correlation โดยตัดข้อคำถามที่เป็นลบมากที่สุดออกดังนี้

5.1.1 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ตัดข้อ 13 ออก

5.2 พิจารณาจากค่า Alpha if item delete โดยตัดข้อคำถามที่เมื่อตัดออกแล้ว แบบสัมภาษณ์มีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้นดังนี้

5.2.1 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ตัดข้อ 4 ออกได้ ค่าความเที่ยงเพิ่มเป็น .75

5.2.2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในส่วนของความพึงพอใจ ได้ตัดข้อ 13 ออก ได้ค่าความเที่ยงเพิ่มเป็นเท่ากับ .86 และในส่วนของความสำคัญตัดข้อ13 ออก ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

6. เครื่องมือในส่วนของแบบประเมินอาการทางลบนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธี Inter- rater reliability ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

6.1 ผู้วิจัยได้ฝึกการใช้เครื่องมือก่อนโดยทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยเป็นจำนวน 10 คนแล้วขอคำแนะนำจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชช่วยให้คำแนะนำสำหรับการใช้เทคนิคและการฝึกทักษะในการสังเกตผู้ป่วย

6.2 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ให้คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยตามแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยที่ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 คน (Burns & Grove, 2001) และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลจิตเวชเป็นผู้สังเกต แล้วผู้วิจัยและพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้คะแนนตามแบบประเมินพร้อมกัน

6.3 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากของผู้วิจัยและพยาบาลผู้ชำนาญการทางด้านการพยาบาลจิตเวช มาวิเคราะห์หาค่า Inter- rater reliability โดยใช้สูตรของ Kappa

และพิจารณาค่า Inter- rater reliability ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.40 ถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 แสดงว่าเครื่องมือมีค่า Inter- rater reliability ในระดับปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 แสดงว่าเครื่องมือมีค่า Inter- rater reliability ในระดับสูง (Fleiss, 1981)

6.4 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ได้ค่า Inter- rater reliability เท่ากับ .84 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง

รายละเอียดของค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในตารางดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดสอบ(N=30)	ฉบับใช้จริง (N=140)
1. แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้	.88	.91
2. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน	.74	.70
3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.81	.82
4. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต		
4.1 ด้านความพึงพอใจ	.86	.82
4.2 ด้านความสำคัญ	.81	.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ติดต่อผู้ช่วยวิจัยที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การนำเครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนน และวิธีการให้คะแนนของแบบสัมภาษณ์ทุกส่วนอย่างละเอียด

1.3 อธิบายถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตนเองบอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1.4. ผู้วิจัยได้ ให้ผู้ช่วยวิจัย ได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองถามกับผู้วิจัยก่อนเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสัมภาษณ์สัมภาษณ์กับผู้ป่วย จิตเภทจำนวน 2 คน และผู้วิจัยเป็นคนสังเกต เพื่อให้ได้ความหมายของเครื่องมือแต่ละข้อคำถามมีความตรงกัน

1.5 หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้วางแผนร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่กำหนด

2 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ภายหลังการได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยทุกวัน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยดำเนินการดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษายื่นบัตรตรวจแล้วพยาบาลจะแยกผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ ผู้ป่วยเก่าที่ต้องการรับยาเดิมโดยไม่ต้องพบแพทย์และผู้ป่วยที่ต้องการพบแพทย์ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ช่วยวิจัยอยู่ตำแหน่งรอรับยาเดิม และผู้วิจัยอยู่ตำแหน่งที่ผู้ป่วยรอเข้ารับการตรวจกับแพทย์

2.3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี

2.3.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจรักษาและพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่า มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้การบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ คนละ 30 ถึง 45 นาที โดยการสัมภาษณ์จะแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ก่อนพบแพทย์ และหลังจากพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาตั้งแต่ วันที่ 19 มีนาคม ถึง 4 เมษายน 2546 รวมเป็นเวลา 17 วัน

2.5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมสัมภาษณ์ ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์จำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ PC (Statistical Package for The Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วิเคราะห์เป็น ค่าความถี่ และร้อยละ
2. อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์คะแนน คุณภาพชีวิตโดยการหาเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับ ตามระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามแนวคิดของ Ferrans & Power (1985)
4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาการทางลบ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression)

ส่วนเพศนั้นเนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดว่าตัวแปรที่นำมาเป็นตัวแปรทำนายจะต้องเป็นตัวแปรระดับอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการวิเคราะห์

ครั้งนี้จึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Norminal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้ เพศชาย = 0 เพศหญิง =1

5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรทำนาย และตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรทำนาย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และแปรความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง ± .70 ถึง ± 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าระหว่าง ± .30 ถึง ± .69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าต่ำกว่า ± .29 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

6. ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการทดสอบค่าที (t- test)

7. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมหันธ์พหุคูณ (R) ตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์

8. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย (b) ในรูปคะแนนดิบ

9. ทดสอบค่า F เพื่อทดสอบค่า b ของตัวทำนายแต่ละตัว จะส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์หรือไม่

10. หาค่าคงที่ของสมการการทำนาย

11. สร้างสมการในการทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Medthod) โดยนำเสนอรายละเอียดเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างประชากร เป็นค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเพียงพอของรายได้ อาการทางลบ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดตัวย่อแทนตัวแปรและสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

คำย่อแทนตัวแปร

Sex	แทน	เพศ
Age	แทน	อายุ
Edu	แทน	ระดับการศึกษา
Income	แทน	รายได้ของครอบครัว
Contol	แทน	ความเชื่ออำนาจภายในตน
Neg	แทน	อาการทางลบ
SSpp	แทน	การสนับสนุนทางสังคม
QOL	แทน	คุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัญลักษณ์ทางสถิติ

$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
R^2 change	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ทีละตัว
F	แทน	อัตราส่วนเอฟ (F) ที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
Beta	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
b	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
S.Eb	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของ b
S.Eest	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	65.00
หญิง	49	35.00
สถานภาพสมรส		
โสด	80	57.10
คู่	44	31.40
หม้าย หย่าร้าง	16	11.50
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	44.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	12.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	34	24.30
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูง	9	6.40
ปริญญาตรี	15	10.70
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.40
อาชีพ		
เกษตรกร	54	38.60
รับราชการ	15	10.70
ค้าขาย	20	14.30
รับจ้าง	22	15.70
ว่างงาน	29	20.70
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	65	46.40
ครอบครัวขยาย	75	53.60

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 และรองลงมาคือเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็น ร้อยละ 7.10

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.60 และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 46.40

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชครั้งล่าสุด

ข้อมูลส่วนบุคคล	Range	$\bar{x}$	S.D.
อายุ	21 - 59	36.32	9.06
ระดับการศึกษา	2 - 18	9.20	4.12
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)	1 - 420	115.89	83.97
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา (ครั้ง)	1 - 20	3.17	3.00
ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เดือน)	1 - 192	30.97	32.48

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 21- 59 ปี มีอายุเฉลี่ย 36.32 ปี มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษาอยู่ในช่วง 2 -18 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของจำนวนปีการศึกษา 9.20 ปี มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1- 420 เดือน โดยเฉลี่ย 115.89 เดือน ส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ในช่วง 1 – 20 ครั้ง โดยเฉลี่ยเป็นครั้งที่ 3 และพบว่าระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดอยู่ในช่วง 1-192 เดือน โดยเฉลี่ย 30.97 เดือน

ตอนที่ 2 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอาการทางลบ ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอาการทางลบ ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	Range	$\bar{x}$	S.D.
อาการทางลบ	0 - 6	1.33	1.64
ความเพียงพอของรายได้	8 - 30	18.74	5.46
ความเชื่ออำนาจภายในตน	4 - 15	10.87	2.48
การสนับสนุนทางสังคม			
ด้านอารมณ์	8 - 25	19.77	3.83
ด้านข้อมูลข่าวสาร	7 - 25	18.78	4.45
ด้านทรัพยากร	7- 25	18.77	4.45
โดยรวม	26- 75	55.40	9.78

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอาการทางลบอยู่ระหว่าง 0 ถึง 6 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.33 คะแนน ความเพียงพอของรายได้มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8 ถึง 30 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 18.74 คะแนน ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4 ถึง 15 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.87 คะแนน และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8 ถึง 25 คะแนน โดยเฉลี่ย 19.77 และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 26 ถึง 75 คะแนน โดยเฉลี่ย 55.40

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับคุณภาพชีวิต		จำนวน	ร้อยละ
สูงที่สุด	(คะแนน = 24.01 – 30.00)	27	19.30
สูง	(คะแนน =18.01 – 24.00)	71	50.70
ปานกลาง	(คะแนน =12.01 – 18.00)	37	26.40
ต่ำ	(คะแนน =06.01 – 12.00)	5	3.60
	รวม	140	100

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.40 และพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมีเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.60 นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเลย

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิต	Range	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ด้านครอบครัว	0.00 - 30.00	22.46	6.72	สูง
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่	7.10 - 29.25	20.52	4.89	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.43 - 30.00	19.97	5.04	สูง
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	5.36 - 27.86	18.27	5.16	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	9.05 - 28.50	20.30	4.18	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 20.30) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\bar{x}$ = 22.46, 20.52,19.97, 18.27 ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของการมีอาการทางลบแบ่งตามรายข้อ

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
หลีกเลี่ยงการร่วมทำกิจกรรม เช่นการทำบุญตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น	28	20.00
มักอยู่คนเดียวเสมอ	27	19.30
บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้	24	17.10
สีหน้าเฉยเมย	23	16.40
หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือ ทักทายกับบุคคลอื่นก่อน	21	15.00
บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆไม่ได้เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือ น้ำพึ่งเรือเสือพึ่งป่า	19	13.60
ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา	9	6.40
นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา	8	5.70
การโต้ตอบ เป็นแบบถามคำตอบคำ	7	5.00
ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน	6	4.30
พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก	5	3.60
การโต้ตอบด้วยคำพูดจะหยุดชะงักเป็นพักๆ	4	2.90
ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว	2	1.40

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาอาการทางลบเป็นรายข้อพบว่าข้อมี่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางลบมากที่สุดคือ หลีกเลี่ยงการร่วมกิจกรรม เช่นการทำบุญตามประเพณีงานเทศกาลรื่นเริงต่างๆ มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงคือ ข้อมักอยู่คนเดียวเสมอ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 และข้อที่ผู้ป่วยมีอาการทางลบน้อยที่สุดคือ ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	S.D.
ด้านอารมณ์		
แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความเต็มใจ	4.46	0.79
ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ	3.97	1.06
บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญต่อเขา	3.83	1.15
ท่านสามารถบอกความคับข้องใจกับผู้ที่ท่านไว้วางใจได้	3.79	1.22
ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว	3.72	1.35
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.69	1.15
ท่านได้รับทราบลักษณะอาการเกี่ยวกับโรคของท่าน	3.40	1.29
ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคของท่าน	3.39	1.22
ท่านได้รับทราบถึงสาเหตุการเกิดโรคของท่าน	3.33	1.30
ท่านได้รับคำแนะนำให้ทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่ท่านได้รับ	3.04	1.37
ด้านทรัพยากร		
มีผู้อำนวยความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์ เมื่อท่านมีความต้องการ	3.86	1.49
มีผู้ช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อท่านมีความต้องการ	3.81	1.14
ท่านได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า	3.80	1.25
ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอเวลามีปัญหาด้านการเงิน	3.70	1.35
มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน	3.61	1.17

จากตารางที่ 9 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือแพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ($\bar{x}$ = 4.46) รองลงมาคือการได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจ ($\bar{x}$ = 3.97) และพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ($\bar{x}$ = 3.72) ในด้านข้อมูลข่าวสารพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ ($\bar{x}$ = 3.69) และพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านได้รับคำแนะนำให้ทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่ท่านได้รับ ($\bar{x}$ = 3.04) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากร พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีผู้อำนวยความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมา

พบแพทย์ เมื่อท่านมีความต้องการ ($\bar{x}$ = 3.86) และพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ($\bar{x}$ = 3.61)

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายข้อในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่			
ความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น	23.64	6.99	สูง
การดูแลสุขภาพของท่าน	22.70	7.95	สูง
ความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง	20.84	7.56	สูง
ความสามารถของท่านในการดูแลครอบครัว	20.50	9.44	สูง
สุขภาพของท่าน	20.29	9.43	สูง
การเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น	20.19	9.80	สูง
พละกำลังของท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน	19.77	8.87	สูง
ความสามารถในการที่รู้ได้ว่าเมื่อใดจะมีอาการของโรคเกิดขึ้น	19.35	10.03	สูง
ชีวิตในเรื่องเพศของท่าน	19.08	6.32	สูง
ความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น	18.98	9.72	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ			
สภาพบ้านเรือน หรือ ที่อยู่อาศัยของท่าน	22.88	9.69	สูง
การศึกษาของท่าน	21.64	8.23	สูง
งานอาชีพของท่าน (กรณีประกอบอาชีพ)	21.37	8.01	สูง
เพื่อนของท่าน	20.09	7.57	สูง
ความสามารถในการจัดการเรื่องรายได้และการเงินของท่าน	18.90	8.62	สูง
ความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจจากบุคคลอื่น	18.85	8.32	สูง
เพื่อนบ้านของท่าน	18.32	8.39	สูง
การไม่ได้ทำงานของท่าน (กรณีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	12.23	5.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่มีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด 10 ข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือความสามารถในการ

ดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ($\bar{x}$ = 23.64) ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ($\bar{x}$ = 18.98)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่ามีจำนวนข้อที่อยู่ในระดับสูง 7 ข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือสภาพบ้านเรือน หรือ ที่อยู่อาศัย ($\bar{x}$ = 22.88) และมีข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ การไม่ได้ทำงานของท่าน ($\bar{x}$ = 12.23)

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายข้อในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ			
ความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์	26.07	5.48	สูงที่สุด
ความสุขในชีวิตของท่าน	20.76	8.95	สูง
ความสงบสุขทางใจของท่าน	20.69	9.39	สูง
ภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น	17.47	8.65	ปานกลาง
ปฏิกริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท	16.50	9.44	ปานกลาง
ความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิตส่วนตัวของท่าน	16.07	5.48	ปานกลาง
ความกังวลใจในชีวิต	15.88	10.17	ปานกลาง
ด้านครอบครัว			
ความสุขในครอบครัวของท่าน	22.90	8.32	สูง
สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	22.77	9.21	สูง
บุตรหลานของท่าน	18.97	6.66	สูง
คู่ครองหรือคนรักของท่าน	17.73	7.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีข้อที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ($\bar{x}$ = 26. 07) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ภาพพจน์ที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตส่วนตัว ปฏิกริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตส่วนตัว และความกังวลใจในชีวิต ($\bar{x}$ = 17.47,16.50, 16.07, 15.88 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณา คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่ามีข้อที่อยู่ในระดับสูง 3 ข้อ และข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ความสุขในครอบครัวของท่าน ($\bar{x}$ = 22.90) อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 1 ข้อ คือ คู่ครองหรือคนรักของท่าน ($\bar{x}$ = 17.73)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	Female	Age	Edu	Income	Contol	Neg	SSpp	QOL
เพศหญิง (Female)	1000							
อายุ (Age)	.131	1000						
ระดับการศึกษา (Edu)	-.010	.162*	1000					
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	.032	-.084	.308*	1000				
ความเชื่ออำนาจภายในตน(Contol)	-.146*	-.167*	.010	.136	1000			
อาการทางลบ (Neg)	-.101	-.131	-.217*	-.245*	-.188*	1000		
การสนับสนุนทางสังคม (SSpp)	.051	-.113	.086	.404*	.237*	-.326*	1000	
คุณภาพชีวิต (QOL)	.235*	.108	.139	.361*	.132	-.385*	.522*	1000

*p < .05

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเชื่ออำนาจภายในตน (r = -.146) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r = .235) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับการศึกษา (r = .162) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเชื่ออำนาจภายในตน (r = -.167) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับรายได้ของครอบครัว (r = .308) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาการทางลบ (r = -.217) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาการทางลบ (r = -.245) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคม (r = .404) และคุณภาพชีวิต (r = .361) ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาการทางลบ (r = -.188) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคม (r = .237) อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคม (r = -.326) และคุณภาพชีวิต (r = -.385) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r = .522) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของพยากรณ์

ตัวพยากรณ์	b	S.Eb	Beta	t	Sig t
เพศ (หญิง = 1)	1.583	0.608	0.181	2.604*	0.010
อายุ	6.054E- 02	0.033	0.131	1.812	0.072
ระดับการศึกษา	3.716E-02	0.076	0.037	0.487	0.627
ความเพียงพอของรายได้	0.113	0.060	0.147	1.888	0.061
ความเชื่ออำนาจภายในตน	5.564E-02	0.122	0.033	0.455	0.650
อาการทางลบ	-0.422	0.197	-0.166	- 2.136*	0.035
การสนับสนุนทางสังคม	0.172	0.034	0.403	5.107*	0.000

constant = 5.381 $S.E_{est}$ = 3.341

R = .627 R^2 = .393 R^2 change = .393 F = 12.226

* p < .05

ตารางที่ 13 พบว่าเมื่อนำตัวพยากรณ์ทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ เพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม มาพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้

ร้อยละ 39.3 (R^2 = .393) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เพศหญิง อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
การสนับสนุนทางสังคม	.522	.272	.272	51.590*
การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ	.569	.324	.052	32.808*
การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง	.600	.360	.036	25.468*
การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง ความเพียงพอของรายได้	.615	.378	.018	20.517*

* p < .05

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .272 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 27.2

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ อาการทางลบเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .324 (R^2 = .324) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมและอาการทางลบสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 32.4 โดยที่เมื่อเพิ่มอาการทางลบเข้าไป จะสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 (R^2 change = .052)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ เพศหญิงเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .360 (R^2 = .360) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ และเพศหญิง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 36 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรเพศเข้าไป จะสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 (R^2 change = .036)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ ความเพียงพอของรายได้เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .378 (R^2 = .378) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 37.8 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรความเพียงพอของรายได้เข้าไป จะสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.8 (R^2 change = .018)

ตารางที่ 15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญ b

ตัวพยากรณ์	b	$S.E._b$	Beta	t
การสนับสนุนทางสังคม	.165	.033	.385	5.018*
อาการทางลบ	-.517	.185	-.204	- 2.801*
เพศ (หญิง =1)	1.662	.596	.190	2.789*
ความเพียงพอของรายได้	.114	.057	.149	1.996*
Constant = 9.000	$S.E._{est}$ = 3.345		F = 20.517	
R = .615	R^2 = .378			

* p < .05

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่าสูงที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .385) รองลงมาคืออาการทางลบ (Beta = -.204) เพศหญิง (Beta = .190) และความเพียงพอของรายได้ (Beta = .149) ตามลำดับ แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคืออาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้โดยสามารถสร้างสมการการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{คุณภาพชีวิต}} = 9.000 + .165_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .517_{\text{อาการทางลบ}} + 1.662_{\text{เพศหญิง}} + .144_{\text{ความเพียงพอของรายได้}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .385\, Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .204\, Z_{\text{อาการทางลบ}} + .190\, Z_{\text{เพศหญิง}} + .149\, Z_{\text{ความเพียงพอของรายได้}}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จากปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จำนวน 140 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 9 ข้อ

2. แบบประเมินอาการทางลบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวทางการสร้างจากเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) เป็นแบบตรวจสอบรายการแบบ มีกับไม่มี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามคำจำกัดความในการวิจัยและโครงสร้างของเนื้อหาของตัวแปร เป็นข้อคำถามประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ

4. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทที่ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) สร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนเองในด้านสุขภาพร่วมกับอาศัยแนวทางการสร้างจากเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายในตนของ Wallston & Wallton (1981) เป็นข้อคำถามประมาณค่า 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) เป็นข้อคำถามประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

6. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวทางการสร้างจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Powers (1985) Epilepsy version –III ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้ แบบสัมภาษณ์รายได้ของครอบครัวเท่ากับ .88 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเท่ากับ .74 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .81 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต แบ่งเป็น สองด้าน คือ ด้านความพึงพอใจได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 ด้านความสำคัญเท่ากับ .81 ส่วนแบบประเมินอาการทางลบนำไปหาค่าค่าความเที่ยงโดยวิธีการหา Inter- rater reliability โดยใช้สูตรของ Kappa ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม ถึง 4 เมษายน 2546 เป็นเวลาทั้งหมด 17 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 21– 59 ปี

โดยเฉลี่ย 36.32 ปี มีสถานภาพสมรสโสดคิดเป็นร้อยละ 57.10 ส่วนการศึกษาพบว่าจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.30 และเมื่อคิดเป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษาอยู่ในช่วง 2 -18 ปี คะแนนเฉลี่ย 9.20 ปี ซึ่งอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และส่วนมากประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.60 ลักษระการอยู่อาศัยเป็นลักษณะของครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 46.40 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1 - 420 เดือน โดยเฉลี่ย 115.89 เดือน ส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ในช่วง 1 – 20 ครั้ง โดยเฉลี่ย 3 ครั้ง และพบว่าระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดอยู่ในช่วง 1-192 เดือน โดยเฉลี่ย 30.97 เดือน

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมจัดอยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 20.30)

2.2 คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านครอบครัว ($\overline{x}$ = 22.46) รองลงมาคือด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ($\overline{x}$ = 20.52) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($\overline{x}$ = 19.97) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\overline{x}$ = 18.27)

2.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมีจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 50.70) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.40) และพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 3.60) นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเลย

3. อาการทางลบ ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน และ การสนับสนุนทางสังคม

อาการทางลบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.33 ความเพียงพอของรายได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.74 ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนมีค่าคะแนนโดยเฉลี่ย 10.87 และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยเฉลี่ย 19.77 และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าคะแนนโดยเฉลี่ย 55.40

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุเมื่อนำตัวแปรทั้งหมด คือ เพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม มาพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 39.3 (R^2 =.393) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .403) เพศหญิง (Beta =.181) และ อาการทางลบ (Beta = -.166)

5. ผลการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Solution) พบว่า กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัว คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 37.8 (R^2 =.378) ตัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสำคัญเป็นอันดับแรก คือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .385) รองลงมาเป็นตัวที่มีความสัมพันธ์ทางลบ คือ อาการทางลบ (Beta = —.204) เพศหญิง (Beta = .190) และ ความเพียงพอของรายได้ (Beta = .149) ตามลำดับ แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคืออาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ โดยสามารถสร้างสมการการทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{คุณภาพชีวิต}} = 9.000 + .165_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .517_{\text{อาการทางลบ}} + 1.662_{\text{เพศหญิง}} + .144_{\text{ความเพียงพอของรายได้}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .385\, Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .204\, Z_{\text{อาการทางลบ}} + .190\, Z_{\text{เพศหญิง}} + .149\, Z_{\text{ความเพียงพอของรายได้}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถนำมาอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 20.30) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบูรณ์ (2539) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1985) ประเมินคุณภาพชีวิตสามลักษณะคือ ความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง และคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการบริการที่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า การที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับสูงนั้นอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ความสามารถในการประกอบอาชีพ จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังสามารถประกอบอาชีพได้ถึงร้อยละ 79.30 สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทยังมีความสามารถประกอบอาชีพได้ด้วย ตนเองก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีรายได้เป็นของตนเองอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้รู้จักที่จะดูแลรักษาสุขภาพทั้งกายและใจ ไม่รู้สึกว่ามีปมด้อย และพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) ประกอบกับบทบาทของคนทำงานเชื่อว่าเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เนื่องจากช่วยทำให้ บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกับการมีอาชีพ ทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2539) ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้มีความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบอาชีพ

ปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนั้นได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจากการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการดูแลตนเองที่บ้าน มีการจัดระบบการส่งต่อ จัดบริการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และทำให้ลดการเจ็บป่วยลงได้ (ปัทมา ศิริเวช, 2545) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นได้นำเอาแนวคิดทางด้านครอบครัว จิตเวชชุมชน มาผสมผสานกัน โดยให้การพยาบาลทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ให้อำนาจผู้ป่วยในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการวางแผน แก้ปัญหา และวางแผนการดูแลตนเอง เน้นให้ผู้ป่วย พึ่งตนเอง และติดตามผลการรักษาหลังจากที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนแล้ว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) ด้วยปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการที่จะดำเนินชีวิตในชุมชนไม่แยกตัวจากสังคม (Lubkin, 1986) จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) ที่พบว่าระบบการให้การบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งคือลักษณะการอยู่อาศัย จะเห็นได้ว่าการอยู่อาศัยของผู้ป่วยนั้นพบว่าเป็นลักษณะของครอบครัวขยายถึงร้อยละ 53.60 อาจอธิบายได้ว่าระบบครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในเวลาเจ็บป่วยซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังที่ยาวนานเกือบตลอดชีวิต การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการดำรงชีวิตในระบบเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรม ลักษณะของครอบครัวขยายมีความจำเป็นมาก เพราะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่แทนผู้ป่วยได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้ความเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ลดน้อยลง และยังทำให้สมาชิกในครอบครัว ลดการแสดงอารมณ์หรือการวิพากวิจารณ์ผู้ป่วยลง เพราะว่าการถูกตำหนิหรือวิพากวิจารณ์จากคนในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้วามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้ (Sullivan et al. 1992) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่กับครอบครัวที่มีลักษณะดังกล่าว จึงทำให้ไม่เกิดความตึงเครียด ไม่เป็นกังวล และดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขได้

ถึงแม้ว่าจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อยังพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางในส่วนของคู่ครองหรือคนรัก ($\overline{x}$ =17.73) อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยบางส่วนมีสถานภาพ หม้าย หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 11.50 ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า จากลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินของ โรคแบบเรื้อรัง ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายกับการที่ต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษา นอกจากนี้ผลจากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีตราบาป กลัวว่าผู้ป่วยจะทำขายหน้า จึงไม่ยอมให้ผู้ป่วยออกสู่สังคมภายนอก และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ หรือเกิดความรู้สึกว่ามีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับการที่ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในบางครั้ง จึงก่อให้เกิดความตึงเครียดเกิดขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกหรือ วิพากวิจารณ์ ผู้ป่วย และไม่เอาใจใส่ผู้ป่วยหรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Greenberg et al. 1993) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทประสบกับสภาพดังกล่าวจึงทำให้ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อคู่ครองหรือคนรักของตนได้

นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตในข้อภาพพจน์ที่ปรากฏต่อบุคคลอื่นและปฏิกริยาของคนอื่นที่แสดงต่อผู้ป่วยเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($\overline{x}$ = 17.47 และ 16.50 ตามลำดับ)

อาจอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

ด้านความคิดอารมณ์ การปรับตัว พฤติกรรม การรับรู้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) เมื่อรักษาแล้วก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และมีความบกพร่องของการทำหน้าที่และบทบาทของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (วิวัฒน์ ยถาภูธานนท์ และคณะ, 2536) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นในสังคม และจะมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนคน ทั่วไป เกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วย ให้เข้าร่วมกลุ่มด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีการพบประสังสรรค์กับคนอื่นน้อยลง (จลี เจริญสรรพ์, 2542) นอกจากนี้บุคคลทั่วไปยังมองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่เป็นอันตราย ก้าวร้าว จึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้ป่วย และถูกเอาเปรียบจากคนในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าเป็นตราบาป จึงพยายามแยกตัว ทำให้มีปัญหาทางใจตามมา (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสุมน สูยะชีวัน, 2536) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางในส่วนของภาพพจน์ที่ปรากฏต่อบุคคลอื่นและปฏิกริยาของคนอื่นที่แสดงต่อผู้ป่วยเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีทั้งหมด 4 ตัวแปรคือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 37.8 (R^2 =.378)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Beta = .385) สามารถอธิบายได้ว่าการที่การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้นั้นอาจเนื่องจากว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเภทจิตเภทรับรู้ว่ามีคนให้ความรักและดูแลเอาใจใส่สนใจยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb,1979) ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529:4) ซึ่งความรู้สึกว่ามีคนให้ความรักและดูแลเอาใจใส่นั้นเป็นความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้มีความเครียดลดลง สามารถปรับตัวได้เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี (Cohen & Will,1985)

เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าตนเองได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้างและมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยบรรเทาภาวะคุกคามทางจิตใจของผู้ป่วยลงได้และผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งยังช่วยให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการยอมรับ เป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

อาการทางลบพบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Beta = —.204) แต่มีความสัมพันธ์ในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruggeri et al.(2002) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพ และความสุขโดยทั่วไป และ การศึกษา Barry & Crosby (1996) พบว่าในผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่ในชุมชนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 ด้านการทำกิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และด้านสุขภาพร้อยละ 54

อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางลบมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องและเสื่อมลงของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและเกิดภาระต้องพึ่งพาญาติในการช่วยเหลือทั้งทางด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเงิน เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติโดยเกิดความเบื่อหน่ายวิตกกังวลมากขึ้น เมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าวญาติอาจตำหนิวิพากวิจารณ์ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบเกิดการป่วยซ้ำได้ (Vaunhm and Leff, 1976 cited in Rugreangkulkij & Gilliss, 2000) ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยประสบกับสภาพดังกล่าวผู้ป่วยก็จะมีอาการเช่นการแสดงออกทางอารมณ์น้อยลง เฉยเมย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า สับสน ขาดแรงกระตุ้นหรือมีแรงจูงใจน้อย (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ซึ่งลักษณะอาการ ดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต และไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง (Weiss 1974 cited in Weinert, 1987) จึงประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้

เพศจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงสามารถทำนายว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Beta = .190) ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lehman (1983) และ Norman et al. (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนะคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Noris,1972) นอกจากเพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระภาพในบุคคลซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าเกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยชายรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองลดลงด้วยเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานเดิม ส่วนในเพศหญิง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน แต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบด้านต่างๆและความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไม่ได้รู้สึกว่าตนเองได้รับผลกระทบมากนัก นอกจากนั้นเวลาเจ็บป่วยยังพบว่าเพศหญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (ลัดดาวัลย์ สิงคำฟู, 2533) ดังนั้นเพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

ความเพียงพอของรายได้ เป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Beta = .149) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย สงวนสิน และคณะ (2541) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

อาจอธิบายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้เพียงพอซึ่งทำให้สนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้เช่น อาหารที่เพียงพอ บ้าน ความปลอดภัย การสันทนาการ (Palmore & Luikart,1972 อ้างใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) และยังเชื่อว่าฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่มีระโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีความสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี และรายได้ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการกำหนดให้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน (Cameran et al.1973 cited in Burckhardt,1985) ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าตนเองมีรายได้ที่เพียงพอ จึงรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเองและประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lehman (1983) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูง

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวชนั้นจะต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทคงไว้ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ พยาบาลจิตเวชจะต้องให้การพยาบาลโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้กับสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยให้การพยาบาลในรูปแบบของการให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เห็นคุณค่าของผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทางรังเกียจผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พบปะกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวของตนเองและบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และเน้นในเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้

2. จัดให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันจะทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและยังจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก ให้การช่วยเหลือสิ่งของซึ่งเป็นการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับบริการซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม ผลที่ตามมาก็คือก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชวิตได้อย่างมีคุณค่าตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. บทบาทของพยาบาลจะต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบซึ่งถือว่าเป็นอาการทางจิต ดังนั้นวิธีการที่จะควบคุมได้พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลการรักษา ติดตามเยี่ยมบ้าน สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการ วิธีการสังเกตอาการ การให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและให้การป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถแก้ไขพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่น และยังทำให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความผูกพันธ์และเห็นใจกันในระหว่างสมาชิกกลุ่ม นำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่ผิดปกติให้ดีขึ้นและลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

4. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศชายพยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และให้คำแนะกับบุคคลในครอบครัวและ

ชุมชนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกระทำตามหน้าที่ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ตามความสามารถ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก ถึงการได้รับการยอมรับ เคารพ และให้เกียรติ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

5. ระบบการพยาบาลควรเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท มีการขยายขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีพบำบัด โดยทำให้ผู้ป่วยมีวิชาชีพและสามารถมีรายได้เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ ควรมีการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีอาชีพหรือมีงานรองรับผู้ป่วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชนมน สูยะชีวัน, 2535) เพราะการที่ผู้ป่วยสามารถมีรายได้เป็นของตนเอง มีรายได้ที่เพียงพอแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจที่สามารถหาเลี้ยงตนเองได้ สามารถให้การตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้จักที่จะรู้จักดูแลรักษาสุขภาพทั้งกายและใจ พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญเน้นให้ผู้ป่วยใช้จ่ายตามศักยภาพของตนเอง และรักษาสิทธิในการรักษาที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับเพื่อลดรายจ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้ เป็นไปตามสมมุติฐาน

ส่วนระดับการศึกษา อายุ และ ความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพ ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรเห็นความสำคัญ และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยส่งเสริมให้จัดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายมิติ

2. ผู้บริหารการพยาบาล ควรเน้นระบบการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการขยายขอบเขต และแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีพบำบัด โดยทำให้ผู้ป่วยมีวิชาชีพและสามารถมีรายได้เลี้ยงตนเอง ควรมีการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีอาชีพหรือมีงานรองรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่ายภายในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2. พยาบาลวิชาชีพควรให้กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดความใกล้ชิดสนิท

สนม กระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถบอกความต้องการของตนเองกับบุคคลอื่นได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น และเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีผู้ให้ความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่าและยกย่องตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตัวผู้ป่วยเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการดูแลตนเอง ที่ได้รับจากบุคคลอื่น และยังทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมน้อยลงได้

2. พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้แก่ชุมชนและส่งเสริมการพยาบาลที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการของผู้ป่วยเพื่อให้คนในสังคมได้มีความรู้ และให้การยอมรับ เห็นอกเห็นใจและไม่แสดงกิริยาที่รังเกียจผู้ป่วย และเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

3. พยาบาลวิชาชีพควรจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. พยาบาลควรให้การพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีคู่สมรสหรือคนรัก การให้การพยาบาลควรเน้นการให้ความรู้แก่คู่สมรสหรือคนรักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต โดยเน้นการแสดงความรัก ให้เกียรติกัน และให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความสามารถตามบทบาทที่ผู้ป่วยเป็น และให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการทางลบแก่คู่สมรสของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อาชีพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลักษณะของครอบครัว ระบบบริการของโรงพยาบาล ความเชื่ออำนาจภายนอกตนมาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมการฝึกการจัดการกับอาการทางลบ เพื่อพัฒนาให้เป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วย และเพื่อประโยชน์ในการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

3. ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศชายและเพศหญิง ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและมีความแตกต่างกันอย่างไรระหว่างปัจจัยต่างๆ เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาวางแผนในการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. 2543. แผนการพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสุขภาพจิต: กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. 2541. สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช. กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. 2544. การสำรวจอัตรากการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย. (http//www.dmh.moph.go.th)

กรมสุขภาพจิต. 2545. สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช: รายงานประจำเดือน. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536. โรคจิตเภท.ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย .พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จอม สุวรรณโณ . 2542. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล 48 (1): 13-20.

จันทรา ธีระสมบูรณ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535. การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย.สภาการพยาบาล กันยายน : 32-37.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

จลี เจริญสรรพ์. 2542. การดำเนินโครงการพยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ .เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ณ โรงแรมวังใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ .

จินตนา ยูนิพันธ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล : กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ม.ค.- มิ.ย.) : 1-13.

จิราพร อมราภิบาล. 2536. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชมภู วิสุทธิเมธีกร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, วิภากร เผ่ากันทรากรและมาลี แจ่มพงษ์ .2530 . คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.กรุงเทพฯ.ศูนย์การพิมพ์พลชัย.

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2536. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. ครอบครัวกับการเสริมสร้างสุขภาพจิตครบวงจร. 6 :105-125.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

ดารา ศัตรูลี้ ดวงตา, กุลรัตนญาณ และสมสกุล สุภัทรพันธุ์. 2539. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทานตะวัน แย้มบุญเรือง. ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทิวาพร ฟูเฟื่อง .2544. การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. ม.ป.ป. Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T).กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชนมน สูยะชีวัน. 2536. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ. สงขลานครินทรเวชสาร 11 (1) : 29-40.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช.

ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์.

ปัทมา ศิริเวช. 2545. การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10 (1) :1-5.

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ . 2542 . ผลของการพยาบาลตามแนวคิด 5 ซี ของโรซที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โปรยทิพย์ กสิพันธุ์.2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตราชยสถาน พ.ศ.2525. 2525. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร.สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์ .

พรชัย สงวนสิน , จุฬารัตน์ วิเรขะรัตน์ และชุติมา ประทีปปะจิตติ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5(3) :16-22.

พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (กรกฎาคม – ธันวาคม) : 45-54.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2537. ประเด็นปัญหาการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญ:ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2540. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง 13(1) : 29-36

พันธุ์ศักดิ์ วราอัศวปติและทวี ตั้งเสรี. 2536. จิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ต ขอนแก่น.

พะยอม อยู่สวัสดิ์.2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ: ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ.กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

เพชรี คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (2): 136-138.

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร. 2534. ตำราจิตเวชศาสตร์. หน่วยวารสารวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนตรี อมรพิเชษฐ์กูล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544. สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.

มาโนช หล่อตระกูล. 2539. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ยาใจ สิทธิมงคล. 2538. ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 13 (1) : 19-26.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 1 มกราคม – เมษายน : 84-94.

รัชนี ศรีหิรัญ. 2544. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่าย.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. 2544. รายงานระบาดวิทยาปี 2544.(ฉบับอัดสำเนา)

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาติครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิพาพร มาพบสุข. 2540. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร :สำนักพิมพ์ส่งเสริมวิชาการ.

วิลาสินี แผ้วชนะ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิวัฒน์ ยถาภูธานนท์ และคณะ. 2536. ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. 2545. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10 (1) : 30-44.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ:ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ.กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล 45(4) : 1-3.

สมภพ เรืองตระกูล.2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมศร เชื้อหิรัญ. 2532 . คู่มือปฏิบัติเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช . พิมพ์ครั้งที่ 4 .กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย.

สุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง:มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น :ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

สุธิดา กาณจนรังษี. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวิมล สมัตถะ. 2541 .ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทีบ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมนา ศรีชลาชัย และคณะ. 2542. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัดในพื้นที่การสาธารณสุขเขต 7 พ.ศ.2542. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 4 (2) : 83-94.

สุมณฑา บุญชัย. 2545. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสาวรส ปริญะจิตตะ. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่แลครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ก.ค.- ธ.ค.) : 32-44.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน วันที่ 29 – 30 กรกฎาคม 2542 ณโรงแรมวังใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎ์ธานี.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2540. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ซินต้าการพิมพ์.

อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุติมา ประทีปจิตติ และสุคนธ์ คำอ่อน. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5 : 58-64.

อำไพขนิษฐ สมานวงศ์ไทย. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษา: โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3) :128-139.

อำไพวรรณ พุมศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก.วี เจ ปริ้นติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Andresen,N.C & Olsen,S. 1982. Negative and positive schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 39:789-794.

Andresen,N.C. 1989. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. British Journal of Psychiatry 155:49-52.

Andreason, N.T. & Norris, A.C. 1972. Long term adjustment and adaptation mechanism in severely runed adult. Journal Nervous and Mental Disease.154:532-362.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4th ed: Washington DC.

Angermeyer et al., 2001. Quality of life – as defined by schizophrenic patients and psychiatrists .International Journal of Social Psychiatry 47(2):34-42.

Arns,P.G & Linney,J.A . 1993. Work , self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. Psychosocial rehabilitation journal 17(2) : 63-79.

Baker,F A . 1989. Living with a chronically ill Schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit : How family cope. Journal of Psychosocial Nursing 27 (1):31-35.

Baker, F., Jodrey, D. & Intaglia, J. 1992. Social support and quality of life of community support clients. Community Mental Health Journal 28 : 397-311.

Barry.M.M & Crosby,C. 1996. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long- term psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry 168:210-216.

Becker,M & Diamond,R. 1997. New developments in quality of life measurement in schizophrenia cite in Quality of life in mental disorders by katsching,H. Freeman,H.& Sartorious,N.New York.:John wiley & sons.

Beng-Choon Ho. 1998. Two-year outcome in first – episode schizophrenia:predictive value of symptoms for quality of life. American Journal of Psychiatry 155(9):1196-1201.

Beng-Choon Ho. 2000. Untreated initial psychosis:its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. American Journal of Psychiatry 15:808-815.

Bethesda,D.1999. Schizophrenia retrieved. [0nline]. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.Cfim National Institute of Mental Health [2001,January 30]

Bobes,J.& Gonzalez,M.P. 1997. Quality of life in schizophrenia .In : Kastching H Freeman H& Satorious N, editor. Quality of life in mental disorders . New York.: John wiley & sons.

Boer,H et al. 1998.Psychosocial factors and mental health in cancer patients:opportunities for health promotion.Psychology,health & medicine 3(1) : 71-79.

Browne, S et al. 1996. Quality of life in schizophrenia : relationship to sociodemographic factors symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatry Scandinavia 94:118-124.

Bruckhardt, C.S. 1985. The impact of arthritis quality of life .Nursing Research 34:11-16.

Buchanan, J. 1995. Social support and schizophrenia a review of literature.A rchives of Psychiatric Nursing 9 (2): 68-76.

Burns ,N. and Grove,S.K. 2001. The Practice of Nursing research :conduct,critique & utilization. 4 th ed.Pennsylvania: W.B. Saunders Company.

Campbell,A. 1976. Subjective measure of well-being. American psychologist 31 (Jan) : 117-124.

Caron,J.et al.,1998. Component of social support and quality of life in severely mentally III,low income and a general population group.Community Mental Health Journal 34 (5):459-475.

Carpenito, L.J. 1983. Nursing diagnosis : application to clinical practice. Philadelphai:J.B. Lippincott.

Carpenter, W.T. 1988. Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia: The concept. American Journal Psychiatry 145 (5): 578-583.

Carpiniello, B et al., 1997. Symptoms standard of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenia and depressed out – patients. Acta Psychiatry Scandinavia 96:235-241

Cobb,S. 1979. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38:300-314.

Cohen,S., & Will,T.A. 1985. Stress ,Social support and Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin 98 (September) : 310 – 357.

Czuchta,D.M. & Johnson,B.A. 1998. Reconstruction a sense of self in patients chronic mental illness.Perspectives in psychiatric care 34 (4):214 – 220.

Dalkey,N. ,Rourke,D. 1973. The delphe procedure and rating quality of life factors, in the quality of life concept .Washington D C: Environmental protection agency.

Ersek,M. et al., 1994. Quality of life in women with ovarian cancer. Western journal of nursing research 19(Mar):334-350.

Ferrans, C.E & Powers,M.J. 1985. Quality of life index :development and psychometric properties .Advances in nursing Science 8 (1): 15-24.

Ferrans, C.E & Powers,M.J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. Research nursing health 15:29-38.

Fleiss, J.L. 1981. Statistical methods for rates and proportion .2 nd ed. NY:Wiley & Sons.

Frank- Stromberg,M. 1988. Instruments for clinical nursing research.Connecticut: Appletion & Lange.

.Gibbsons,J.S & Butler,J,P 1987.Quality of life for new long-stay psychiatric in-patients: the effects of moving to a Hostel. British Journal of Psychiatry 151:347-354.

Green, C.A.,et al. 2001. Quality of life in treated and never-treated Schizophrenic patients. Acta Psychiatry Scandinavia 103:131-142.

Greenberg,J.S. et al. 1993. Mothers caring for on adult child with schizophrenia. Family relation.42:205-211.

Gupta,S.,Kulhara,P.,& Verma,S.K. 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthynia. Acta Psychiatry Scandinavia 97 : 290-296

Hanucharurnkul,S. 1988. Social support ,self-care and quality of life in cancer patients reciveing radiotherapy in Thailand.Ph.D.diss.College of nursing,Wayne state university.

Hansson,L et al. 1999. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. International Journal of Social Psychiatry 45(4) : 247-258.

Herz, M.I. & Marder.S.R. 2002. Schizophrenia Comprehensive treatment and management. Philadelphia : Lippincott Willans & Wilkins.

House,J.S. 1981. Work stress and social support. New Jers ey: Prentice Hall.

Hubbard, P, Muhlenkamp, A.F, & Brown,N. 1984. The Relationship between social support and self-care practice. Nursing research 33(Sep-Oct):266-268.

Johnson, K. 1997. Stigma. Journal of Advanced Nursing 26: 891-898.

Kaplan, H.I. & Sandock,B.J. 1998. Kaplan & Sandock' synopsis of psychiatry : behavioral sciences and clinical psychiatry. 8 ed. Baltimore .Williams & Wilkins.

Katschnig,H ,Freeman,H,Satorious,N.1997. Quality of life in mental disorders.New York : Johnson wiley & sons.

Katshing,H. 2000. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatry Scandinavia 102: 33-37.

Kay,S.R.,Opler,L.A.,& Fiszbein,A. 1986. Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. British Journal of Psychiatry 149 : 439-448.

Kay,S.R., Opler,L.A.,& Lindenmayer, J.P. 1989. The positive and negative syndrome scale (PANSS):rationale and standardisation. British Journal of Psychiatry 155:59-65.

Kay,S.R., Fiszbein,A.,& Opler,L.A. 1987. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia.Schizophrenia Bulletin 13 (2) : 261-276.

Koivumaa-Hongkanen ,H.T, et al. 1996. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. Acta Psychiatry Scandinavia 34 : 711-720.

Kravetz,S. et al. 2000. Accepting the mental illness label, perceived control over the illness,and quality of life.Psychiatric rehabilitation journal 23 (4) : 323-333.

Larson,E.B.& Gerlach,J. 1996. Subjective experience of treatment side effects mental state and quality of life in chronic schizophrenia out patients treated with depot neuroleptics. Acta Psychiatry Scandinavia 93:381-388.

Lehman,A.F et al. 1982. Chronic mental patients: the quality of life issue. American Journal of Psychiatry.139(10):127-1275.

Lehman,A.F.1983. The well-being of chronic mental patients :assessing their quality of life. Archives of General Psychiatry 40 :369-373.

Lehman,A.F,Possidente,S.& Hawker,F.1986. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. Hospital community psychiatry 37: 901-907.

Lehman.A.F.,et al. 1997. A randomised trail of assertive community tratment for homeless persons with severe mental illness. Archives of General Psychiatry 54:1038-1043.

Loukissa, D .A . 1995. Family burden in chronic mental illness a review of research studies. Journal Advance of Nursing 21:248-255.

Lubkin,L.M. 1986. Chronic illness: impact and intervention. Boston.Jones and Bartlet Publisher,Inc.

Meeberg,G.A. 1993. Quality of life :a concept analysis. Journal Advance of Nursing 18:38-38.

Meltzer,H.Y.et al. 1990. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic Schizophrenic patients. Hospital and community psychiatry 41(8) : 892-897.

Mercier, C., Peladeau, N.,& Tempier, R. 1998. Age, gender and quality of life. Community mental health journal 34(5) : 487-499.

Mercier, C.& King,S. 1994. A latent variabel causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. Acta Psychiatry Scandinavia 89 : 72-77.

Miller,J.F. 1983. Coping with chronic illness: overcoming power-lessness.Philadelphia:Lippincott.

Moller, M.D. & Murphy,M.F. 2001. Neuro biological responses and schizophrenia and psychotic disorder. In Stuart, G.W. & Lara,M.T.:Principle and practice 0f psychiatric nursing: St.Louis :Missouri.

Mozter, S.U & Stewart,J.B. 1996. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronany heart disease surviving cardiac arrest .Research in nursing & health 19 : 287-298.

Norman,R.M., et al. 2000. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. Acta Psychiatry Scandinavi 102 : 303-309.

Norman,R.MG et al. 2001.Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin quality of life index (client version). Acta Psychiatry Scandinavia 103 : 355-361.

Oliver,J.P., Priebe, S. & Kaiser,W. 1999. Quality of life and mental health care. Philadelphai. Biddles Ltd.

Orem,D.E. 1985. Nursing concepts of practice. (3 rd ed).New York.Macgraw-Hill.

Padilla,G.V.and Grant,M.M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advanced in nursing science (Oct) : 45-60.

Pender,J.N. 1987. Health promotion in nursing practice.2nd ed .Norwalk,Connscticut : Appleton & Lange.

Pender,J.N. 1996. Health promotion in nursing practice.3rd ed. Connecticut : Appleton & Lange.

Robson,P.J. 1988. Self-esteem a psychiatric view. British Journal of Psychiatry 153(July) : 6-15.

Rodin,J. 1986. Aging and health:effects of the sense of control. Science 233 : 1271-1276.

Rokeeach, M. 1970. Belife attitude and values. San Francisco : Jossy Bass.

Rose,E.L. 1997. Families of Psychiatric Patients: a critical review and future research direction. Archives of Psychiatric Nursing 31 : 19-21.

Rosenfield,S. 1989. The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. Journal of Health and Social Behavior 30 : 77-91.

Rosenfield,S 1992. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally III. Journal of Health and Social Behavior 33 : 299-315.

Rotter,J.B. 1966. Generalized expertancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monography: General and applied 80 :2.

Ruggeri,M. et al. 2001. Subjective and objective dimentions of quality of life in psychiatric patients:factor anallytical approach . British Journal of Psychiatry 178(3) : 268-275.

Ruggeri,M, et al. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: the South-Verona outcome project 5. Acta Psychiatry Scandinavia 105 : 131-140.

Rungreangkuij,S. and Gilliss.C.L. 2000. Concepture Approaches to studying Family Caregiving for persons with severe mental illness.Journal of Family Nursing 6(4) November : 341-366

Schaefer,C.,Colyne,C.,& Lazarus,R.S. (1981). The health related functions of social support . Journal of behavior medicine 4 : 381-406.

Simpson,C.J ,Hyde,C.E & Faragher,E.B. 1989. The chronically mentally III in community facilities :A study of quality of life. British Journal of Psychiatry 154 : 77-82.

Skantze,K et al., 1992. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out –patients. American Journal of Psychiatry 161 : 797-801.

Smitt,J. 1988. Public health and the quality of life. Family community health 10(Feb) :49-57.

Spiker, B. 1990. Quality of life assessment in clinical trial. New York : Raven press.

Stewart,M.J. 1993. Integrating social support in nursing. Newbury Park : Sage Publication

Strecher,V.J et al. 1986. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health education quarterly 13(1) : 73-92.

Strickland,B.R. 1978. Internal external expectancies and health-related behavior.Journal of conselling and clinical psychology 45 : 1192-1211.

Stuifbergen,A.K et al. (2000).An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nursing Research.49(3) : 122-129.

Sullivan,G,Wells,K & Leaker,B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally III population. Hospital and community psychiatry 43(8) : 794-798.

Taylor,M.C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4 ed. St.Louis : Mosby.

Tempier,R.1998. Quality of life of severely mentally iii individuals:a comparative study. Community mental health journal 34 (5) : 477-485.

Tilden,V.P. 1985. Issue of conceptualization and measurement of social support in construction of nursing theory. Research in nursing and health 8 :199-206.

Thoits,P.A. 1986. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior 23(2) : 145-159.

Thorndike, R.M. 1978. Correlational procedures for research. New York: Gardner press,Inc.

Vandiver,V.L. 1998. Quality of life, gender and schizophrenia : a cross-national survey in Canada,Coba and U.S.A. Community Mental Health Journal 34 (5) : 501-511.

Wanner, R., Oliver,P.J. 1997. Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. Journal of Social Psychiatry 43(2) : 29-46.

Wallston ,B.S., Wallston, K.A. 1978. Locus of control and health : a review of the literature. Health edocation monographs 6 : 107-117.

Wallston, K.A ,Wallston ,B.S. and Devellis,R. 1978. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health edocation monographs.6 : 160-170.

Wallston, K.A. & Wallston ,B.S. 1981. Health locus of control scales in Lefeourt HM.Research in the locus of control construct vol 1.New York: Academic Press.

Ware,J.E. 1984. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer 3 : 2316-2323.

Weinert, C. 1987. A social support measure: PRO 85. Nursing Research. 36 (5) : 273-277.

WHOQOL Group. 1996. What quality of life ? World health forum .17 (Nov) : 354-356.

WHOQOL Group.1993. The development of the World Health Organization Quality of life Assessment Instrument .In:Orley J,kuyken W,editors. Quality of life assessment :international prospective.Berlin:Springer-Veriag. 41-47

Wilson ,H .S .and Kneisl,C R. 1988. Psychiatric Nursing.(3 rd ed). Menlo Park CA:Addison –Wesley.

Wingate,S. 1995. Quality of life for women after a myocardial infarction. Heart & Lung 24 (6) : 467-473.

World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva : WHO

Zhan,L. 1992. Quality of life :conceptual and measurement issues.Journal of Advanced Nursing 17 : 795-800.

Zissi, A., Barry, M.M.& Cochrane,R. 1998. A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. Psychological Medicine 28 : 1221-1230.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นพ.สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล	นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
2. นพ. วีรพล อุณหรัศมี	นายแพทย์ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา
3. รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รศ.ดร.ปิญากรณ์ ชุตังกร	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา
6. นางดวงตา กุลรัตนญาณ	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา
7. นางสาวสมสนุก พระอามาตย์	พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542: 46)

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1-\frac{\sum S_1^{\,2}}{S_x^{\,2}}\right)^2$$

เมื่อ α คือ สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
k คือ จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
$\sum S_1^{\,2}$ คือ ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
$S_x^{\,2}$ คือ ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล

$$P = \frac{f}{n}x100$$

เมื่อ P คือ ค่าร้อยละ
f คือ แทนความถี่ที่ต้องการแผลงให้เป็นร้อยละ
n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ,2541: 35)

$$\overline{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\overline{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต
$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
N คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ,2541: 65)

$$S.D = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - \left(\sum X\right)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S.D คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

n คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) มีสูตร ดังนี้(ชูศรี วงศ์รัตนะ,2541: 314)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \left(\sum X\right)\left(\sum Y\right)}{\sqrt{\left[N\sum X^2 - \left(\sum X\right)^2\right]\left[N\sum Y^2 - \left(\sum Y\right)^2\right]}}$$

เมื่อ r_{xy} คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนชุด X (ตัวแปรอิสระ)

$\sum Y$ คือ ผลรวมของคะแนนชุด Y (ตัวแปรตาม)

$\sum XY$ คือ ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum Y^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

N คือ จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

6. สร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ ด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน มีสูตรดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์,2540: 129)

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + ... + b_kx_k$$

เมื่อ $\hat{y}$ คือ คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์

a คือ ค่าคงที่

$b_1, b_2, ..., b_k$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$x_1, x_2, ..., x_k$ คือ คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = \beta_1Z_1 + \beta_2Z_2 + ... + \beta_kZ_k$$

เมื่อ $\hat{Z}$ คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร

$\beta_1, \beta_2, ..., \beta_k$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_1, Z_2, ..., Z_k$ คือ คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

7. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R) มีสูตร ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์,2540: 129)

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_i}}$$

เมื่อ R^2 คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

SS_{reg} คือ ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์

SS_i คือ ความแปรปรวนทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

แบบฟอร์มขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบฟอร์มขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะอาการทางลบ ความเชื่ออำนาจภายในตน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความช้าๆแล้วใส่เครื่องหมาย ✓**หรือ**✗ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งเป็นแบบสัมภาษณ์นี้ทั้งหมด 1 ชุดคือ

ส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินอาการทางลบ

ส่วนที่ 3 มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 คือ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 คือ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
( ) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูง
( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ร้าง

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท .....

6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช.....

7. ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด..... ปี ..... เดือน

8. อาชีพ .....

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
( ) บิดา/มารดา ( ) สามี/ภรรยา ( ) บุตร
( ) พี่/น้อง ( ) ญาติ ( ) เพื่อน
( ) อยู่คนเดียว ( ) อื่นๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยมีจำนวน 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์ โปรดใส่เครื่องหมาย ✔ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในแต่ละข้อของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะอาการของท่านหรือไม่ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ไม่มี	มี
ตอนที่1 การสังเกต "ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่"		
1. สีหน้าเฉยเมย		
2. ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3. นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา		
ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ "ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่"		
7. ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
8. ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว		
13. บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถามถึงความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจภายในตนในด้านสุขภาพ โปรดใส่เครื่องหมาย ✕ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเล็กน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน				
ตอนที่ 1 รายได้ของครอบครัว					
1.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านต่างๆต่อไปนี้					
1.1 ซื้อของใช้ที่จำเป็น เช่นอาหาร เสื้อผ้า	5	4	3	2	1
1.2 ซื้อยารักษาโรค	5	4	3	2	1
1.3 จ่ายค่าเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	5	4	3	2	1
การท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณี	5	4	3	2	1
3. ครอบครัวของท่านมีเงินสำรองสำหรับใช้จ่ายเมื่อมีความจำเป็น	5	4	3	2	1
ตอนที่2 ความเชื่ออำนาจภายในตนในด้านสุขภาพของท่าน					
1.เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านรู้สึกว่าตัวท่านเองที่สามารถทำให้หายเจ็บป่วยได้	5	4	3	2	1
3.เมื่อท่านสุขภาพไม่ดีท่านคิดว่าเป็นเพราะการกระทำของท่าน	5	4	3	2	1

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และประคับประคองจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือข่าย เพื่อนฝูง แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โปรดใส่เครื่องหมาย ✕ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูก หรือ ผิด

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเล็กน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน
1. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ	5 4 3 2 1
2. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญต่อเขา	5 4 3 2 1
3. ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว	5 4 3 2 1
12.ท่านได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเช่นอาหาร เสื้อผ้า เวลาที่ท่านขาดแคลน	5 4 3 2 1
13. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน	5 4 3 2 1
14. มีผู้อำนวยความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์เมื่อท่านมีความต้องการ	5 4 3 2 1
15.มีผู้ช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อท่านมีความต้องการ	5 4 3 2 1

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ บรรยายถึงสภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของท่านในขณะนี้ซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งหมดจำนวน 29 ข้อ ในแต่ละข้อความท่านจะต้องตอบ 2 ตอนคือ ตอนที่1คือ ท่านมีความพึงพอใจกับสภาพดังกล่าวมากน้อยเพียงใดและตอนที่ 2 สภาพดังกล่าวมีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย ✕ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ซึ่งคำตอบแต่ละข้อไม่มีความหมายเชิงถูกผิด

พึงพอใจและสำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

พึงพอใจและสำคัญปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย

ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย

ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พึงพอใจมาก = 6 พึงพอใจปานกลาง = 5 พึงพอใจเล็กน้อย = 4 ไม่พึงพอใจเล็กน้อย = 3 ไม่พึงพอใจปานกลาง = 2 ไม่พึงพอใจมาก = 1

ตอนที่1 ท่านพึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
1. สุขภาพของท่าน	5	4	3	2	1
2. การดูแลสุขภาพของท่าน	5	4	3	2	1
3. พละกำลังของท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5	4	3	2	1
25. ความสงบสุขทางใจของท่าน	5	4	3	2	1
26. ความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของท่าน	5	4	3	2	1
27. ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตส่วนตัวของท่าน	5	4	3	2	1
28. ความสุขในชีวิตของท่าน	5	4	3	2	1
29. ภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น	5	4	3	2	1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

สำคัญมาก = 6 สำคัญปานกลาง = 5 สำคัญเล็กน้อย = 4 ไม่สำคัญเล็กน้อย = 3 ไม่สำคัญปานกลาง = 2 ไม่สำคัญมาก = 1

ตอนที่ 2 ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

ข้อความ	ระดับความสำคัญ				
1. สุขภาพของท่าน	5	4	3	2	1
2. การดูแลสุขภาพของท่าน	5	4	3	2	1
3. พละกำลังของท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5	4	3	2	1
25. ความสงบสุขทางใจของท่าน	5	4	3	2	1
26. ความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของท่าน	5	4	3	2	1
27. ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตส่วนตัวของท่าน	5	4	3	2	1
28. ความสุขในชีวิตของท่าน	5	4	3	2	1
29. ภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น	5	4	3	2	1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย .....

ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ด้วยดิฉัน นางสาว หงษ์ บรรเทิงสุข นิสิตปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้ได้รับการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขอความกรุณาท่านตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับความคิด ความรู้สึกและตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือเป็นความลับ ไม่เกิดผลกระทบต่อท่านทั้งในหน้าที่การงานและด้านส่วนตัว คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี และในระหว่างตอบแบบสัมภาษณ์หากท่านไม่ต้องการตอบแบบสัมภาษณ์จนครบ ท่านสามารถยกเลิกการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อบริการที่ท่านได้รับ คำตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมและใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

(นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข.)

ผู้วิจัย

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

5 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เนื่องด้วย นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้นิสิตจึงใคร่ขอเรียนเชิญ นางสาวสมสนุก พระอามาตย์ พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้าพยาบาล เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสมสนุก พระอามาตย์
งานจัดการศึกษา โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. (02) 2189801
ชื่อนิสิต นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข โทร. (02)2451130 – 31 ต่อ 415 หรือ (06) 6906259

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

5 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เนื่องด้วย นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต จากผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก
งานจัดการศึกษา โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. (02) 2189801
ชื่อนิสิต นางสาวหงษ์ บรรเทิงสุข โทร. (02)2451130 – 31 ต่อ 415 หรือ (06) 6906259

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. แปลงคะแนนของคุณภาพชีวิตในส่วนของความพึงพอใจ ดังนี้

6 = 2.5 5 =1.5 4 = 0.5 3= -0.5 2= -1.5 1= -2.5

ส่วนคะแนนด้านความสำคัญมีค่าคะแนนคงเดิม คือ

6 = 6 5= 5 4 = 4 3 = 3 2 = 2 1 = 1

2. การคิดคะแนนรายด้าน

2.1 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,16, 17

$= \{ [(i1 \times s1) + (i2 \times s2) + \ldots\ldots\ldots\ldots + (i17 \times s17)] \div 10 \} + 15$

2.2 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14,19, 20, 21, 22, 23, 24

$= \{ [(i13 \times s13) + (i14 \times s14) + \ldots\ldots\ldots\ldots + (i24 \times s24)] \div 7 \} + 15$

2.3 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15,18, 25, 26, 27, 28, 29

$= \{ [(i15 \times s15) + (i18 \times s18) + \ldots\ldots\ldots\ldots + (i29 \times s29)] \div 7 \} + 15$

2.4 ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9,10,12

$= \{ [(i8 \times s8) + (i9 \times s9) + \ldots\ldots\ldots\ldots + (i12 \times s12)] \div 4 \} + 15$

3. การคิดคะแนนโดยรวม

$= \{ [(i1x\ s1) + (i2 \times s2) + \ldots\ldots\ldots\ldots + (i29 \times s29)] \div 28 \} + 15$

หมายเหตุ ในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตข้อที่ 21 และ ข้อ 22 ผู้รับการสัมภาษณ์จะเลือกตอบเพียงข้อเดียว ดังนั้นจึงเหลือเพียง 28 ข้อ

i = คะแนนด้านความสำคัญ

s = คะแนนด้านความพึงพอใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว หงษ์ บรรเทิงสุข เกิดเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2517 ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยเทคโนโลยีราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย