

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวกฤษณ์ชลิ เพียรทอง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6279-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
IN COMMUNITY

Miss Kulchalee Painthong

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 2004

ISBN 974-17-6279-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์
โดย
สาขาวิชา
อาจารย์ที่ปรึกษา

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
นางสาวกฤษณ์ชลิ เพ็ชรทอง
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ)

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

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คุณท์ชลี เพียรทอง: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
(SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 126 หน้า.
ISBN 974-17-6279-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำ การขับถ่าย การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 170 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ความเพียงพอของรายได้ แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และแบบวัดสุขภาพ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสุขภาพรายด้าน และโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี
2. ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .31, .23, .20, .21, .26$ ตามลำดับ)
3. เพศ ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2547 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

##4577557636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORD: HEALTH, SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNIT

KULCHALEE PAINTHONG: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. THESIS ADVISOR : ASSOC.
PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 126pp. ISBN 974-17-6279-8

The purposes of the study were to identify the level and health of schizophrenic patients in community, and to examine the relationships between gender, education level, adequacy of income, social network, use of alcohol - amphetamine and tobacco , perceived health service, internal health locus of control, influential others health locus of control, chance health locus of control of schizophrenic patients in community. Research subjects consisted of 170 of schizophrenic patients who were treated in out patient departments of mental health hospitals under the jurisdiction of Division of Mental Health, selected by multistage sampling technique. Research instruments were interviewing questionnaires, which were designed to measure adequacy of income, social network, use of addict substances, perceived health service, health belief scale, and health scale. These instruments were tested and trial for their content validity and reliability. Statistics which were used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson-product moment correlation and the multiple regression analysis.

The major findings were as follows:

1. The level of health of schizophrenic patients in community was at the good level.
2. Adequacy of income, social network, perceived health service , internal health locus of control, and influential others health locus of control were positively and significantly related to health of schizophrenic patients in community, at .05 level. ($r = .31, .23, .20, .21, .26$ respectively.)
3. Gender, education level, alcohol and tobacco used, and chance health locus of control were not significantly related to health of schizophrenic patients in community.

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

Academic year..... 2004.....Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ให้ประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย ทั้งด้านการค้นคว้าหาความรู้ การแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความพยายาม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ให้กำลังใจ ให้ความหวังใยเสมอ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาชี้แนะ ให้ความรู้ ให้กำลังใจ รวมทั้งข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ นายสัมพันธ์ มณีรัตน์ นายสุรวิทย์ สุนันตานางสาวเกษราภรณ์ เคนบุปผา และนางสาวเกษร สายธนู รวมทั้งขอขอบคุณผู้ช่วยทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ท้ายที่สุดผู้วิจัย ขอขอบพระคุณครอบครัว รุ่นพี่ เพื่อน และรุ่นน้อง ที่คอยให้ความหวังใย กำลังใจ และการช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ มีความพยายาม และอดทนที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท.....	15
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	19
แนวคิดสุขภาวะ.....	22
สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	28
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การหาความตรงของเครื่องมือ.....	64
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5 สรุปและอภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	108
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	118
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	124
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค.....54
2	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และเปรียบเทียบโครงสร้าง ของเครื่องมือก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ.....65
3	ตารางค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อใช้จริง.....66
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย.....71
5	ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต.....73
6	ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของการใช้สารเสพติด เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และการรับรู้บริการสุขภาพ.....74
7	ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....75
8	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับคะแนนสุขภาวะโดยรวม.....75
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะทางกาย จำแนกเป็นรายข้อ..... 76
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะทางจิต จำแนกเป็นรายข้อ.....77
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ.....78
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายข้อ.....79
13	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไปซีเรียลระหว่างเพศกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....80

14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้
 เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยาบ้า การใช้บุหรี่
 การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ
 กับสุขภาพะรายด้านของผู้ป่วยจิตเภท.....81



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คำว่า สุขภาพ (Health) มาจากคำว่า “Hoelth” ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษสมัยปี ค.ศ. 450-1150 มีความหมาย คือ ปลอดภัย (safe) หรือไม่มีโรค (sound) และทั้งหมดของร่างกาย (whole of body) (Sorochan,1970 อ้างถึงใน Pender,2002) ส่วนองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่าสุขภาพ เป็นภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2541 ที่ประชุมองค์การอนามัยโลก เพิ่มคำว่า Spiritual well being หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย นอกจากนี้ยังให้ความหมายถึง คนทั้งคน ไม่ใช่แต่ละส่วน (WHO,1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ดังนั้นจึงเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จากที่เคยมองว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะของกายและจิตที่ปราศจากโรคหรือความพิการมาสู่นิยามของสุขภาพในความหมายที่กว้างขึ้นว่าสุขภาพคือ สุขภาวะ ประกอบด้วย ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือวิถีชีวิตที่อยู่ดีมีสุข ในประเทศไทย แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 แนวคิดหลักที่ 1 กล่าวว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับประเวศ วะสี (2543) ที่กล่าวว่าสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่ประกอบด้วย ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ส่วนวิฑูร พูลเจริญ (2543) กล่าวถึง สุขภาพของประชาชนไทยในมิติสุขภาวะว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยมีนัยที่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนความหมายสุขภาพให้ชัดเจนและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น ส่วนจรัส สุวรรณเวลา (2543) กล่าวว่า “สุขภาพ” ในภาษาไทยมีความหมายถึงสุขภาวะ และความ สุข

จะเห็นได้ว่าสุขภาวะมีความหมายนัยเดียวกับสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนนิยามให้ครอบคลุมชัดเจนมากขึ้น คือ การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยให้นิยามของคำว่าสุขภาพว่า เป็นสุขภาวะ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและไม่มีโรคเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้คำว่าสุขภาวะแทนสุขภาพ และทบทวนวรรณกรรมของสุขภาพเพื่อใช้ในการศึกษาสุขภาวะ

วิวัฒนาการของความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะปัจจุบันได้เปลี่ยนความเชื่อของมนุษย์ไปสู่แนวคิดที่ว่าโรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้และแม้มีโรคก็มีสุขภาวะที่ดีได้ ดังนั้นสุขภาวะจึงเป็นเครื่องชี้้นำสำหรับการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ คือคนไทยทุกคนสามารถที่จะมีสุขภาวะได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือพิการ (วิพุธ พูลเจริญ, 2543) รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่นั้นก็สามารที่จะบรรลุซึ่งสุขภาวะตามศักยภาพที่พึงมีได้เช่นกัน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวชของกรมสุขภาพจิตในช่วง เดือนตุลาคม 2545 ถึง กันยายน 2546 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยงานที่สังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 823,708 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง 326,617 คน คิดเป็นร้อยละ 39.68 ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่พบมากกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ จากวิเคราะห์การให้บริการ พบว่า การให้บริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 0.16 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 60.63 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน และกลับมาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มานิช หล่อตระกูล, 2545) บางรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้นานต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง ร้อยละ 39.68 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มาก ดังนั้นจึงทบทวนปัญหาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในชุมชนมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนปัญหาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชและจิตเภทในชุมชนพบว่าเกิดขึ้นหลายลักษณะ ดังนี้ 1) ทางกาย พบว่า ผลการตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นระบบทางเดินอาหาร (ยุพา บริสุทธิมาน, 2544) ส่วนการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน บางรายไม่ยอมอาบน้ำ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) ขาดความใส่ใจในการรับประทานยา ลืมรับประทานยา 2) ทางจิต พบว่า การที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ แสดงพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น และผู้ป่วยยังมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว รวมทั้งยังมีปัญหาการปรับตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกอับอาย และมีปมด้อย (โปรยทิพย์ กสิพันธ์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542 ; ไพลิน โภธิสุวรรณ, 2544) 3) ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางรายไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย (อุษา ชูชาติ และคณะ, 2535) อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (รัชนีกร อุปเสน, 2541)

ทำกิจกรรมกับครอบครัวแต่ไม่ไปร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ญาติบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกโกรธ เพื่อนบ้านล้อเลียนว่าเป็นบ้า มีการซุบซิบแอบมอง เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ แสดงท่าทางรังเกียจ ถูกแยกออกจากสังคม (โปรยทิพย์ กสิพันธ์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) จึงรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตเพราะคิดว่าชีวิตน่าจะดีกว่าที่เป็นอยู่ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) 4) ทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เคยรับการรักษาทางไสยศาสตร์มาก่อน เนื่องจากญาติเชื่อว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกิดจากผีเข้า ผีทำ ถูกทำทางไสยศาสตร์ ส่วนผู้ป่วยเชื่อว่าโรคจิตทำให้สังคมเดือดร้อน รุนแรง (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ซึ่งสามารถทำอันตรายต่อชีวิตของบุคคลอื่นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการให้เกียรติ การยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความหวัง ความศรัทธาในการทำความคิด ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย ยังมีอาการกำเริบถี่มากขึ้น ก็ยังทำให้การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพเพิ่มมากขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

การมีอาการกำเริบจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ เป็นภาระด้านการเงินของ สังคม ครอบครัว คือผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วกลับไปอยู่กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนับเป็นภาระในการดูแลที่ต้องเผชิญกับความผิดปกติด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ส่วนผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองคือ สมรรถภาพในการดูแลตนเองลดลง บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การที่ถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดมากขึ้น (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) และส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ให้การพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จึงต้องเน้นการดูแลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตปกติสุข รวมถึงลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) โดยต้องให้การส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นแนวทางและกลวิธีที่สร้างสรรคสุขภาพในทุกมิติ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ (วิฑูร พูลเจริญ, 2544)

การที่จะส่งเสริมสุขภาพได้นั้น ควรต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ แต่ปัจจุบันแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะศึกษาสุขภาพประชาชน ดังเช่น การศึกษาของเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม (2543) ศึกษาสุขภาพและแนวโน้มของประชากร

ผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า เหตุปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ชุมชน ด้านการศึกษา ด้านระบบสาธารณสุขไทย ด้านระบบการเมืองไทย ด้านพฤติกรรมอนามัย และด้านพันธุกรรม ส่วนการศึกษาสุขภาพะในผู้ป่วยจิตเวช มี 2 เรื่อง คือ การศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และเปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) ศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเวช คือ อายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ และการศึกษา (พิศสมร เดชดวง, 2545; เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวเป็นการศึกษาที่เลือกเฉพาะกลุ่มและศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านประชากรเท่านั้น ไม่ครอบคลุมตัวแปรวิถีชีวิตที่เป็นบริบทด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ นอกจากนั้นการศึกษาที่ผ่านมาครอบคลุมเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ 6 เดือนเป็นต้นไปเท่านั้น

จากการศึกษาสุขภาพะของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในแคนาดา พบว่า มีการกำหนดตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่เป็นไปได้และมีผลต่อสุขภาพะของประชาชนที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ และสถิติการเกิด การตายของประชาชน ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ 1) รายได้และสถานะทางสังคม รายได้สูงทำให้ความเป็นอยู่ปลอดภัยและสามารถซื้ออาหารที่ดี 2) เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือกันในชุมชนมีผลต่อการตอบสนองต่อความเครียดได้มีประสิทธิภาพ 3) การศึกษา การศึกษาเพิ่มโอกาสในการมีงานทำ และมีทักษะในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในชีวิตได้ 4) การมีงานทำ มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาซึ่งจะส่งผลถึงเศรษฐกิจของประชาชน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในสังคมเป็นสาเหตุสำคัญต่อสุขภาพจิต และสุขภาพกาย 5) สิ่งแวดล้อมทางสังคม คือความมั่นคงทางสังคมที่ประกอบด้วยชุมชน ศาสนา หรือประเทศ การยอมรับความแตกต่างกันในสังคม ความปลอดภัยของสังคม 6) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สุขภาพของมนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ น้ำ อาหาร และที่พักอาศัย เป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพ เมื่อเกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ 7) พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นประโยชน์ทำให้สุขภาพแข็งแรง ในขณะที่การใช้สารเสพติด รวมถึงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด ล้วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด 8) การพัฒนาในวัยเด็ก ช่วงชีวิตในวัยเด็กและการได้รับการดูแลในวัยเด็กมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ 9) ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม เป็นพื้นฐานทางชีวภาพและอวัยวะของมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโต เพศ และพันธุกรรมทำให้การเกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกัน 10) บริการสุขภาพ บริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนในทางที่ดี

11) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม และมีอิทธิพลที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสองเพศ ทั้งบุคลิกลักษณะ ทักษะคติ พฤติกรรม และ12) วัฒนธรรม บุคคลบางคน หรือบางกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจากสภาพสังคมที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สืบเนื่องกันมา

เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ (2545) กล่าวว่า ปัจจุบันการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญมี 2 กระบวนทัศน์ คือ 1) กระบวนทัศน์ว่าด้วยโรค จะเน้นที่การป้องกันหรือแก้ไขเมื่อมีภาวะที่เป็นโรคเกิดขึ้น และมุ่งที่จะดำเนินการให้โรคหมดไป จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และกายภาพโดยรวมที่มีผลต่อสุขภาพ แต่จะเน้นเฉพาะสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเฉพาะที่มีผลต่อการเกิดโรคโดยตรงเท่านั้น 2) กระบวนทัศน์สุขภาพจะกระบวนทัศน์นี้เห็นว่าสุขภาพควรมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าการเกิดโรค ดังการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น การพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจะ จึงต้องพิจารณาครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต จากการศึกษาตัวแปรของประเทศแคนาดาพบว่าได้ศึกษาครอบคลุมทั้ง 2 กระบวนทัศน์ ส่วนในการศึกษารุ่นนี้มุ่งศึกษากระบวนทัศน์สุขภาพเท่านั้น คือปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มาศึกษา คือ 1) รายได้และสถานะทางสังคม เนื่องจากจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) และทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี จึงเลือกศึกษาในลักษณะความเพียงพอของรายได้แทน 2) เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม 3) การศึกษา 4) พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบัน คือการใช้สารเสพติดที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำ (Cantor-Graae et al., 2001) และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเลือกศึกษาการใช้สารเสพติดแทน โดยเลือกศึกษาการใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำยาสูบหรือ 5) บริการสุขภาพ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้เหมาะสมหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนมีทางเลือกอย่างไร และหากมีปัญหาสุขภาพจะขอความช่วยเหลือที่ใด ดังนั้นจึงศึกษาการรับรู้บริการสุขภาพ 6) เพศ 7) วัฒนธรรม ภายใต้แต่ละวัฒนธรรมจะมีความเชื่อที่แตกต่างกันไป ความเชื่อของแต่ละบุคคลมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Locus of control) ที่ประกอบด้วยความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (วิลลาสินี แผ้วชนะ, 2541 ; ชมภู วิสุทธิเมธีกร, 2540) ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของบุคคล ดังนั้นจึงเลือกศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ แทนวัฒนธรรม

ส่วนตัวแปรที่คัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) การมีงานทำ 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 4) การพัฒนาในวัยเด็ก 5) ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกี่ยวข้องกับระดับความกลมกลืนเป็นหนึ่งในเดียวของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในตัวบุคคลที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายแข็งแรง การดำรงชีวิตมีความสุข แต่จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่สร้างและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานความรู้ให้พยาบาลสามารถทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล การให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Determinants of Health) ของประเทศแคนาดา ซึ่งแบ่งออกเป็น 12 ปัจจัย เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทั้งหมดแล้ว พบว่าประเทศแคนาดาได้ศึกษาครอบคลุม 2 กระบวนทัศน์ คือ กระบวนทัศน์ว่าด้วยโรค และกระบวนทัศน์สุขภาพ แต่ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษากระบวนทัศน์สุขภาพเท่านั้น คือ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาศึกษา คือ

เพศ เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคมโดยเฉพาะสังคมไทย พฤติกรรมบางอย่างจะเป็นผลมาจากข้อกำหนดจากความแตกต่างทางเพศ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน เพศชายมีพฤติกรรมทำลายสุขภาวะได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า (Sarafino, 1990) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น การดูแลตนเอง การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่า มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp and Broeman, 1988) ส่งผลให้การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาวะต่างกัน จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; สุกัญญา ไผทโสภณ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (1991) พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติดูแลสุขภาวะมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ทักษะ ความประพฤติ มรดกทางสังคม รวมทั้งมีบทบาทในการเตรียมบุคคลให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ธรรมชาติรอบตัว เข้าใจสังคม พัฒนาความคิดและทัศนคติในการดำรงชีวิต และฝึกฝนแนวปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า เข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษาของรัชนี คอมแพงจันทร์ (2546) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการสร้างสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่า ดังนั้นการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ความเพียงพอของรายได้ รายได้เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมให้เกิดสุข (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระการรักษา และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี จากการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ (2545) พบว่า การไม่มีรายได้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้เพียงพอมีสุขภาวะโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ดังนั้นความเพียงพอของรายได้จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ (รัชนี คอมแพงจันทร์, 2546) และเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมและการช่วยเหลือกันในครอบครัว เพื่อน ชุมชน ช่วยลดความเครียด ช่วยแก้ปัญหา หรือจัดการกับปัญหา และตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจ และเป็นตัวป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ จากการศึกษานี้ของสไตล สร่างโครก และคณะ (2546) ที่พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับการศึกษาว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) ดังนั้นเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้เกิดอาการทางจิตแฉ่ง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาเสพติดในการรักษาตนเอง (Self Medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เป็นจำนวนสามในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด การสูบบุหรี่นั้นมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช คือ ลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการกำเริบทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sadock & Sadock, 2003) ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Drake, Osher & Wallach (1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ มีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทจำพวก Amphetamine หรือยาบ้า นั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุให้เกิดความคิดหวาดระแวงและหูแว่วได้ (Mueser , et al, 1990) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้บริการสุขภาพ การรับรู้บริการสุขภาพของรัฐที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ การรับรู้บริการสุขภาพนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อการบริการด้านสุขภาพของหน่วยงานบริการที่จัดโดยรัฐ รวมถึงความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากประสบการณ์ตรงหรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการไปรับบริการ การรับรู้บริการหากรับรู้ถูกต้องจะช่วยให้บุคคลมีโอกาสเข้ารับบริการทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร และการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษานี้ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้บริการสุขภาพจิตของรัฐมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับบริการการให้คำแนะนำ การรักษา และการตอบสนองภัยของทีสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้องก็จะส่งผลให้มีสุขภาพะที่ดีตามมา ดังนั้นการรับรู้บริการสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภท

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากผู้อื่น หรือเป็นผลมาจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเป็นผลจากผู้อื่น หรือความบังเอิญหรือโชคชะตา ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพะในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจากการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) พบว่าสตรีวัยกลางคนที่มีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเองก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามสตรีวัยกลางคนที่มีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นหรือความบังเอิญ โชคชะตาหรือเคราะห์กรรมตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะมีแนวโน้มที่ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับ การศึกษาที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Kravetz, 2000) ซึ่งสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต (วิพุธ พูลเจริญ, 2544; พิภูล นันทชัยพันธ์, 2539) ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายในตนน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภท และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำ การใช้นุหรี ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะของ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ญนิพันธ์ (2542) ประกอบด้วย

1.1 สุขภาวะทางกาย หมายถึง การรับรู้สถานะ และการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความปลอดภัย ได้แก่ ความสามารถทางประสาทสัมผัสทางกาย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต

1.1.1. ความสามารถทางประสาทสัมผัสทางกาย หมายถึง การทำงานของอวัยวะรับสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส และการสัมผัสทางกายได้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.1.2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความไม่สบายกายจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

1.1.3. ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง ความสามารถของร่างกายตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินได้จากการทำความเข้าใจร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำงาน การออกกำลังกาย การซื้อของ การนอนหลับ

1.2 สุขภาวะทางจิต หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อความสุขและความสบายใจ ได้แก่ การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.2.1. การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในการแสดงความรู้สึกหรือการจัดการกับอารมณ์หรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.2.2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการประเมินว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นคนดี มีความสามารถ มีความหมายต่อครอบครัว

1.3 สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

1.3.1. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือชุมชน มีการให้และรับความรักและการช่วยเหลือกันในครอบครัวและชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน หรือเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และความรู้สึกเสมอภาค

1.3.2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน ได้รับกำลังใจ คำแนะนำ และการสนับสนุนทางการเงินหรือสิ่งของ

1.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การเคารพต่อชีวิตทุกคน

1.4.1. การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

1.4.2. ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการยอมรับและพอใจในตนเอง พอใจในการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันของตนเอง

1.4.3. การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการแสดงถึงการให้และการได้รับเกียรติจากผู้อื่น การเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้อื่น

2. เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แสดงว่าเป็นชายหรือหญิง

3. ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้าศึกษาอย่างเป็นทางการในสถานการศึกษา

4. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัวสำหรับการซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยาและการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) การแปลผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ที่ตนเองและครอบครัวมีรายได้เพียงพอน้อยส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ที่ตนเองและครอบครัวมีรายได้เพียงพอมาก

5. เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะความสัมพันธ์ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ ระยะเวลาในการติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมในส่วนโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) การแปลผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง มีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมมาก

6. การใช้สารเสพติด หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้สารอย่างใดอย่างหนึ่งโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท แล้วมีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาสารเสพติด 3 ประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาบ้า และบุหรี่ ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

6.1 การใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง จำนวนและความถี่ของการดื่มสุราหรือเบียร์ โดยการดื่มเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท การแปลผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง ไม่ดื่มหรือดื่มสุราหรือเบียร์ปริมาณน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ดื่มสุราหรือเบียร์ปริมาณมาก

6.2 การใช้อายาบ้า หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้อายาบ้า โดยการรับประทาน ดม สูบ หรือโดยวิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท การแปลผล คะแนนต่ำ หมายถึง ไม่ใช้หรือใช้อายาบ้าปริมาณน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ใช้อายาบ้าปริมาณมาก

6.3 การใช้บุหรี่ หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้บุหรี่ โดยการสูบเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท การแปลผล คะแนนต่ำ หมายถึง ไม่ใช้หรือใช้บุหรี่ปริมาณน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ใช้บุหรี่ปริมาณมาก

7. การรับรู้บริการสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพที่จัดโดยรัฐ ที่คิดว่าเป็นบริการที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตของรัฐของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) การแปลผล คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง การรับรู้บริการสุขภาพถูกต้องมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีการรับรู้บริการสุขภาพถูกต้องน้อย

8. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดกับตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ประเมินได้จากแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ และอาศัยแนวทางในการสร้างจากเครื่องมือของ Wallston & Wallston (1981) การแปลผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเชื่อในระดับต่ำ ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีความเชื่อในระดับสูง

8.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดกับตนเองด้านสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนเองได้รับเกิดจากการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

8.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพราะผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยตนเองไม่สามารถเข้าไปทำอะไรได้

8.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่า เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านสุขภาพนั้นเป็นเพราะอำนาจความบังเอิญ โชคลางเคราะห์กรรม พรหมลิขิตหรือไสยศาสตร์ ทำให้ต้องเป็นเช่นนั้นโดยตนเองไม่อาจหยุดยั้งได้

9. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนเช่นเดียวกับ บุคคลทั่วไป และเดินทางมารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราวตามแผนการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและพยาบาลระดับปฏิบัติการในการออกแบบระบบบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและมีศักยภาพ และสามารถอยู่ในชุมชนได้ระยะยาว

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดสุขภาพ
4. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

ธนู ชาติธนานนท์ (ม.ป.ป.) กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้หลักร่วมกับอารมณ์แบบไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ แต่ความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (Cognitive) จะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค เช่นเดียวกับ สมภพ เรื่องตระกูลด (2542) ที่กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

1.1 สาเหตุของการเกิดโรค

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2536) และ Sadock & Sadock (2003) กล่าวถึงการเกิดโรคจิตเภทว่าไม่ได้มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมาเหมือนโรคฝ่ายกายบางโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักมีองค์ประกอบหลายอย่าง ร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายก็บอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยบางอย่างก็เป็นตัว Predisposing และบางอย่างก็เป็นตัว Precipitating ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อกันในปัจจุบันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทดังนี้

1.1.1. ปัจจัยทางชีววิทยาของระบบประสาท (Neurobiological factors) สาเหตุจริงๆ ยังไม่ทราบ มีเพียงข้อสันนิษฐานที่ได้จากการทำการตรวจสอบของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วว่า อาจเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ Limbic System นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสารเคมีในสมอง ซึ่งผู้ที่มีความเชื่อว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุทางร่างกายได้ทำการวิจัยถึงปัจจัยทางชีววิทยาต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสมมติฐานที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์กับ dopamine จากการตรวจระดับ Dopamine Metabolite ในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ปัจจุบันยังมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับ สารสื่อประสาทอีกมากมาย เช่น Serotonin, Norepinephrine, gamma-amino butyric acid (GABA) เป็นต้น

1.1.2. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทในครอบครัวเดียวกัน การศึกษาในฝาแฝด ตลอดจนอุบัติการณ์ในผู้ที่เป็นบุตรบุญธรรม ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลที่แสดงถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคจิตเภท Franz Kallmann รายงานไว้ถึงร้อยละ 77.6 ในแฝดไข่ใบเดียวกันที่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.5 ในกลุ่มที่อยู่ร่วมกัน การศึกษาของคนอื่นส่วนใหญ่ให้ตัวเลขต่ำกว่านี้ อย่างไรก็ตามไม่สามารถบอกได้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบใดและปัจจัยอะไรที่เป็นตัวถูกถ่ายทอดโดยหน่วยถ่ายทอดทางพันธุกรรม ดังนั้นสาเหตุของโรคจิตเภทจึงขึ้นกับปัจจัยอื่นด้วย หรือการมีลักษณะทางพันธุกรรมไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคนี้เสมอไป

1.1.3. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะเวลาพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในขวบปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท, หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว, สัมพันธภาพกับคนอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหน้าที่เหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านๆ คือ language, intellect, thinking, memory, will, judgment, attention, perception, intention, affectivity, reality testing, the structure of defenses, object relation และ motility ความผิดปกติในด้านต่างๆ จะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไปและเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะถูกกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวรนั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้นจนกลายเป็นพยาธิสภาพไป

1.1.4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่ก็มีบางคนแย้งว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังน่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำลงมากกว่า

1.1.5. Stress-Diathesis Model เป็นปัจจัยร่วมระหว่าง ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดโรค (Vulnerability) เมื่อถูกเร้าโดยอิทธิพลของความเครียดก็จะทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นได้ เช่น การติดเชื้ การสูญเสียคนที่รัก หรือคนใกล้ชิด การใช้สารเสพติด เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้วสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างและแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน คนที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ก็ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคจิตเภททุกราย ความผิดปกติที่ได้รับทางพันธุกรรมอาจเป็นเพียง Predisposing factor โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกตินั้นแสดงอาการออกมา

1.2 อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการทางคลินิก ที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก และ อาการด้านลบ

1.2.1. อาการด้านบวก อาการด้านบวกมีดังต่อไปนี้ 1) ความคิดหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย คือ Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย และ Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่น เห็นคนคุยกัน คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน 2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อยคือ เสียงคนพูดว่าหรือ สบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆเดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ พูดโต้ตอบ หรือรู้สึกกลัว 3) ความผิดปกติของการพูด ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูด หรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราวโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า loose associations หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad และ 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Bizarre

Behavior) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็กจนถึง พุ่งพล่านกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัว ในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงดังตะโกน หรือกล่าวคำหยาบ

1.2.2. อาการด้านลบ ลักษณะอาการทางด้านลบมีอาการดังต่อไปนี้ 1) อารมณ์เฉยเมย สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดง กิริยาท่าทาง วิธีการตรวจอาการนี้คือสังเกตดูขณะผู้ป่วยปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2) พูดน้อยหรือไม่พูด แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆใช้คำพูดน้อย และไม่สนใจที่จะตอบ 3) ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉยๆเป็น เวลานานและไม่สนใจที่เข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็น ค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานที่ เริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเดิม เก็บตัวอยู่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในเรื่องปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆแต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วย เปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติ ตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้ เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสียมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้า ร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อ ความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการ เปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็น

แค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่มีอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงอาการที่เด่นในระยะเวลาหลังจะเป็นอาการด้านลบ(มาโนช หล่อตระกูล ,2545)

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ทำให้บุคคลในครอบครัว หรือสังคมต้องให้การดูแล ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบำบัดอาการของโรค พร้อมกับให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ

2.1.1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.1.2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

2.1.3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือ ช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟูหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎี ความชำนาญและความคิดในการดูแลเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนองของกระบวนการรักษาเพื่อบรรลุสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต้องผสมผสานการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต การรับผิดชอบตนเอง ให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (สมจิต ปทุมานนท์, 2541) เพื่อการมีสุขภาพของตนเอง โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ

2.2.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบเป็นองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

2.2.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

2.2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นรูปแบบที่อาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของ บุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งโรงพยาบาล ศูนย์บริการชุมชน องค์กรเอกชน ครอบครัว ให้มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน โดยมีกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมพื้นบ้านที่จะเป็นไปได้จริง ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตนเป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง และสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ตระหนักถึงตนเอง การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เป็นการดูแลที่เน้นความเข้าใจ การยอมรับ และการแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้อย่างดียิ่ง (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2545)

โดยสรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก เพื่อการนำมาซึ่งสุขภาวะทุกๆด้านอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีวรรณ เพียรทอง และคณะ (2546) เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่เมื่อให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติและครอบครัว แกนนำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายลดลง และพึงพียงาลดลง ส่วนญาติและครอบครัว แกนนำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้สึกภูมิใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่ง จินตนา ญนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยธานี (2547) กล่าวถึงแนวคิดการพยาบาลองค์รวมไว้ว่ามีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการเข้าใจบุคคลในแบบผสมผสาน ที่มีการกระทำซึ่งกันและกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมถึงการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล

2. เน้นความเป็นหน่วยเดียว คือ บุคคลเป็นหน่วยเดียว ครอบครัวเป็นหน่วยเดียว ชุมชนเป็นหน่วยเดียว ซึ่งภายใต้แต่ละหน่วยประกอบด้วยหน่วยย่อยที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน

3. สนใจกระบวนการและรูปแบบการผสมผสานจนสมดุล เช่น กระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นต้น

4. ใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นส่วนประกอบของการฟื้นฟู เน้นคุณค่าของความ เป็นมนุษย์เพื่อเข้าถึงจิตวิญญาณ

5. ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีทางเลือก ทางเสริมที่หลากหลาย ให้ผู้รับบริการเลือกนำมาใช้เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูในตนเอง

6. พยาบาลจะเป็นผู้ร่วมบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู ในขณะที่ผู้รับบริการต้องกระทำ กระบวนการฟื้นฟู

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยมุ่งการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม

3. แนวคิดสุขภาพะ

สุขภาพนั้นจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ชน การปรับปรุงส่งเสริมหรือดำรงรักษาสุขภาพนั้นก็นับเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลที่พึงมีต่อตนเอง (จรัส สุวรรณเวลา ,2543) ในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง แผนฯ 9 แนวคิดหลักที่ 1 สุขภาพ คือ สุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยให้นิยามคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2545) จะเห็นได้ว่าสุขภาพะมีความหมายน้อยเดียวกับสุขภาพ ซึ่งมีบริบทที่กว้างขวางขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมของสุขภาพเพื่อใช้ในการศึกษาสุขภาพะ

3.1 ความหมายสุขภาพ

คำว่า "สุขภาพ" เป็นคำที่มีความหมายหลายอย่าง มีความสลับซับซ้อนและมีลักษณะเป็นนามธรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) การให้ความหมายและการอธิบายจึงมีหลายความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1998 อ้างถึงใน วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

Health Canada (1999) กล่าวว่า สุขภาพของเรา คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว การตอบสนอง หรือควบคุมความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

Pender (1987) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพจะได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

Murray & Zentner (1989) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบาย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรม

Amara et al. (2000) ได้กล่าวว่า สุขภาพ (Health) หมายถึง ความสมดุล เหมาะสมของทั้งหมด หรือการมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่สุขภาพที่ไม่ดีหรือเจ็บป่วยก็จะมี การเฝ้าระวังรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการกลับมาสุขภาพอีกครั้ง

จากความหมายของสุขภาพสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ความเป็นหนึ่งเดียวและความสมดุลที่เกิดจากทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

3.2 องค์ประกอบสุขภาพ

สุขภาพเป็นแนวคิดสุขภาพที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรม และกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต สามารถปรับตัว อยู่ในสมดุลและบรรลุสุขภาพตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงมีได้ จากการทบทวนเอกสารพบแนวคิด และองค์ประกอบของสุขภาพดังนี้

แนวคิดสุขภาพของ ประเวศ วะสี (2543) เป็นแนวคิดสุขภาพที่สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทย ที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยสุขภาพใน 4 มิติ คือ

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย
2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้
3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม
4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายตัวอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาพตามแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยของสุขภาพในแต่ละมิติ ไว้ดังนี้

1. สุขภาพทางกาย พิจารณาได้จาก ลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกายสมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการงาน

2. สุขภาพทางจิต พิจารณาได้จาก เซอร์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตน

3. สุขภาพทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาพทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จาก ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

Donnette and Davis (1998) ได้กล่าวว่า ได้เสนอองค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) ประกอบด้วย ลักษณะขนาดและรูปร่างของร่างกาย ประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถนะกำลังกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

2. สุขภาพทางสังคม (Social Health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

3. สุขภาพทางจิต (Mental Health) กล่าวถึง ความสามารถในการเรียนรู้เจริญเติบโตจากประสบการณ์ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความสามารถในการตัดสินใจ

4. สุขภาพทางอารมณ์ (Emotional Health) กล่าวถึงองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือ การควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจ ความรัก

5. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) กล่าวถึง ความรู้สึกชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

6. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) อาจรวมถึง ความเชื่อที่มีลักษณะพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา สุขภาวะทางจิตวิญญาณประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกันกับผู้อื่นอย่างเป็นทางการ และเป็นแนวทางของความรู้สึกมีความหมาย หรือมีคุณค่าในชีวิต อาจรวมถึง ความเข้าใจและการแสดงถึงการมีเป้าหมายในชีวิต การดำรงชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมของประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความพอใจ การดูแลและการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิต

จากแนวคิดองค์ประกอบสุขภาวะที่กล่าวมานั้นมีพื้นฐานแนวคิดจากค่านิยมขององค์การอนามัยโลกทั้งสิ้น ซึ่งผู้ศึกษาแต่ละคนได้ขยายแนวคิดและแบ่งองค์ประกอบที่แตกต่างกันออกไปบ้าง แต่ยังคงไว้ซึ่งความหมายของสุขภาวะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สุขภาวะตามแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ(2544) จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า สุขภาวะมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความปลอดภัย ได้แก่ การรับรู้ประสาทสัมผัสทั้งห้าทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต

2. สุขภาวะทางจิต หมายถึง ความสุขและความสบายใจ ได้แก่ การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การเคารพต่อชีวิตทุกคน

3.3 การประเมินสุขภาวะ

จากการทบทวนแนวคิดด้านสุขภาวะ ได้มีการศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือในการศึกษาสุขภาวะไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Hunt; McEwan and McKenna (1985 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) กล่าวถึง Carlos Martini และ Sonya Hunt ที่ได้สร้างเครื่องมือนี้ขึ้น ในปี 1977 สร้างฉบับแรกเรียกชื่อว่า Nottingham Health Index (Version 1) และได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1981 ฉบับใหม่เรียกว่า

Nottingham Health Profile (Version 2) เรียกชื่อย่อว่า NHP เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ ซึ่งมีข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับสถานะทางความรู้สึก และอารมณ์โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง เนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมดได้มาจากการสำรวจเบื้องต้นจากผู้ป่วยจำนวน 768 คน ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัจจุบัน เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ ความสามารถทางร่างกาย 8 ข้อ ความเจ็บปวด 8 ข้อ การนอนหลับ 5 ข้อ การแยกตัวจากสังคม 5 ข้อ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ 9 ข้อ และระดับพลังงาน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่"

Laffrey (1986) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินสุขภาพชื่อ The Laffrey Health Conception Scale (LHCS) โดยพัฒนามาจากการศึกษาหาความหมายของสุขภาพในประชากรวัยผู้ใหญ่ 78 คน เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี โดยใช้แนวคิดด้านสุขภาพของ Smith (1981) ซึ่งมีความหมายใน 4 แนวคิด คือ 1) แนวคิดด้านคลินิก (Clinic model) สุขภาพ คือ การไม่มีโรค 2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) 3) แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptation model) ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม 4) แนวคิดด้านยูโดโมนิสติก (Eudaemonistic model) หรือ Spiritual well being หรือ Happiness) คือ การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-actualization) ซึ่งความหมายที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของสมิธ และได้มีการพัฒนาเครื่องมือเป็นระยะโดยนำมาใช้ประเมินในนักศึกษาปริญญาโทชั้นปี 1 และ 2 ที่มีอายุ 24-61 ปี จากโรงเรียนพยาบาลทางตะวันตกของอเมริกา จำนวน 141 คน แบบสอบถามถึง 28 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ซึ่งเห็นด้วยกับข้อคำถาม 100% = 25 ข้อ, 75% = 2 ข้อ, 63% = 1 ข้อ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้เท่ากับ .78

พิศสมร เดชดวง (2545) สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยขึ้นจากแนวคิด สุขภาวะ ของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) เพื่อใช้ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านและมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93

เครื่องมือที่กล่าวมาทั้งหมดสร้างข้อคำถามตามแนวคิดหลักทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ทั้งสิ้น อาจจะมีสร้างข้อคำถามแตกต่างกันบ้าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทใน 4 มิติ จึงเลือก

ดัดแปลงเครื่องมือของพิศสมร เดชดวง (2545) ที่ใช้ประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

4. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนอาการสงบจะได้กลับไปรักษาต่อที่บ้านและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะประสบกับปัญหาความเรื้อรังของโรค คือมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความเสื่อมด้านจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม แต่ผู้ป่วยก็สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และรับผิดชอบต่อตนเองได้ ส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ในด้านการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย ส่วนด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านจิตเวชเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาด้านโรคจิต ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนผู้ป่วยจึงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; สุธมณฑา บุญชัย, 2545) แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มยังรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ไม่รับประทานยาเลย หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น หรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ ซึ่งบางรายยอมรับว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยแต่ไม่ปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับ อาจเนื่องจากการเบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย หรือทนไม่ได้ต่อการแสดงอารมณ์ของญาติ ในด้านภาวะสุขภาพกาย พบว่า ผลการตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นระบบทางเดินอาหาร (ยุพา ปรีสุทธิมาน, 2544) ในรายที่มารับการรักษาซ้ำ พบว่า เคยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์มาก่อน (พินลดา มุลาลี และคณะ, 2538)

ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการศึกษาของ Wilson & Kneisl (1988 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์ และคณะ, 2542) พบว่า ผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสุขในเรื่องการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากช่วงกลางวันผู้ป่วยจะอยู่คนเดียวไม่พูดคุยกับใคร ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อูษา ชูชาติ และคณะ, 2534 ที่พบว่า ผู้ป่วยไม่มีสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อาจเป็นเพราะทัศนคติของบุคคลในสังคมต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นผู้ป่วยจึงทำกิจกรรมกับคนในครอบครัวแต่ไม่ไปร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ในด้านครอบครัวถึงแม้สมาชิกจะมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี แต่จะอยู่ในลักษณะเปราะบาง คือเมื่อมีเหตุมากระทบกันจะทำให้เกิดความเครียด (ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ, 2541) ประกอบกับญาติบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ บางครั้งถูกเพื่อนบ้านล้อเลียนว่าเป็นบ้า มีการขูขิบแอบมอง เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ แสดงท่าทางรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกออกจากสังคม จึงรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย (ไปรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ

ลือบุญวรัชชัย, 2542) และรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตเพราะคิดว่าชีวิตน่าจะดีกว่าที่เป็นอยู่ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) บางส่วนสามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และท้องถิ่นของตนเอง (ยุพา ปรีสุทธิมาน, 2544)

เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาจะใช้วิธีเผชิญความเครียดหลายวิธี เช่น การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียด การคิดในแง่ดีของสถานการณ์ หรือการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ แสดงพฤติกรรมรุนแรง แต่ในบางรายก็ยังมี การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเหล่านี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ ความกลัว รวมทั้งยังมีปัญหาการปรับตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกอับอายและมีปมด้อย (โปรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญวรัชชัย, 2542 ; ไพลิน โปธิ์สุวรรณ, 2544)

นอกจากนี้คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอันตราย จึงพยายามหลีกเลี่ยงที่จะคุยด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ อาจทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ แต่ในบางส่วนก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงสรุปลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดสุขภาพะ ดังนี้

สุขภาพะทางกาย พบว่า ร่างกายตามระบบต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การทำงานในบ้าน และรับผิดชอบต่อตนเอง แต่บางรายไม่ยอมอาบน้ำ ขาดความใส่ใจในการรับประทานยา ลืมรับประทานยาจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

สุขภาพะทางจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีเผชิญความเครียดหลายวิธี เช่น การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียด การคิดในแง่ดีของสถานการณ์ การหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ แสดงพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น แต่ในบางรายก็ยังมีพฤติกรรมเหล่านี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ ความกลัว รวมทั้งยังมีปัญหาการปรับตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกอับอายและมีปมด้อย

สุขภาพะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางรายไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำกิจกรรมกับครอบครัวแต่ไม่ไปร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ในญาติของผู้ป่วยบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ ผู้ป่วยจึงรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย บางครั้งเพื่อนบ้านล้อเลียนว่าเป็นบ้า มีการขูขิบแอบมอง เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ แสดงท่าทางรังเกียจ ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม ทำให้ไม่พึงพอใจในชีวิตเพราะคิดว่าชีวิตน่าจะดีกว่าที่เป็นอยู่บางส่วนสามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และท้องถิ่นของตนเอง

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เคยรับการรักษาทาง ไซยศาสตร์ มาก่อน เนื่องจากญาติเชื่อว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกิดจากผีเข้า ผีทำ ถูกทำทาง ไซยศาสตร์ และเชื่อว่าโรคจิตทำให้สังคมเดือดร้อน วุ่นวาย ซึ่งสามารถทำอันตรายต่อชีวิตของบุคคลอื่นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการให้เกียรติ การยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความหวัง ความศรัทธาในการทำ ความดี ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามปัจจุบันบุคลากรทางด้าน จิตเวชได้มีการ ปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มความเชื่อเรื่องผีลดลง ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเชื่อว่าโรคจิตสามารถรักษาได้ด้วยความร่วมมือของครอบครัว และการแพทย์แผนปัจจุบันสามารถ รักษาให้ผู้ป่วยทุเลากลับไปอยู่ในสังคมได้

5. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาวะพบว่ามีหลายปัจจัย โดยการระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อ สุขภาพมักมีความแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดต่างๆ ซึ่งแต่ละกรอบแนวคิดมักมีลักษณะ จำเพาะ และมีจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะพบ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ดังนี้

Health Canada (1999) มีกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คือ กรอบแนวคิดเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ หรือ ตัวกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) โดยปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

1. รายได้และสถานะทางสังคม สถานะทางสุขภาพจะดีขึ้นอยู่กับระดับของรายได้และ สถานะทางสังคม รายได้สูงทำให้สภาพความเป็นอยู่ปลอดภัย และสามารถซื้ออาหารที่ดี ส่งผล ให้มีสุขภาพที่ดี หากสังคมมีการกระจายรายได้ที่มีความเป็นธรรมมากประชาชนก็จะมีสุขภาพดีขึ้น
2. เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือกันในชุมชนมีผล ต่อสุขภาพ คือ ช่วยลดความเครียด โดยมีส่วนสำคัญในการช่วยบุคคลแก้ปัญหาและจัดการกับ ความลำบาก ซึ่งทำให้ควบคุมสภาพการดำรงชีวิตของตนเองได้ การดูแลเอาใจใส่ที่เกิดจากการมี ปฏิสัมพันธ์กันในสังคมจะทำให้เกิดความพึงพอใจและความผาสุกซึ่งเป็นตัวป้องกันปัญหาสุขภาพ
3. การศึกษา การศึกษามีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาจะทำให้มี สุขภาพดีและเป็นคนที่มีความสุข มีความมั่นคงในการทำงาน มีทักษะในการแก้ปัญหา และผู้ที่มี การศึกษาสูงจะสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงานของตนได้ดีกว่า สามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า
4. การมีงานทำ บุคคลที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงานได้ และมีความ เครียดน้อย จะมีสุขภาพที่ดีกว่าคนตกงานที่จะเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตใจสูง ความวิตกกังวล

การมีงานทำมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาซึ่งจะส่งผลถึงเศรษฐกิจของประชาชน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในสังคมเป็นสาเหตุสำคัญต่อสุขภาพจิต และสุขภาพกาย

5. สิ่งแวดล้อมทางสังคม กล่าวถึงการได้รับการสนับสนุนที่กว้างกว่าเครือข่ายทางสังคม คือรวมถึง ศาสนา เขตจังหวัด ประเทศ และองค์กร หรือสถาบัน โดยการให้ประชากรได้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ทรัพยากรอย่างไม่เป็นทางการ การยอมรับความแตกต่างกันในสังคม ความปลอดภัยของสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการทำงาน จะช่วยลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และทำให้เกิดสุขภาพที่ดี

6. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สุขภาพมนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ น้ำ อาหาร ที่พักอาศัย เป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพ เมื่อเกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย มีผลต่อสุขภาพ

7. พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกที่ดีเป็นการช่วยเพิ่มพูนสถานะสุขภาพ การรับประทานอาหารที่สมดุล ออกกำลังกายเป็นประจำมีประโยชน์ทำให้สุขภาพแข็งแรง ในขณะที่การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด ล้วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด

8. การพัฒนาในวัยเด็ก หลักฐานจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ชีวิตช่วงก่อนคลอดจนถึงช่วงชีวิตในวัยเด็ก มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิต และความสามารถต่างๆ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น เด็กแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย มีความผิดปกติทางสมอง และพัฒนาการช้า มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ นอกจากนี้การดูแลในวัยเด็กยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่

9. ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม พื้นฐานทางชีวภาพและอวัยวะของมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโต เพศชาย เพศหญิง ตลอดจนพันธุกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางสุขภาพ ทำให้การเกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกัน และสารเคมีหลายอย่างในปัจจุบันมีผลกระทบทำให้สารพันธุกรรมของคนเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดพันธุกรรมมาจะมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคนั้นๆได้

10. บริการสุขภาพ บริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนในทางที่ดี ปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นบริการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การให้การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ปัทมา ศิริเวช, 2545)

11. เพศ เพศจะบ่งบอกถึงหน้าที่ทางด้านสังคม ลักษณะบุคลิกภาพ ทัศนคติ พฤติกรรม การให้คุณค่า ซึ่งจะมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสองเพศ จากการศึกษา ด้านสุขภาพพบว่าเพศเป็นพื้นฐานการทำหน้าที่หรือบทบาททางสังคม

12. วัฒนธรรม วัฒนธรรมทำให้เกิดตราบาป ปัจจุบันขาดการเข้าถึงวัฒนธรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ บุคคลบางคน หรือบางกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจากสภาพสังคมที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สืบเนื่องกันมา เช่น การขาดวัฒนธรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ

เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ (2545) กล่าวถึงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของประเทศอังกฤษ ที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

1. ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการเดินทาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายในชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน

4. เงื่อนไขในการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขในการทำงาน เช่น การผลิตอาหารและผลผลิต การเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การว่างงาน การจัดหา น้ำสะอาดและสุขภาพภิบาล การบริการทางสุขภาพ

5. เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

สไตลด์ สร้างไครก และคณะ (2545) ศึกษาสุขภาพของชุมชนลุ่มน้ำมูนตอนล่าง และจัดทำกรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่

1. การมีอยู่มีกินอย่างเพียงพอ คือ การมีอาหารการกินที่หลากหลาย มีคุณภาพที่ดี ปลอดภัยจากสารพิษ มีแหล่งที่มาที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีอาหารพอเพียงสำหรับบริโภค และแบ่งปันให้ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และการทำบุญ

2. การมีอาชีพที่มั่นคง คือ การมีงานทำตลอดปี มีรายได้ที่สามารถเลี้ยงครอบครัวได้ มีเงินพอเพียงสำหรับการรักษาพยาบาล การศึกษาของบุตร การทำบุญ การเก็บออม มีการสะสมทรัพย์สินในรูปของที่ดิน สัตว์เลี้ยง และเงินสดบ้างตามอัตภาพ

3. มีครอบครัวที่อบอุ่น คือ การได้อยู่พร้อมหน้า มีเครือญาติที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีความเคารพนับถือกัน เมื่อมีปัญหาก็สามารถปรึกษา และช่วยกันแก้ไขปัญหาลูกหลานได้มี

โอกาสเรียนรู้วิธีทำมาหากินจากพ่อ แม่ หรือคนเฒ่า คนแก่อบอุ้มอยู่ในวงล้อมความรักของลูกหลาน

4. มีร่างกายแข็งแรง คือ มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงานได้นานๆ และออกกำลังกายได้เสมอ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรง

5. มีจิตใจร่าเริงเบิกบาน คือ มีความสงบ ไม่ต้องวิตกกังวล ไม่ต้องกลัวโรคภัย ไม่ทะเลาะกับใคร ได้ไปวัดทำบุญร่วมกัน

6. อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน คือ แบ่งปันกัน มีเพื่อนบ้านที่เหมือนญาติ อบอุ่นปลอดภัย ช่วยกันพัฒนาหมู่บ้าน ร่วมกันทำบุญตามเทศกาล

7. มีทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต คือ มีความสมบูรณ์ของที่ดิน แม่น้ำ ป่าไม้ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของอาหาร อาชีพ รายได้ การแบ่งปัน การพักผ่อน และใช้ในการประกอบกิจกรรมตามประเพณี

ในงานวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประเทศแคนาดา เนื่องจากมีการจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเป็นข้ออย่างชัดเจน ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางกายภาพ-ชีวภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม

เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ (2545) กล่าวว่า ปัจจุบันการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญมี 2 กระบวนทัศน์ คือ 1) กระบวนทัศน์ว่าด้วยโรค จะเน้นที่การป้องกันหรือแก้ไขเมื่อมีภาวะที่เป็นโรคเกิดขึ้น และมุ่งที่จะดำเนินการให้โรคหมดไป จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และกายภาพโดยรวมที่มีผลต่อสุขภาพ แต่จะเน้นเฉพาะสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเฉพาะที่มีผลต่อการเกิดโรคโดยตรงเท่านั้น 2) กระบวนทัศน์สุขภาพจะกระบวนทัศน์นี้เห็นว่าสุขภาพควรมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าการเกิดโรค ดังการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น การพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ จึงต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ซึ่งตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของการศึกษาในประเทศแคนาดาที่เลือกมานั้นครอบคลุมทั้ง 2 กระบวนทัศน์แล้ว ส่วนในการศึกษาคั้งนี้มุ่งศึกษาตามกระบวนทัศน์สุขภาพ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาศึกษา ดังนี้

ตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

รายได้และสถานะทางสังคม เนื่องจากจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงษ์ บรรจงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) และทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี ครั้งนี้จึงเลือกศึกษาความเพียงพอของรายได้แทน

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม เนื่องจากครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือกันในชุมชนมีผลต่อการตอบสนองต่อความเครียดได้มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองเกิดพลังใจในการเผชิญปัญหา จะทำให้มีความเครียดลดลง สามารถปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาวะที่ดี (Cohen & Will, 1985)

การศึกษา เนื่องจากการศึกษาทำให้มีทักษะในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในชีวิตได้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า

พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบัน คือพฤติกรรมในการใช้สารเสพติดที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำ (Cantor-Graae et al., 2001) และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเลือกศึกษาการใช้สารเสพติดแทน

บริการสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้เหมาะสมหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนมีทางเลือกอย่างไร และจะขอความช่วยเหลือที่ใดเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ดังนั้นจึงศึกษาการรับรู้บริการสุขภาพ

เพศ เนื่องจากระหว่างสองเพศมีความแตกต่าง ทั้งบุคลิกลักษณะ ทัศนคติ พฤติกรรม

วัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ เป็นแบบแผนการประพฤติและการแสดงออกซึ่งความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในสถานการณ์ต่างๆ ที่สมาชิกในสังคมเดียวกันเข้าใจ ยอมรับและใช้ปฏิบัติร่วมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคมนั้นๆ ภายใต้อันตรายวัฒนธรรมจะมีความเชื่อที่แตกต่างกันไป ความเชื่อเป็นความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต่างกันไป ความเชื่อของแต่ละบุคคลมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่ต่างกันไป เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Locus of control) (วิลสันนี้ แผ้วชนะ, 2541) ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของบุคคล ดังนั้นจึงเลือกศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ แทนวัฒนธรรม

ตัวแปรที่ถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ คือ

สิ่งแวดล้อมทางสังคม เนื่องจากการศึกษาที่กว้างมาก คือ ศึกษาสังคมในระดับจังหวัด ระดับประเทศ แต่จากทบทวนสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองทำกิจกรรมกับครอบครัวแต่ไม่ไปร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม และตัดตัวแปรนี้ออก

การมีงานทำ เนื่องจากตัวแปรนี้มีความซ้ำซ้อนกับการศึกษา

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิต หรือการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุขของผู้ป่วยมากกว่าการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย

การพัฒนาในวัยเด็ก เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิตใจอยู่แล้ว

ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม เนื่องมาจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทซึ่งปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรมนั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคอยู่แล้ว (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการเกิดโรค และมีความซ้ำซ้อนของตัวแปรเพศ

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยที่คัดสรรมา คือ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำ และ การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ และความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแต่ละปัจจัยไว้ดังนี้

เพศ

เพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระภาพในบุคคลซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคมโดยเฉพาะสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในหน้าที่บทบาทของตนมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่พอใจในตนเอง (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) พฤติกรรมบางอย่างจะเป็นผลมาจากข้อกำหนดจากความแตกต่างทางเพศ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทาง

สังคม ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน เพศชายมีพฤติกรรมทำลายสุขภาพะได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า (Sarafino, 1990) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตนเอง เช่น การดูแลตนเอง การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่า มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp and Broeman, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (1991) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพะมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตและ พฤติกรรมสุขภาพะต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; สุกัญญา ไผทโสภณ, 2540) ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภท

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ทักษะ ความประพฤติ มรดกทางสังคม รวมทั้งมีบทบาทในการเตรียมบุคคลให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ธรรมชาติรอบตัว เข้าใจสังคม พัฒนาความคิดและทัศนคติในการดำรงชีวิต และฝึกฝนแนวปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเอง ประกอบกับไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ รัชนี คอมแพงจันทร์ (2546) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการสร้างสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ญนิพันธุ์ (2534) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

ความเพียงพอของรายได้

รายได้เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตน คนที่มีรายได้สูงจะมีสภาพความเป็นอยู่ที่ปลอดภัย (Canada Health Network, 2003) และสามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระการรักษา และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองที่ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพทางสังคม หรือการทำหน้าที่บทบาท การทำตามความเชื่อได้ เพื่อการดำรงซึ่งสุขภาพะ รวมทั้งสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) ซึ่งมีการศึกษาสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวที่ว่าประชาชนที่มี

รายได้มากกว่าจะมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพที่ดีกว่า (รัชนี คอมแพงจันทร์, 2546) และการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2545) พบว่า การไม่มีรายได้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้เพียงพอ มีสุขภาพดีโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

ความหมาย

พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) กล่าวว่า เครือข่ายสังคมของบุคคลคนหนึ่ง ประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคลคนนั้นในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึงบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคม หมายถึง องค์ประกอบของระบบ หรือโครงสร้างของกลุ่ม

Pender (2002) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคม หมายถึง โครงสร้างองค์ประกอบของการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลหรือครอบครัวรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของเขา

Mitchell (1969 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) กล่าวว่า เครือข่ายสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน และลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลได้

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม จึงหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทและลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลได้

องค์ประกอบของเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นลักษณะของการติดต่อกันของบุคคลในสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ หรือคุณสมบัติต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มสังคม คือ จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งบุคคลมีความสัมพันธ์เป็นขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ซึ่งจะมีผลต่อแหล่งการสนับสนุนต่างกัน
2. ชนิดของความสัมพันธ์ เป็นความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม ซึ่งลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วยอาจเป็นกลุ่มเครือญาติ หรือไม่ใช่เครือญาติ มีความสัมพันธ์ระดับแน่นแฟ้นหรือไม่แน่นแฟ้น จึงจะมีผลต่อการได้รับการสนับสนุน

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ คือระยะเวลาที่บุคคลรู้จักและติดต่อกัน ตั้งแต่เริ่มรู้จักกัน และดำเนินสัมพันธภาพต่อกันเรื่อยมา ซึ่งระยะเวลาในการติดต่อนั้นจะส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความช่วยเหลือมากขึ้นตามไปด้วย

4. ความถี่ในการติดต่อ ลักษณะของโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมที่ดี บุคคลต้องพบปะกันบ่อย สม่ำเสมอ จะช่วยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี

5. วิธีการที่ใช้ในการติดต่อ การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลใช้อยู่เป็นประจำ

พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) กล่าวว่า ลักษณะโครงสร้างของเครือข่ายทางสังคม ได้แก่

1. ที่มาของเครือข่ายสังคม (Source) ได้แก่ บริบททางสังคมซึ่งเป็นที่มาของความสัมพันธ์ ตัวอย่างเช่น ความเป็นเพื่อน เครือญาติ เป็นต้น
2. ความถี่ (Frequency) ได้แก่ จำนวนครั้งของการพบปะ
3. ระยะเวลา (Duration) ได้แก่ ความยาวนานของเวลาที่ได้มีความสัมพันธ์กัน
4. ความเท่าเทียมกัน (Symmetry) ได้แก่ ความสมดุลทางอำนาจของคู่ความสัมพันธ์ เช่น ใครอยู่ภายใต้ความควบคุมของใคร
5. ระดับความเกี่ยวพันในความสัมพันธ์ (Degree of Connectedness)
6. ความใกล้ชิด (Intimacy)
7. จำนวนของความหลากหลายในกิจกรรมต่างๆที่บุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Multiplicity) เช่น การแลกเปลี่ยน การพึ่งพากัน หรือลักษณะของการสังสรรค์

Pender (2002) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมสามารถอธิบายได้จากลักษณะ ต่อไปนี้

1. ขนาด (Size) คือ จำนวนบุคคล
2. ส่วนประกอบ (Composition) ชนิดของบุคคลในเครือข่าย เช่น เพื่อน หรือญาติ
3. การกระจายทางภูมิศาสตร์ (Geographic dispersion) ระยะทางระหว่างสมาชิกในเครือข่าย
4. ความคล้ายคลึงของบุคคลในเครือข่าย (Homogeneity) คือ ความเหมือนของสมาชิกในเครือข่ายที่มีความหลากหลายบุคลิกภาพ
5. ความใกล้ชิด (Intensity) คือ ความถี่ในการพบปะ หรือความใกล้ชิด
6. ความหนาแน่น (Density) เป็นดัชนีชี้ระดับของความเกี่ยวพันและสัมพันธ์กัน

สรุปเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่แบ่งเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ และวิธีการที่ใช้ในการติดต่อ

การประเมิน

การประเมินเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมเป็นการประเมินโครงสร้างและองค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม ศิริรักษา นันทพงษ์ (2542) ประเมินเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่ง ได้แก่ บิดามารดา บุตร คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางกายวิชาชีพ พระหรือนักบวช หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกลุ่มอื่นๆ ผู้ดูแลสามารถเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่ง โดยการประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อความครอบคลุมเนื้อหาเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมกับสุขภาพ

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม โดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน หรือสิ่งของ เงินทอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่อไป (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2645) ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือกันในครอบครัว เพื่อน ชุมชน ช่วยลดความเครียด ช่วยแก้ปัญหา และจัดการกับปัญหาได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นตัวป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ มีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมที่ดี รับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส สร้างไตรภ และคณะ (2546) ที่พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหา ก็ช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพตามความหมายของชาวบ้าน ดังนั้นเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้สารเสพติด

ชนิดของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทของสารเสพติดเป็น 10 กลุ่ม (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2541) คือ 1) สุรา 2) กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น 3) กลุ่มกัญชา 4) ยาระงับประสาทและยานอนหลับ 5) โคเคน 6) กลุ่มกระตุ้นประสาท 7) กลุ่มหลอนประสาท 8) ยาสูบ 9) สารระเหย 10) ใช้ยาหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ

ปกรณัม ศิริยงค์ (2544) กล่าวถึงสารเสพติดที่เป็นปัญหาในประเทศไทยปัจจุบัน คือ 1) ยาเสพติดจำพวกกัญชาและพืชกระท่อม 2) ยาเสพติดประเภทฝิ่น 3) ยาเสพติดจำพวกกระตุ้นประสาทที่ระบามากในปัจจุบัน คือ แอมเฟตามีน 4) ยาเสพติดจำพวกหลอนประสาท เช่น ยาอี ยาเค 5) ยาเสพติดประเภทยานอนหลับ 6) สารระเหย 7) สิ่งเสพติดประเภทแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-75 มีปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด และมากกว่าร้อยละ 70 สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Mohr, 2003; Ziedonis & George, 1997; Lieberman & Bowers, Jr, 1990) และสารเสพติดที่ผิดกฎหมายอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลงและมีอาการกำเริบได้บ่อย คือ แอมเฟตามีน (Mueser et al. ,1990) ดังนั้นการศึกษารั้ครั้งนี้จึงเลือกศึกษาสารเสพติด 3 ประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาบ้า และบุหรี่

ความหมาย

สารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่สำคัญ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2541) ดังนี้ คือ ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น เมื่อหยุดยาจะมีอาการขาดยาสุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพยานั้น (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544)

ดังนั้นการใช้สารเสพติด หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้สารเสพติดโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกาย

การใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้แอลกอฮอล์ โดยการดื่มเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้ยาบ้า หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้ยาบ้า โดยการรับประทาน ดม สูบ หรือโดยวิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้บุหรี่ หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้บุหรี่ โดยการสูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของสารเสพติด

แอลกอฮอล์ หมายถึง กลุ่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ กระแช่ เอทิลแอลกอฮอล์ได้จากการหมักพืชประเภทผลไม้ ผัก หรือข้าว เครื่องดื่มแต่ละชนิดจะมีปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ในเบียร์มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 4 ไลน์ประมาณ ร้อยละ 12 และเหล้ามีประมาณ ร้อยละ 40

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

แอลกอฮอล์เป็นสารที่ไม่มีโมเลกุลขนาดเล็ก ละลายได้ในน้ำ ถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว จากทางเดินอาหารบางส่วนถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหาร แต่ส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็ก ปริมาณของแอลกอฮอล์เครื่องดื่มมีผลทำให้การดูดซึมแตกต่างกัน การดูดซึมจะเกิดได้ดีที่สุด ถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 เมื่อดื่มสุราขณะท้องว่างหรือภายหลังการอดอาหาร แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วและระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นถึงขีดสูงสุดภายใน 40 นาที แต่ถ้าหากมีอาหารหรือน้ำอยู่ในกระเพาะอาหารจะทำให้การดูดซึมช้าลง หลังจากถูกดูดซึมสู่กระแสเลือดแอลกอฮอล์จะกระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเนื้อเยื่อที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก เช่น สมอง ตับ และไต การกระจายของแอลกอฮอล์ในร่างกายเป็นไปตามน้ำที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย คนที่ตัวโตหรือมีน้ำในร่างกายมากจะดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่าคนที่ตัวเล็กหรือมีน้ำในร่างกายน้อย

ยาบ้า

การออกฤทธิ์

กระตุ้นประสาทส่วนกลางโดยทำให้มีการหลั่งสารพวกแอดรีนาลีน (Adrenaline) เพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท และมีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการทางจิต นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนปลาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว แขน หน้าอก ปวดศีรษะ และอื่นๆ

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

แอมเฟตามีนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การใช้จึงใช้ได้ทั้งวิธีกินและฉีด แอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากรับประทานเข้าไป กลุ่มแอมเฟตามีนที่พบแพร่ระบาดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีนซึ่งดูดซึมได้ดีทั้งวิธีสูบและกิน หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายในรูปเดิม

บุหรี่

ในบุหรี่แต่ละมวนจะมีปริมาณนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม เมื่อสูบบุหรี่ 1 มวน จะได้นิโคตินปริมาณเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่า 1 มิลลิกรัม) เข้าสู่กระแสโลหิต คนสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย การสูบบุหรี่นอกจากจะได้รับนิโคตินแล้วยังรับคาบอนมอนนอกไซด์ (Carbon Monoxide) และทาร์ (Tar) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วที่ถุงลมในปอด และเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็ว ภายใน 15 วินาทีหลังสูบ ประมาณร้อยละ 80-90 ของนิโคตินจะเปลี่ยนแปลงที่ตับ ปอด และไต

การประเมินการใช้สารเสพติด

Drake, Osher & Wallach (1989) ประเมินการใช้แอลกอฮอล์ โดยใช้การสัมภาษณ์ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และใช้เกณฑ์ของ NIMH Community Support Program ในการแบ่งความรุนแรงของการใช้แอลกอฮอล์ เป็น 5 ระดับความรุนแรง คือ ไม่ใช้ เล็กน้อย (มีการใช้เป็นบางโอกาส ใช้เพื่อเป็นการหย่อนใจโดยไม่เกิดปัญหา) ปานกลาง (ใช้บ่อยและเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นการใช้

ในทางที่ผิด หรือ abuse) รุนแรง และรุนแรงมาก (การใช้ปริมาณมากเป็นประจำ และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นการติดยา หรือ Dependence)

คูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ประเมินการใช้แอลกอฮอล์ ด้วยการสัมภาษณ์ถึงความถี่และปริมาณการใช้แอลกอฮอล์โดยใช้แนวทางการแบ่งลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของ ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

สังวาล การรัตน์ (2541) ประเมินการใช้สารเสพติด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยถามถึงความถี่ของการใช้สารเสพติด และแบ่งประเภทของสารเสพติดเป็น 5 ชนิด คือ สารระเหย กัญชา ยาบ้า ยานอนหลับ เฮโรอีน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ถึงปริมาณการใช้สารเสพติด คือ จำนวนและความถี่ของการใช้สารเสพติดทั้งสามชนิด

การใช้สารเสพติดกับสุขภาวะ

การใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้อาการทางจิตแยงลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้สารเสพติดในการรักษาตนเอง (Self Medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ป่วยสุบุนุหรือเป็นจำนวนสามในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด การสุบุนุหรือนี้มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวชคือลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการกำจัดการยาทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sadock & Sadock, 2003) ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ Drake, Osher & Wallach (1989) พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ มีปัญหา ด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ และ สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทจำพวก Amphetamine หรือยาบ้า นั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุให้เกิดความคิดหวาดระแวงและหูแว่วได้ (Mueser ,et al, 1990) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน ดังนั้นการใช้ยาบ้า การใช้แอลกอฮอล์ การใช้บุหรี่ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้บริการสุขภาพ

ความหมาย

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ (2543) กล่าวว่า บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่เป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนไว้ให้ได้สูงสุด

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า การรับรู้บริการสุขภาพ คือ ความรู้สึกที่มีต่อการบริการของรัฐ

ดังนั้น การรับรู้บริการสุขภาพ จึงหมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการให้บริการสุขภาพที่เป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน

องค์ประกอบ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า องค์ประกอบของบริการทางสุขภาพ คือ ลักษณะของการให้บริการของโรงพยาบาล ชนิดของกิจกรรม วิธีการบริการ และความรู้สึกของผู้มารับบริการ

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ (2543) กล่าวว่า องค์ประกอบของบริการทางสุขภาพที่ต้องมี คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทัศนา บุญทอง (2544) กล่าวว่า ระบบย่อยในระบบบริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมภารกิจดังนี้

1. ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง
2. การบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ใกล้ใจประชาชน
3. ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลขั้นต้นผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน/ชุมชน
4. การบริการพยาบาลฉุกเฉิน
5. การบริการพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการพยาบาลเฉพาะด้าน
6. เป็นเครือข่ายงานบริการพยาบาลสุขภาพ ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ-ฉุกเฉิน
7. การบริการพยาบาลโดยใช้ความรู้แพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกควบคู่กับการพยาบาลแผนปัจจุบัน
8. การพยาบาลสุขภาพจำเพาะแก่ผู้ยากไร้ ด้อยโอกาส

จากที่กล่าวมาองค์ประกอบของบริการทางสุขภาพในภาพรวมที่ต้องมี ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยนี้เลือกใช้อองค์ประกอบของบริการทางสุขภาพตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

การประเมิน

การที่จะประเมินว่าบริการด้านสุขภาพเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการมากน้อยเพียงใดนั้น ต้องพิจารณาลักษณะบริการสุขภาพที่สำคัญ คือ เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ มีลักษณะบริการที่เป็นองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยให้ผู้ใช้บริการได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบการบริการ และอยู่บนพื้นฐานของค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (จันทร์ธัมพร รุณดี, 2544)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตของรัฐด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตของรัฐ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .51

การวิจัยในครั้งนี้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตของรัฐของ จินตนา ยูนิพันธ์ มาปรับใช้ในการประเมิน โดยจะประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการบริการด้านสุขภาพ

การรับรู้บริการสุขภาพกับสุขภาวะ

การรับรู้บริการสุขภาพของรัฐที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อการบริการด้านสุขภาพของหน่วยงานบริการที่จัดโดยรัฐ รวมถึงความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากประสบการณ์ตรงหรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการไปรับบริการ หากการรับรู้บริการถูกต้องจะช่วยให้บุคคลมีโอกาสเข้ารับบริการทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร และการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่าประชาชนที่มีการรับรู้บริการสุขภาพจิตของรัฐมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

ความหมาย

ความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของคน เมื่อบุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้งๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach, 1970)

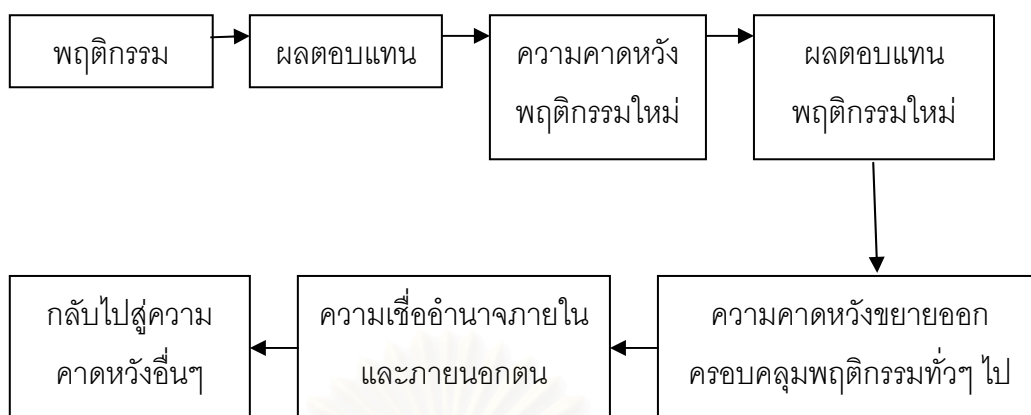
ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าจะเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนเองได้รับเกิดจากการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าจะเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเพราะผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยตนเองไม่สามารถเข้าไปทำอะไรได้

3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าจะเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านสุขภาพนั้นเป็นเพราะอำนาจความบังเอิญ โชคลางเคราะห์กรรม พรหมลิขิตหรือไสยศาสตร์ ทำให้ต้องเป็นเช่นนั้นโดยตนเองไม่อาจหยุดยั้งได้

ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน เป็นแนวคิดซึ่งให้นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลและค้นหาข้อเท็จจริงในการปฏิบัติของบุคคล ซึ่ง Rotter (1966) ได้สรุปไว้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน เกิดจากความคาดหวังของบุคคลที่จะได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมของตน ความคาดหวังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคลนั้น ซึ่งแสดงในแผนภาพ



แผนภาพที่ 1 แผนภาพแสดงรูปแบบการเกิดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

องค์ประกอบของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful other Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้บุคคลสุขภาพดี หรือเป็นผู้ควบคุมสุขภาพตน และเชื่อว่าการพบเจ้าหน้าที่สม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเกิดจากโชค เคราะห์กรรม หรือความบังเอิญซึ่งตนเองไม่สามารถควบคุมได้

การประเมินความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

การประเมินความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ได้มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดย Phares และคณะ ต่อมาได้มีการดัดแปลงตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ในปี ค.ศ. 1966 Rotter ดัดแปลงใหม่เป็น I-E scale (Internal-external Locus of Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ต่อมาในปีค.ศ. 1973 Leveson ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นมาใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็นพื้นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ต่อมา Wallston and Wallston (1981) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติ

(Multidimensional Health Locus of Control) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ความเชื่ออำนาจภายใน
 ตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน เป็นสิ่งที่สามารถนำมาอธิบายการกระทำของ
 บุคคล ดังนั้น จึงนำมาใช้อธิบายการกระทำ พฤติกรรมสุขภาพ และเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วย ที่
 เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health Locus of Control) โดยใช้
 แนวคิดเดียวกัน คือ ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่า การที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการ
 กระทำของตน จะมีพฤติกรรมสนใจสุขภาพและหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพอนามัยดี ใน
 ขณะเดียวกันผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่า การที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา
 เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือไสยศาสตร์ หรืออยู่ภายใต้การกระทำ การควบคุมของบุคคลอื่น
 ตนเองไม่ได้ใส่ใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธีกร
 (2540) ที่พบว่า สตรีวัยกลางคนที่มีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเองก็จะ
 มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามสตรีวัยกลางคนที่มีความเชื่อว่า
 สุขภาพของตนเองจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นหรือความบังเอิญ โชคชะตาหรือเคราะห์กรรม
 ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะมีแนวโน้มที่ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง
 เช่นเดียวกับ Wallston and Wallston (1978) ที่ค้นพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง
 ด้านสุขภาพจะมีการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา
 ของแพทย์และเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพของตนเองปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง
 ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อ
 ว่าการที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา ความบังเอิญ และสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น
 มักจะเป็นคนเฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะ และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีสุขภาวะรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยในด้านสุขภาวะทางกายและทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทางจิตและทางสังคมอยู่ในระดับดี อายุและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ส่วนการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางกาย ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

เปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะ และหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และทางกายอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทางจิตและทางสังคมอยู่ในระดับดี อายุและความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ สุขภาวะโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสคู่สูงกว่าสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสโสด

หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจ และด้านความสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม และทุกด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท คือ การสนับสนุนทางสังคม

อาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้ โดยมีค่าความแปรปรวนของการพยากรณ์ร้อยละ 37.8

รัชนี คอมแพงจันท์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 800 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการสร้างสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และพบว่า รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชน แต่อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาชีพ ประวัติการเป็นโรคของบุคคลในครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข และการคมนาคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชน

สุนทนา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอพนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาตามแนวคิดของโอเร็ม ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ

พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์ และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งแผนกชายและหญิงโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในรายด้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองระดับปานกลางในด้านอากาศ/ อาหาร/ น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดในระดับมาก และอายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

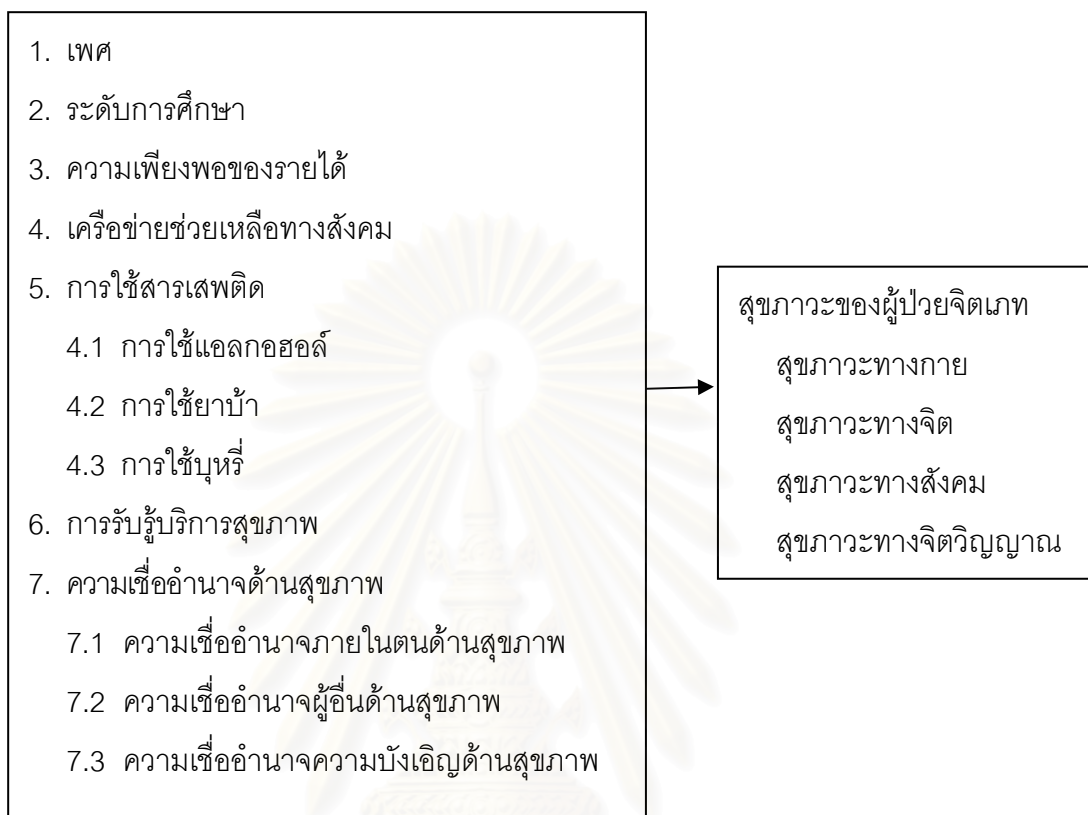
Koivumaa-HongKaren et al (1996) ทำการศึกษาในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชในโรงพยาบาล Kupio ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,204 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมี ความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ และปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตคือภาวะซึมเศร้าและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ภาวะสุขภาพ สภาพทางการเงิน

MooKerjee (1997) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ความผาสุกทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 168 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตามสถานภาพสมรส เพศ เชื้อชาติ และสถานะทางการเงิน พบว่าการรับรู้ความผาสุกของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกของเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าเพศหญิงมีความพึงพอใจมากกว่าเพศชาย ในด้านของเชื้อชาติพบว่าชาวผิวขาวมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ผิวขาว ในด้านฐานะทางการเงินพบว่า กลุ่มที่มีฐานะทางการเงินอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

Johnson and et al (1993) ได้ทำการทดสอบสมมุติฐานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและลักษณะทางชีววิทยาที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านตัวแปรด้านความรู้และการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 3,025 คน ด้วยวิธีการสำรวจทางโทรศัพท์โดยใช้ LISPEL พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษาและดัชนีมวลกาย มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวแปรที่เพิ่มเติมได้แก่ การประจักษ์คุณค่าตนเอง และการสนับสนุนระหว่างบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สุขภาวะประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ และยังพบว่าสุขภาวะของผู้ป่วยในชุมชนยังไม่ดีนัก ดังนั้นจึงควรศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาวะเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและยาวนาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการกำหนดดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ขณะมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 12 โรงพยาบาล ดังนี้ ภาคใต้ 1 โรงพยาบาล ภาคกลาง 4 โรงพยาบาล ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 โรงพยาบาล มีจำนวนประชากร 720,882 คน (กรมสุขภาพจิต, 2004)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีวิธีการดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คำนวณโดยสูตรของ Thronkike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \quad K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 12) + 50 \quad \text{ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ 170 คน}$$

2. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

2.1 เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

2.2 มีอายุ ระหว่าง 20 – 59 ปี

2.3 สามารถพูดและฟังได้เข้าใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

2.4 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

3.1 สุ่มโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยแบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคใต้จำนวน 1 แห่ง ภาคกลางจำนวน 4 แห่ง

ภาคเหนือจำนวน 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 6 แห่ง สุ่มโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยนำมาจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวแทนภาคละ 1 โรงพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

3.2 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละภาค โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน ดังนั้นแต่ละภาคจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง $170/4 = 42.5$ คน จึงแบ่งให้โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เป็นสองอันดับแรก มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 43 คน และโรงพยาบาลอีกสองแห่ง มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาคทั้ง 4 แห่ง โดยวิธีการสุ่มแบบไม่เจาะจง (Random Sampling) ทำการสุ่มผู้ป่วยโดยสุ่มหยิบแฟ้มประวัติผู้ป่วยมาดูว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดหรือไม่ เมื่อสุ่มจนได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการจึงทำการเรียกชื่อเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ป่วยยินยอมก็เริ่มสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ ของแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนที่ 1 เสร็จ แล้วจึงสุ่มผู้ป่วยคนต่อไปตามขั้นตอนเดิม จนครบตามจำนวน 170 ราย การดำเนินการเก็บข้อมูลทั้ง 4 โรงพยาบาลในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. นั้น ใน 1 วัน สัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ประมาณ 6 ราย แต่เนื่องจากผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลประจำการที่บางวันต้องปฏิบัติหน้าที่ในเวลา 8.00-16.00 น. ในหนึ่งสัปดาห์สามารถเปลี่ยนเวรมาเก็บข้อมูลได้ประมาณ 2-3 วัน ดังนั้นจึงใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ คือช่วงวันที่ 30 มิถุนายน - 29 กรกฎาคม 2547 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค

โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยนอก	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคเหนือ			
1. โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่	53,413	42
ภาคกลาง			
2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	กรุงเทพมหานคร	118,252	
3. โรงพยาบาลศรีธัญญา	นนทบุรี	111,685	43
4. โรงพยาบาลกัลยาราชนครินทร์	กรุงเทพมหานคร	24,526	
5. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	นครสวรรค์	51,637	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
6. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	นครราชสีมา	84,521	
7. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	สระแก้ว	16,761	
8. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	นครพนม	26,019	
9. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อุบลราชธานี	80,556	42
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	ขอนแก่น	79,079	
11. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	เลย	21,409	
ภาคใต้			
12. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุราษฎร์ธานี	53,024	43
รวม		720,882	170

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 7 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากรครอบคลุมตัวแปร 2 ตัวแปร คือ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะข้อคำถามมี 2 ลักษณะ คือ คำถามปลายเปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ มีคำตอบให้เลือกหลายคำตอบจำนวน 2 ข้อ และสามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ จำนวน 1 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้

เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเอง และครอบครัวที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ จากรายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาบทความ งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีโครงสร้างเนื้อหา ดังนี้ ครอบครัวต้องมีรายได้สำหรับสิ่งต่อไปนี้ คือ สำหรับซื้อของจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การชื้อยา และการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว มีค่าความเพียงพอของเครื่องมือเท่ากับ .91

เครื่องมือเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละข้อดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 6-30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวความคิดการพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมในส่วนโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. ศึกษาการแบ่งลักษณะโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ตามแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ จากรายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง ที่มีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม ที่ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ
3. ออกแบบเครื่องมือโดยพิจารณาจากโครงสร้างเนื้อหา
4. สร้างข้อคำถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบตามข้อเท็จจริง โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ดังนี้

ขนาดของกลุ่มสังคม	จำนวน 1 ข้อ
ชนิดของความสัมพันธ์	จำนวน 1 ข้อ
ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ	จำนวน 1 ข้อ
ความถี่ในการติดต่อ	จำนวน 2 ข้อ
วิธีการที่ใช้ในการติดต่อ	จำนวน 2 ข้อ

5. ผู้วิจัยนำข้อเสนอนี้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ โดยมีการปรับในประเด็นความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหา การจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คือ ข้อ 3, 4, 5, 6, 8 ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 7 ข้อ

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 7-28 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด

เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท 3 ประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาบ้า และบุหรี่ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ จากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่อาศัยแนวทางในการสร้างจากการศึกษาของ ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543)

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาลักษณะของสารเสพติด
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาการแบ่งลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการใช้แอลกอฮอล์ของบุคคลทั่วไป

3. ผู้วิจัยสร้างข้อคำถาม โดยใช้แบบสอบถามของ อูมาพร กาญจนรักษ์ เป็นแนวทาง ลักษณะของคำถามการใช้แอลกอฮอล์เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ดังนี้

จำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

ความถี่ของการดื่มสุราหรือเบียร์ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

- ลักษณะของคำถามการใช้ยาบ้า และการใช้บุหรี่ เป็นข้อคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ดังนี้

จำนวนการใช้ยาบ้าของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

ความถี่ของการใช้ยาบ้าของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

จำนวนการสูบบุหรี่ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

ความถี่ของการสูบบุหรี่ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ข้อ

ในส่วนของแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์กำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกได้

- 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มาก	จำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์มากกว่า 4 drinks / ครั้ง ในผู้หญิง หรือจำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์ มากกว่า 6 drinks / ครั้ง ในผู้ชาย หรือความถี่ ทุกวัน/สัปดาห์	3
ปานกลาง	จำนวนการดื่มเครื่องดื่มสุราหรือเบียร์ มากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 4 drinks / ครั้ง ในผู้หญิง หรือจำนวนการดื่มเครื่องดื่มสุราหรือเบียร์ มากกว่า 4 แต่ไม่เกิน 6 drinks / ครั้ง ในผู้ชาย หรือความถี่ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์	2
เล็กน้อย	จำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์ ไม่เกิน 2 drinks / ครั้ง ในผู้หญิง หรือจำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์ ไม่เกิน 4 drinks / ครั้ง ในผู้ชาย หรือความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์	1
ไม่ใช้	ไม่ดื่มสุราหรือเบียร์	0

(2 drinks = 1 เบิก, 1 เบิก = 30 ซีซี)

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-6 คะแนน

แบบสัมภาษณ์การใช้ยาบ้า และบุหรี่

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนเป็นปริมาณ คือ จำนวน x ความถี่

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้การบริการสุขภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตของรัฐของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .51

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. ศึกษาแนวคิดการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตของรัฐ ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

จากรายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ ประชาชนไทยภาคกลาง ที่มีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาล กิจกรรม วิธีการบริการ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อการมารับบริการ

3. ผู้วิจัยนำข้อคำถามจากแบบสอบถามของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่ใช้สำหรับ สัมภาษณ์ประชาชนมาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคง โครงสร้างการรับรู้เกี่ยวกับบริการของรัฐ โดยปรับข้อคำถาม ข้อ 2,4,8 และพิจารณาตัดข้อ 6 แบบสัมภาษณ์จึงเหลือ 9 ข้อ

4. ผู้วิจัยนำข้อเสนอนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไป ทดลองใช้ โดยมีการปรับในประเด็นความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหา และความชัดเจนและ เหมาะสมของภาษาที่ใช้ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9

5. หลังจากหาค่าความเที่ยงจึงทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้จริงอีกครั้ง โดยตัดสินจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามที่เป็นบวก และพิจารณาตัดข้อคำถามจากค่า Alpha if item deleted คือ ตัดข้อคำถามที่เมื่อตัดออกแล้วทำให้ เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น พิจารณาตัดข้อ 5 และปรับเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อเพื่อไม่ให้ โครงสร้างของเครื่องมือเสียไป ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ประกอบด้วยข้อ คำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 2 ข้อ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงการรับรู้ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนข้อด้านบวก	คะแนนข้อด้านลบ
ใช่	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน	1	0
ไม่ใช่	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน	0	1
ไม่แน่ใจ	ข้อความนั้นดังเลที่จะตัดสินใจว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่ การคิดคะแนน โดยคิดคะแนนรวมทุกข้อ	0	0

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

เป็นแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพ จากรายงานการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ ชมภู วิทยุทธิเมธีกร (2540) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ และอาศัยแนวทางในการสร้างจากเครื่องมือของ Wallston & Wallston (1981) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ ความเที่ยงของเครื่องมือความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ .78 ความเที่ยงของเครื่องมือความเชื่ออำนาจผู้อื่น เท่ากับ .80 ความเที่ยงของเครื่องมือความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เท่ากับ .73

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. ศึกษาเครื่องมือของ Wallston & Wallston (1981) ที่มีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และศึกษาแบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพของ ชมภู วิทยุทธิเมธีกร (2540) ที่อาศัยแนวทางในการสร้างจากเครื่องมือของ Wallston & Wallston (1981)
3. ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพของ ชมภู วิทยุทธิเมธีกร (2540) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงโครงสร้างเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ในด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ปรับข้อคำถามข้อ 1,3 และตัดข้อคำถามข้อ 4 จึงเหลือ 3 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น ปรับข้อคำถามข้อ 3 ด้านความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ปรับข้อคำถามข้อ 1,2

4. ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีการปรับในประเด็นความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คือ ข้อ 1, 2, 6

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	จำนวน 3 ข้อ
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	จำนวน 4 ข้อ
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	จำนวน 4 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมแต่ละด้าน

ส่วนที่ 7 แบบวัดสุขภาวะ

เป็นแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะ จากรายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำของ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด สุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่ประกอบด้วยโครงสร้างสุขภาวะ 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาเครื่องมือแบบวัดสุขภาวะของ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่มีข้อคำถามจำนวน 75 ข้อ
3. ผู้วิจัยปรับข้อคำถามจากแบบวัดสุขภาวะของ พิศสมร เดชดวง (2545) โดยยังคงโครงสร้างเกี่ยวกับสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน โดยมีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 62 ข้อ ดังนี้

3.1 สุขภาวะทางกาย ผู้วิจัยพิจารณาปรับข้อคำถามข้อ 11, 18 และพิจารณาตัดข้อคำถามในข้อที่มีความซ้ำซ้อนของข้อคำถามคือ ข้อ 12, 19, 22, 27 จาก 30 ข้อ เหลือ 26 ข้อ

3.2 สุขภาวะทางจิต เนื่องจากโครงสร้างตัวแปรของผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึงความรู้ จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ออกจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 31-34 จาก 15 ข้อ เหลือ 11 ข้อ

3.3 สุขภาวะทางสังคม พิจารณาความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจึงตัดข้อคำถามข้อ 50 จาก 15 ข้อ เหลือ 14 ข้อ

3.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจึงตัดข้อคำถามข้อ 63, 65, 66, 72 จาก 15 ข้อ เหลือ 11 ข้อ

4. ผู้วิจัยนำคำแนะนำที่ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำการให้นำหนักของข้อคำถามสุขภาวะแต่ละด้านมาปรับปรุงข้อคำถาม โดยให้ความเห็นตรงกันว่าสุขภาวะในแต่ละด้านมีน้ำหนักความสำคัญเท่ากันทุกด้าน ผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถาม สุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยการเพิ่มข้อคำถามตามข้อแนะนำด้านละ 2 ข้อ รวมเป็นด้านละ 13 ข้อ ส่วนสุขภาวะทางสังคม ตัดข้อที่มีความซ้ำซ้อนออก และเป็นข้อคำถามที่ตัดออกแล้วไม่ทำให้โครงสร้างของเครื่องมือเสียไป จาก 14 เหลือ 13 ข้อ ดังนั้นข้อคำถามรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 65 ข้อ การคิดคะแนน คิดคะแนนสุขภาวะทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณเป็น 2 เท่าของข้อคำถาม (13 ข้อ) รวมคะแนนสุขภาวะ ที่เป็นไปได้เท่ากับ 104-520 คะแนน

5. นำข้อเสนอแนะตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ โดยการมีปรับข้อคำถาม ดังนี้

5.1 สุขภาวะทางกาย มีการปรับในประเด็นความถูกต้องตามเนื้อหา ความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คือ ข้อ 5, 6, 10, 13, 18, 19, 20, 21, 25, 32

5.2 สุขภาวะทางจิต มีการปรับในประเด็นความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา คือ ข้อ 1, 2

5.3 สุขภาวะทางสังคม มีการปรับในประเด็นความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหาข้อคำถาม คือ ข้อ 4, 5, 6, 9, 12

5.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีการปรับในประเด็นความถูกต้องตามเนื้อหา ความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คือ ข้อ 8, 10

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 60 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

สุขภาวะทางกาย จำนวน 26 ข้อ

ความสามารถทางประสาทสัมผัสทางกาย	จำนวน 10 ข้อ
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย	จำนวน 4 ข้อ
ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต	จำนวน 12 ข้อ

สุขภาวะทางจิต จำนวน 13 ข้อ

การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ	จำนวน 7 ข้อ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 6 ข้อ

สุขภาวะทางสังคม จำนวน 13 ข้อ

การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	จำนวน 7 ข้อ
การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 6 ข้อ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ จำนวน 13 ข้อ

การมีเป้าหมายในชีวิต	จำนวน 3 ข้อ
ความพึงพอใจในชีวิต	จำนวน 5 ข้อ
การเคารพต่อชีวิตทุกคน	จำนวน 5 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
เป็นประจำ	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นตลอด หรือเกือบตลอดเวลา	5	1
บ่อยครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นบ่อย	4	2
บางครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	ท่านมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นนานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคย	ท่านไม่เคยมีความคิด ความรู้สึกหรือปฏิบัติเช่นนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนโดยคิดคะแนนเป็นรายด้าน และโดยรวม

การแปลผล ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าคะแนนรวมในการแบ่งระดับสุขภาวะโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	436.9 - 520	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดีมาก
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	353.7 - 436.8	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดี
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	270.5 - 353.6	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับปานกลาง
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	187.3 - 207.4	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับพอใช้
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	104 - 187.2	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

ซึ่งการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยใช้สูตรที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton และคณะ (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2545) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

รายละเอียดของความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของข้อคำถามผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และเปรียบเทียบโครงสร้างของเครื่องมือก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

เครื่องมือ	จำนวนข้อของเครื่องมือ		
	ค่า CVI	ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ(ข้อ)	หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ(ข้อ)
แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม	1.00	7	7
แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด	.92	6	6
แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ	1.00	9	10
แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	1.00	11	11
แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	.98	62	65

การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน คือ นำข้อคำถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 ราย ระหว่างวันที่ 2-16 มิถุนายน 2547 หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงต่ำ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบวัดความเชื่ออำนาจผู้อื่น แบบวัดความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3)

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) กล่าวว่าจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจะมีผลต่อความเชื่อมั่นของแบบวัด และในเครื่องมือที่มีตัวเลือกสองตัวเลือกควรมีข้อคำถามอย่างน้อย 30 ข้อ เพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 สอดคล้องกับ อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2547) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเที่ยงของเครื่องมือ คือ จำนวนข้อคำถาม โดยทั่วไปเครื่องมือวัดที่มีข้อคำถามมากจะมีค่า

ความเที่ยงมากกว่าเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามน้อย ดังนั้น เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงต่ำนั้น อาจเกิดจากการกำหนดข้อคำถามจำนวนน้อยเกินไป และในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพที่มีตัวเลือกลงตัวเลือกมีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ เท่านั้น

ตารางที่ 3 ตารางค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อใช้จริง

แบบสัมภาษณ์	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดลอง (N=30)	ฉบับใช้จริง (N= 170)
แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของรายได้	.92	.88
แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม	.43	.81
แบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์	.83	.97
แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ	.41	.38
แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ		
แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน	.61	.43
แบบวัดความเชื่ออำนาจผู้อื่น	.57	.67
แบบวัดความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	.58	.33
แบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	.91	.92

ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนตัวอย่างแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงใหม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์นำเสนอไว้ในตารางที่ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ใช้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านอบรมเฉพาะทางจิตเวชแล้ว ซึ่งกำหนดจำนวนผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน คือ โรงพยาบาลสวนปรุง 1 ท่าน โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ 1 ท่าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 1 ท่าน และโรงพยาบาลศรีรัษฎา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สาระสำคัญของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือทุกชุด เช่น ความหมายวิธีการให้คะแนน พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยเริ่มจากแนะนำตัวเองบอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามให้ทราบ และวางแผนร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บข้อมูลในเวลาที่กำหนด เตรียมผู้ช่วยวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุงโดยติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ ใช้เวลาในการคุย ประมาณ 30 นาที สามครั้ง ส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และสวนสราญรมย์อธิบายวิธีเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในโรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนโรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแทนผู้วิจัย

2.2 คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามให้ทราบ

2.3 พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยต่อการพัฒนางานบริการ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่ามิสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมที่สามารถ

นำมาเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการบริการในอนาคต โดยไม่เปิดเผยความลับของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยกเลิกการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ ให้เขียนใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ในการรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน – 29 กรกฎาคม 2547 รวมใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีรัษฎรา วันที่ 30 มิถุนายน 2547 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วันที่ 1 กรกฎาคม 2547 โรงพยาบาลสวนปรุง วันที่ 1 กรกฎาคม 2547 และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วันที่ 6 กรกฎาคม 2547 โดยผู้เก็บข้อมูล+ ในแต่ละโรงพยาบาลเริ่มเก็บข้อมูลพร้อมๆ กัน ในช่วงแรกผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหา หรืออุปสรรคในการใช้เครื่องมือ พบว่า แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ผู้ป่วยบางรายอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ไม่มีญาติ หรือเพื่อนบ้าน ทำให้ไม่สามารถเลือกตอบคำถามข้อ 3,5 และ 6 ได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงตกลงว่าในข้อเหล่านี้ให้ลงว่าไม่มีญาติ หรือเพื่อนบ้าน และให้คะแนนต่ำที่สุดในข้อที่ถามถึงการติดต่อ และไม่ให้คะแนน (0) ในข้อที่ถามถึงระยะเวลา และวิธีที่ใช้ติดต่อกัน ส่วนแบบสัมภาษณ์ชุดอื่นๆ ไม่พบปัญหา หลังจากได้รับแบบสัมภาษณ์กลับคืนมา และตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยทั้งหมด 170 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำมาลงคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for The Social Science) ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย วิเคราะห์ค่าความถี่ และร้อยละ
2. อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้น้ำ การขับถ่าย การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทจนครบ 170 ราย พบว่า ไม่มีผู้ป่วยรายใดใช้ยาบ้าเลย จึงพิจารณาตัดการใช้น้ำยาออกจากการวิเคราะห์ในส่วนต่อไป

4. การศึกษาสุภาพระ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุภาพระของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)
6. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้อัลกอธึม การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุภาพระ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุภาพระ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุภาพระ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุภาพระ กับสุภาพระของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่าง 170 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยาบ้า การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 4 - 6

ตอนที่ 2 การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 7 - 12

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพกับระดับสุขภาวะ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 - 14

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้บริการ สุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	62.90
หญิง	63	37.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	65	38.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	22.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	40	23.50
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	13	7.60
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	14	8.30
สถานภาพสมรส		
โสด	102	60.00
คู่	36	21.20
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	18.80

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	86	50.60
พี่/น้อง/บุตร	33	19.40
สามี/ภรรยา	32	18.80
ญาติ/เพื่อน	9	5.30
อยู่คนเดียว	8	4.70
อยู่วัด	2	1.20

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.90 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 37.10 ไม่ได้ศึกษาหรือระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60 และอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 50.60 รองลงมาคือ พี่/น้อง ร้อยละ 19.40 และ สามี/ภรรยา ร้อยละ 18.80 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	S.D
อายุ	60	20	36.28	9.54
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช	31	0	2.78	4.28
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต (ปี)	30	0.16	8.75	7.12

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 60 ปี มีอายุโดยเฉลี่ย 36.28 ปี มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ในช่วง 0 – 31 ครั้ง โดยเฉลี่ยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีค่าเฉลี่ย 2.78 ครั้ง และระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 0.16 ปี (2 เดือน) ถึง 30 ปี โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต 8.75 ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของการใช้สารเสพติด เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และการรับรู้บริการสุขภาพ

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Max	Min	\bar{X}	S.D
การใช้สารเสพติด					
การสูบบุหรี่	-	280.00	0.00	25.80	45.29
การใช้แอลกอฮอล์	6	6.00	0.00	0.41	1.09
การสูยาบ้า	-	0.00	0.00	0.00	0.00
เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม	28	27.00	3.00	20.85	5.44
ความเพียงพอของรายได้	30	30.00	6.00	18.58	5.13
ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ					
ความเชื่ออำนาจภายในตน	15	15.00	3.00	10.64	2.64
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	20	20.00	4.00	14.93	3.41
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	20	19.00	5.00	12.90	2.81
การรับรู้บริการสุขภาพ	10	10.00	2.00	7.50	1.62

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าคะแนนการสารเสพติดในด้านสูบบุหรี่สูงที่สุดโดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.80 คะแนน เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 คะแนน ความเพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.58 คะแนน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.64 คะแนน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.93 คะแนน และ การรับรู้บริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.50 คะแนน

ตอนที่ 2 การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 - 12

ตารางที่ 7 ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

สุขภาวะ	คะแนนเต็ม	Max	Min	\bar{X}	S.D
สุขภาวะทางกาย	130	125	74	107.95	7.55
สุขภาวะทางจิต	130	130	60	107.48	15.19
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	130	130	44	106.13	18.04
สุขภาวะทางสังคม	130	130	56	96.16	16.99
สุขภาวะโดยรวม	520	514	297	417.72	48.57

จากตารางที่ 7 พบว่า สุขภาวะโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 417.72 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาวะทางกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 107.95 และ สุขภาวะทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 96.16

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับคะแนนสุขภาวะโดยรวม

ระดับสุขภาวะ		จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	(436.9-520)	74	43.50
ดี	(353.7-436.8)	73	42.90
ปานกลาง	(270.5-353.6)	23	13.50
พอใช้	(187.3-270.4)	0	00.00
ไม่ดี	(104-187.2)	0	00.00
รวม		170	100.00

จากตารางที่ 8 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีสุขภาวะในระดับดีมาก 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 และมีสุขภาวะในระดับดี 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของสุขภาวะทางกาย จำแนกเป็นรายชื่อ

สุขภาวะทางกาย	\bar{X}	S.D
สามารถบอกถึงรสชาติของอาหาร ได้เช่นเดียวกับคนอื่น	4.88	0.34
สามารถรับรู้ความเย็น ความอุ่น หรือร้อนได้ดี	4.86	0.41
เวลารับประทานอาหารสามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้ดี	4.86	0.43
สามารถรับรู้กลิ่นของสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เช่น กลิ่นดอกไม้	4.84	0.49
รู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกแมลงกัดต่อยที่ผิวหนัง เช่น ถูกมดกัด	4.82	0.53
อาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละครั้งด้วยตนเอง	4.81	0.58
เมื่อรับประทานอาหารที่มีกลิ่น ได้กลิ่นอาหารที่รับประทานเช่นเดียวกับผู้อื่น	4.78	0.62
รับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ	4.75	0.65
รับประทานยารักษาอาการทางจิตตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง	4.75	0.62
ได้ยินเสียงของคนที่พูดคุยได้ชัดเจน	4.73	0.65
อาหารที่รับประทานบ่อยๆ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้	4.73	0.48
เห็นท่าทางและการแสดงออกของคนที่คุณคุยได้ชัดเจน	4.72	0.66
สามารถรับรู้ถึงลักษณะของเสียงที่ได้ยินเช่นเดียวกับผู้อื่น	4.66	0.81
แต่งกายสะอาดและเหมาะสมเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ในชุมชน	4.66	0.68
ในที่ที่มีแสงสว่างปกติสามารถมองเห็นสิ่งของ ผู้คนได้ชัดเจน	4.64	0.63
ซื้อของได้ถูกต้อง ครบถ้วน และรับเงินทอนได้โดยไม่ผิดพลาด	4.61	0.72
นอนหลับได้เพียงพอทุกวัน	4.49	0.89
ช่วยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทิ้งขยะ ดายหญ้า	3.98	1.23
หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากการรับประทานยาได้	3.88	1.30
ไม่มีอาการอ่อนเพลียหลังจากตื่นนอน	3.67	1.31
การเจ็บป่วยทางกาย เช่น เป็นหวัด ทำให้ทำงานได้น้อยลง	3.50	1.26
ทำงานที่ต้องใช้กำลัง หรือออกกำลังกาย อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	3.25	1.38
รู้สึกไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ	2.93	1.66
ในช่วง 6 เดือน มีการเจ็บป่วยทำให้ทานอาหารได้น้อยลง หรือนอนไม่หลับ	2.40	1.53
เมื่ออาการดีขึ้น จะลดยา หรือหยุดรับประทานยาเอง	2.02	1.41
มีผื่นคันที่ผิวหนัง เป็นแผลเรื้อรัง หรือเป็นกลากเกลื้อน	1.71	1.34
รวม	4.15	0.29

จากตารางที่ 9 พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านสุขภาวะทางกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถในการรับรสชาติของอาหารได้เช่นเดียวกับคนอื่น ($\bar{X}=4.88$) รองลงมา คือ การสัมผัสทางกายที่สามารถรับรู้ความเย็น ความอุ่น หรือร้อนได้ดี ($\bar{X}=4.86$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีผื่นคันที่ผิวหนัง เป็นแผลเรื้อรัง หรือเป็นกลากเกลื้อน ($\bar{X}=1.71$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย(\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D) ของสุขภาวะทางจิต จำแนกเป็นรายชื่อ

สุขภาวะทางจิต	\bar{X}	S.D
คิดว่าปัญหาทุกปัญหานั้นจะสามารถแก้ไขได้	4.37	0.86
สามารถคอยบางสิ่งบางอย่างที่ใช้เวลานานได้	4.25	0.95
เป็นคนที่มีความอดทน	4.25	0.96
ทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้	4.24	0.98
ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นหรือทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม	4.21	0.92
เป็นคนที่มีความหมายต่อครอบครัว	4.21	0.99
สบายใจขึ้นเมื่อได้อ่านคำสอนทางศาสนา นั่งสมาธิ หรือพักผ่อน	4.19	1.05
ภูมิใจในตนเอง	4.19	1.07
ท่านเป็นคนดี	4.14	0.93
เมื่อรู้สึกเครียด กังวล ท่านจะปรึกษากับคนที่ท่านเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจ	4.04	1.22
รู้สึกมั่นใจในตนเอง	3.97	1.09
เมื่อมีปัญหาจะบอกเล่าความรู้สึกของท่านกับคนที่ใกล้ชิด	3.96	1.23
ท่านเป็นคนที่มีความสามารถ	3.75	1.07
รวม	4.13	0.58

จากตารางที่ 10 พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านสุขภาวะทางจิตเมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คิดว่าปัญหาทุกปัญหานั้นจะสามารถแก้ไขได้ ($\bar{X}=4.37$) รองลงมา คือ สามารถคอยบางสิ่งบางอย่างที่ใช้เวลานานได้ ($\bar{X}=4.25$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ คิดว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ($\bar{X}=3.75$)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของสุขภาวะทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ

สุขภาวะทางสังคม	\bar{X}	S.D
คนในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.36	0.75
สมาชิกในครอบครัวมีการให้โอกาสและให้เกียรติซึ่งกันและกัน	4.32	0.76
คนในครอบครัวมีความรัก และเข้าใจกัน	4.25	0.89
มีคนที่น่าสนใจและสามารถพูดคุยได้ในหลายๆ เรื่อง	4.06	1.01
คนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร	4.02	1.09
รู้สึกว่ายังมีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจ และเอาใจใส่	3.88	1.07
ได้รับสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับจากชุมชนโดยเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ	3.85	1.05
คิดว่าได้รับความเป็นธรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นๆ	3.85	1.08
มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	3.79	1.02
เมื่อมีการเจ็บป่วย คนในชุมชนจะมาเยี่ยมสอบถามอาการ ให้กำลังใจ	3.32	1.29
ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือสิ่งของจากคนในครอบครัวหรือชุมชน	3.01	1.39
ได้รับคำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น การทำงาน การแก้ไขปัญหา จากคนในชุมชน	3.00	1.28
เมื่อป่วยหรือต้องใช้จ่ายเงินในการรักษา คนในชุมชนจะบริจาคช่วยเหลือ	2.36	1.35
รวม	3.70	0.65

จากตารางที่ 11 พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านสุขภาวะทางสังคมเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คนในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (\bar{X} =4.36) รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการให้โอกาสและให้เกียรติซึ่งกันและกัน (\bar{X} =4.32) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านป่วยหนักหรือต้องใช้จ่ายเงินมากในการรักษาพยาบาล คนในชุมชนของท่านจะบริจาคช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (\bar{X} =2.36)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายข้อ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	\bar{X}	S.D
มีสิทธิ์ที่จะปฏิบัติตามความเชื่อและศรัทธาได้เช่นเดียวกับคนอื่นๆ	4.41	0.81
ให้เกียรติยกย่องนับถือผู้มีอาวุโสที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน	4.40	0.84
มีสิทธิ์ที่จะไปไหนมาไหนและทำกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นเดียวกับคนอื่นในชุมชน	4.26	0.91
รู้สึกว่ามีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่	4.16	1.02
รู้สึกพอใจกับที่อยู่อาศัย	4.13	1.00
ได้รับการยกย่องนับถือตามบทบาททางสังคม เช่น เป็นพี่ เป็นพ่อ	4.11	0.99
รู้สึกว่ายังมีสิ่งดีๆ รออยู่ในวันข้างหน้า	4.04	1.07
พอใจในรูปร่างหน้าตา และความสามารถของตนเอง	4.04	1.05
ยอมรับความบกพร่องของตนเองได้	4.01	1.02
หวังว่าในอนาคตจะมีชีวิตที่สุขสบาย	3.92	1.16
รู้สึกพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน	3.92	1.10
รู้สึกพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.92	1.06
มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	3.75	1.27
รวม	4.02	0.47

จากตารางที่ 12 พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิบัติตามความเชื่อและศรัทธาได้เช่นเดียวกับคนอื่นๆ ($\bar{X}=4.41$) รองลงมา คือ ท่านให้เกียรติยกย่องนับถือผู้มีอาวุโสที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน ($\bar{X}=4.40$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ($\bar{X}=3.75$)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับระดับสุขภาวะ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 – 14

ตารางที่ 13 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่างเพศกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r)				
	กาย	จิต	สังคม	จิตวิญญาณ	สุขภาวะโดยรวม
ปัจจัย ระดับการศึกษา	.00	-.00	.01	.04	.02

*p<.05

จากตารางที่ 13 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครื่องช่วยช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้นูหรี การรับรู้บริการ สุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้าน สุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะรายด้านและโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)				
	กาย	จิต	สังคม	จิตวิญญาณ	สุขภาวะโดยรวม
ระดับการศึกษา	-.08	.03	.09	.07	.04
ความเพียงพอของรายได้	.11	.27*	.31*	.29*	.31*
เครื่องช่วยช่วยเหลือทางสังคม	-.07	.27*	.26*	.27*	.23*
การใช้แอลกอฮอล์	.05	-.04	-.06	-.01	-.02
การใช้นูหรี	-.12	.01	-.08	.00	-.06
การรับรู้บริการสุขภาพ	.09	.17*	.25*	.14	.20*
ความเชื่ออำนาจภายในตน	.17*	.17*	.14	.20*	.21*
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	.14	.18*	.25*	.25*	.26*
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	.09	-.02	.001	-.03	.01

*p<.05

จากตารางที่ 14 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ เครื่องช่วยช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้ บริการสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมและรายด้านยกเว้นด้านสุขภาวะทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมและรายด้านยกเว้นด้านสุขภาวะทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.05 ส่วนระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้นูหรี ความเชื่ออำนาจความ บังเอิญด้านสุขภาพพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยาบ้า การใช้นูหรี การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ขณะมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอายุ ระหว่าง 20 – 59 ปี ที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 170 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.90 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 37.10 ไม่ได้ศึกษาหรือระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60 และอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 50.60 รองลงมา คือ พี่/น้อง ร้อยละ 19.40 และสามี/ภรรยา ร้อยละ 18.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 60 ปี มีอายุโดยเฉลี่ย 36.28 ปี มีการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ในช่วง 0 – 31 ครั้ง โดยเฉลี่ยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชมีค่าเฉลี่ย 2.78 ครั้ง และระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2 เดือน ถึง 30 ปี โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต 8.62 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบตามข้อเท็จจริง โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท 3 ประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาบ้า และบุหรี่ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) เครื่องมือการใช้แอลกอฮอล์เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ และเครื่องมือการใช้ยาบ้า การใช้บุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตของรัฐของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) คำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดสุขภาวะ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะของ พิศมร เดชดวง (2545) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด พบว่า เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงต่ำ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบวัดความเชื่ออำนาจผู้อื่น แบบวัดความเชื่ออำนาจความบังเอิญ จึงทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม แบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบวัดความเชื่ออำนาจผู้อื่น แบบวัดความเชื่ออำนาจความบังเอิญ

และแบบวัดสุขภาพ เท่ากับ .92 .43 .83 .41 .61 .57 .58 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 ท่าน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 170 คน ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation)

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 170 ราย พบว่า ไม่มีผู้ป่วยรายใดเข้ายาบ้าเลย จึงไม่นำตัวแปรการเข้ายาบ้ามาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนการสารเสพติดในด้านใช้บุหรี่สูงที่สุดโดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.80 คะแนน เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 คะแนน ความเพียงพอของรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.58 คะแนน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.64 คะแนน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.93 คะแนน และ การรับรู้บริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.50 คะแนน

2. ระดับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สุขภาวะโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 417.72 อยู่ในระดับ ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาวะทางกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 107.95 และสุขภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 96.16

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีสุขภาพในระดับดีมาก 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 และมีสุขภาพในระดับดี 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90

3. วิเคราะห์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียลระหว่างเพศกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้บุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ

ภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมและรายด้านยกเว้นสุขภาวะทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมและรายด้านยกเว้นด้าน สุขภาวะทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า สุขภาวะรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับดี แสดงถึงว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดี และเป็นองค์รวมคือ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขและสบายใจ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข รวมทั้งมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยมีสุขภาวะในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 43.50 และมีสุขภาวะในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 42.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สุขภาวะทางกาย มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะในระดับพอใช้และไม่ดี ได้แก่ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีการเจ็บป่วยทำให้ทานอาหาร และนอนได้น้อยลง ($\bar{X}=2.40$) เมื่ออาการดีขึ้นจะลดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ($\bar{X}=2.20$) และมีแผลผิวหนัง ($\bar{X}=1.71$) ส่วนสุขภาวะทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะในระดับพอใช้ ได้แก่ การบริจาคเงินช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยจากคนในชุมชน ($\bar{X}=2.36$)

อภิปรายได้ว่า ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ สามารถแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต มีการตอบสนองความต้องการที่พอเพียง (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) เพื่อการบรรลุเป้าหมายของชีวิต มีการบูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี จะเห็นได้จากผลการวิจัย ที่พบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และดีมาก นั้นเป็นไปตามแนวคิด สุขภาวะที่ว่าโรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้และแม้มีโรคก็มีสุขภาวะที่ดีได้ ดังนั้นทุกคนสามารถที่จะมีสุขภาวะได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือพิการ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะสามารถรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งร่างกาย รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ

ความผิดปกติของร่างกายได้ และมีความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตได้ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจได้ สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมได้อย่างปกติสุข พอใจในชีวิต และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนมากมีระดับสุขภาวะในระดับดี-ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 91.60 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมมารับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต สัมพันธภาพในครอบครัว และการจัดการกับอารมณ์ได้ดี

แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีบางข้อในสุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางสังคมที่มีระดับพอใช้และไม่ดี ในสุขภาวะทางกายอภิปรายได้ว่า การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย หรือความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายนั้น จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ หรือชีวิตเปลี่ยนไป ในบางรายเกิดภาวะเครียดไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ ในเรื่องการรับประทานยา พบว่าเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาเอง อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา (ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ, 2541) ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีอาการกำเริบหรือดูแลตนเองได้น้อยลงโดยเฉพาะด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลจนทำให้เกิดโรคผิวหนังตามมา ในส่วนสุขภาวะทางสังคมอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยบางรายแยกตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน (อุษา ชูชาติ และคณะ, 2534) ไม่รวมกิจกรรมกับผู้อื่น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างขณะเก็บข้อมูล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ บอกว่า ” ไม่อยากออกจากบ้าน จะอยู่แต่ที่บ้านจึงไม่ได้พบหรือพูดคุยคุยกับเพื่อนบ้าน ” ประกอบกับสังคมปัจจุบันก็เปลี่ยนไปจากเดิมที่วิถีชีวิตเป็นแบบชนบทเปลี่ยนไปเป็นแบบเขตเมืองมากขึ้น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2543) แม้อยู่บ้านใกล้เคียงกันก็ไม่เคยพูดคุยหรือช่วยเหลือกัน

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน พยาบาลต้องให้ความรู้ ให้ข้อมูลการรักษา รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีสุขภาวะ โดยมีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และให้ผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม อยู่กับครอบครัวและชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 เพศ ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .02, .04, -.02, -.06, .01$ ตามลำดับ)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า เนื่องจาก ปัจจุบันทั้งสองเพศมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น การทำงานนอกบ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการศึกษา จึงทำให้ทั้งสองเพศต่างก็ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเท่าเทียมกัน และเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรงค์ (2545) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จาก การศึกษาร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ได้รับการศึกษา หรือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.30 แต่ในการศึกษาสุขภาวะโดยรวม พบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับดี และดีมาก อาจเนื่องจาก ปัจจุบันการปฏิบัติการ พยาบาลเปลี่ยนรูปแบบเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุก ที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยมีกิจกรรมพยาบาล ที่เน้นการให้ความรู้ การ ให้คำปรึกษา เสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมทั้งให้กำลังใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ประกอบกับการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีการเผยแพร่เป็นเอกสาร และผ่านสื่อต่างๆ ทั้ง วิทยุ โทรทัศน์ ทำให้ประชาชนทุกระดับการศึกษาได้รับข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ เปรมฤดี ดำรงค์ (2545) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

การใช้แอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาจ เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและมีเป้าหมายในชีวิต สามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสม (ยุพา ปริสุทธิมาน, 2544) สามารถใช้วิธีหลีกเลี่ยงที่ไม่แสดง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ การไม่ดื่มสุราได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Drake, Osher & Wallach (1989) ที่พบว่า การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลซ้ำๆ มีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

การใช้บุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากข้อมูลการใช้บุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 170 คน มีปริมาณการใช้ใน 1 สัปดาห์คิดเป็นค่าเฉลี่ย 25.80 มวน เมื่อวิเคราะห์ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บุหรี่ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 19.50 และผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่เลย คิดเป็นร้อยละ 61.20 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ประกอบกับปัจจุบันมีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ผ่านทางสื่อต่างๆ ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ทำให้มีแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลง

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาจเนื่องจาก ปัจจุบันการสื่อสารด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความรู้ดีขึ้นทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถรับรู้แหล่งบริการสุขภาพ และลักษณะการให้บริการ รวมถึงสังคม ชุมชนเริ่มเปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมือง ประกอบกับพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยและญาติหมดความศรัทธา คือมีการเรียกค่าตอบแทน หรือมีพฤติกรรมหลอกลวงประชาชน บางรายใช้วิธีรุนแรงทำให้ผู้ป่วยได้รับความบาดเจ็บจากการรักษาทางไสยศาสตร์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมารับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันแทน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟินลดา มุลาดี และคณะ (2538) ที่พบว่า การดำเนินการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะรักษาไสยศาสตร์ก่อนมาโรงพยาบาลถึงร้อยละ 82.50

2.2 ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .31, .23, .20, .21, .26$ ตามลำดับ)

ความเพียงพอของรายได้ จากผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตน คนที่มีรายได้สูงจะมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีปลอดภัย (Canada Health Network, 2003) และสามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระการรักษา และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองที่ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านสุขภาพ การมีสัมพันธภาพทางสังคม หรือการทำหน้าที่บทบาท การทำตามความเชื่อได้ เพื่อการดำรงซึ่งสุขภาวะ รวมทั้งสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี (หงส์

บรรเทิงสุข, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2545) พบว่า การไม่มีรายได้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงในผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับ พิศสมร เดชดวง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้เพียงพอมีสุขภาพะโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจาก ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีโอกาสเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และสามารถแสวงหาสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต และเข้าถึงระบบบริการทางสังคมได้มากกว่า นำมาซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วยหรือ มีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่อไป (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2645) ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือกันในครอบครัว เพื่อน ชุมชน ช่วยลดความเครียด ช่วยแก้ปัญหา และจัดการกับปัญหาได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นตัวป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส สว่างไศร และคณะ (2546) ที่พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ เช่นเดียวกับ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี รับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง

การรับรู้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า การบริการด้านสุขภาพของรัฐที่ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม หากผู้ป่วยรับรู้ถูกต้องจะช่วยให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือจัดการกับอารมณ์และปัญหาอย่างเหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพันธ์ จำบุญสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาเรื่องผลของการสร้าง สัมพันธภาพ การสอน

สุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลที่ได้รับ จะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่ม ควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับ ทีมสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับบริการการให้คำแนะนำ การรักษา และการตอบสนองสงสัยของ ทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและ ถูกต้องก็จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีตามมา

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมสนใจสุขภาพและ หาวิธีเพื่อปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี และมีความสามารถในการตัดสินใจที่ดีเมื่อมีอาการ เจ็บป่วย จะคิดว่าเหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตนเองสามารถควบคุมได้ หรือจัดการได้ (Affleck et al. , 1987 cite in Kaplan et al. , 1993) เช่นเดียวกับ Wallston and Wallston (1978) ที่ค้นพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพจะมีการแสวงหาข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และเป็นผู้ที่สนใจต่อ สุขภาพของตนเองปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Speake, Cowart and Pellet (1989 cite in Rice, 2000) พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง และมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน ตนไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความพร่องในด้านบุคลิกภาพ ขาด ทักษะทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Videbeck, 2001; ไพลิน โปธิ สุวรรณ, 2544; ไปรยทิพย์ กสิพันธุ์ และ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542) จึงต้องการคำแนะนำ การเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลรอบข้าง จากผลการพิจารณาค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้าน สุขภาพรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าคนในครอบครัวเป็นผู้ที่ช่วยให้มีสุขภาพดี ($\bar{X}=4.05$) และการ ไปพบแพทย์เป็นประจำทำให้ไม่เจ็บป่วย ($\bar{X}=4.02$) แสดงให้เห็นถึงว่าผู้ป่วยต้องการที่พึ่ง ที่ ปรีกษาในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร, 2540) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมของสตรีวัย

กลางคน คือ เมื่อสตรีวัยกลางคนมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะดีขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

เมื่อพิจารณาปัจจัยคัดสรรกับสุขภาพะรายด้านพบว่า ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกด้าน ยกเว้นสุขภาพะทางกาย อภิปรายได้ว่า การมีประสาทสัมผัสทางกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยทุกคนสามารถรับรู้และปฏิบัติด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยผู้อื่น หรือแสวงหาและใช้บริการใดๆ ดังนั้นระดับของรายได้ การช่วยเหลือจากเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการของรัฐ และความเชื่อที่ว่าสุขภาพะของตนจะดีขึ้นขึ้นอยู่กับผู้อื่นจึงไม่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพะทางกาย เช่นเดียวกับ ความเชื่ออำนาจภายในตน ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกด้าน ยกเว้นสุขภาพะทางสังคม อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่า เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดกับตนเองด้านสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถ ในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผู้ป่วยก็อาจจะทำกิจกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมน้อยลง เนื่องจากคิดว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชน การให้และรับความรัก และการช่วยเหลือกันในครอบครัวและชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน หรือเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน นั้นไม่สามารถทำให้สุขภาพะของตนเองดีขึ้นได้ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพะที่สำคัญต้องเริ่มที่ตัวผู้ป่วย โดยการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลสุขภาพะของตนเองด้วยตนเอง และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อการมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทุกๆ ด้านอย่างเป็นองค์รวม

จากผลการวิจัย ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพะ ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว โดยการดำเนินงานด้านอาชีพะบำบัด และมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมงานสำหรับรองรับผู้ป่วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวัน, 2535) เมื่อผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอ จะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่สามารถหาเลี้ยงตนเองได้ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการใช้ชีวิต

ในด้านเครือข่ายทางสังคม ควรมีการมีการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและในชุมชน และส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อเป็นที่พึ่งพาระหว่างกันและกัน

ซึ่งจะทำให้เกิดพลังใจ แรงใจในการเผชิญปัญหา และสร้างเสริมสุขภาวะต่อไป โดยการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาวะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยให้ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม จากการศึกษาของ ชูลีวรรณ เพียรทอง และคณะ(2546) ที่ให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล ซึ่งผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หลังการทดลอง พบว่า แกนนำชุมชนและประชาชนมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ส่วนผู้ที่มีความวิตกกังวลที่มีอาการไม่สุขสบายต่างๆ ลดลง และมีการพึ่งพิงยาลดลง

การรับรู้บริการสุขภาพต้องสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษา และให้ความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถามในข้อสงสัย และให้บริการในลักษณะที่มีความเอื้ออาทร ซึ่งมุ่งให้เกิดความสุข และพอใจในการมารับบริการพยาบาลต้องมีการส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตน โดยการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในเรื่องโรคและวิธีปฏิบัติกรส่งเสริมสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้สึกละแวกดีที่ติดต่อดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจ และคำนึงถึงการดูแลสุขภาพของตนเองเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ดังนี้

1. ระบบการพยาบาลควรเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท มีการขยายขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวะบำบัด โดยทำให้ผู้ป่วยมีอาชีพและสามารถมีรายได้เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ และควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมงานสำหรับรองรับผู้ป่วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวัน, 2535) เมื่อผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอจะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่สามารถหาเลี้ยงตนเองได้ (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการใช้ชีวิต
2. การส่งเสริมให้เกิดความพอใจในบริการที่ได้รับ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษา และให้ความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถามในข้อสงสัย และให้บริการในลักษณะที่มีความเอื้ออาทร ซึ่งมุ่งให้เกิดความสุข และพอใจในการมารับบริการ
3. ควรมีการส่งเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและในชุมชน โดยการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อเป็นที่พึ่งพาระหว่างกันและกัน อาจะจัดให้มีกลุ่ม

เพื่อนช่วยเพื่อน หรือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก เมื่อผู้ป่วยมีเครือข่ายการช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่าเมื่อมีปัญหายังมีผู้ช่วยเหลือ และได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ทำให้มีสุขภาพที่ดี

4. โรงพยาบาลต้องมีการสร้างเสริมความเชื่ออำนาจภายในตน โดยการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในเรื่องโรคและวิธีปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจ และคำนึงถึงการดูแลสุขภาพของตนเองเสมอ พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

5. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับองค์กรหรือหน่วยงานสาธารณสุข และแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถรับความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรเห็นความสำคัญและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่งเสริมให้จัดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท ขยายขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวะบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาชีพและสามารถมีรายได้เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอเมื่ออยู่ในชุมชน

3. จัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคคลในชุมชน รวมถึงทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีผู้ให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตนเอง พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงเครือข่ายที่พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ยังมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและไม่ได้นำมาศึกษาอีกมากมาย ดังนั้นจึงควรศึกษากรอบแนวคิด อื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อสุขภาวะ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำหรับ พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนมีสุขภาวะที่ดี และสามารถดำเนินชีวิต ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

3. ควรมีการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม สุขภาวะในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. สถิติโรงพยาบาลจิตเวช: รายงานประจำปีเดือน. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต , 2545.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต , 2546.
- กรมสุขภาพจิต. บทวิเคราะห์การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต[online]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/population/pop2.asp> [2004, February 2].
- กรมสุขภาพจิต. สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช : รายงานประจำปีเดือน. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2545.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- เกษม ต้นติผลลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- คณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
- จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ, 2534.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (มกราคม-มิถุนายน 2542): 1-13.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ: ความท้าทายของพยาบาลจิตเวช. (เอกสารประกอบการประชุม). สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2546.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยธานี. การพยาบาลแบบองค์รวม: แนวคิด หลักการ และแนวปฏิบัติ. (เอกสารประกอบการประชุม). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. ครอบครัวและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน
 กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชา
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- จิราพร อมราภิบาล. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรค
 เอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ชมภู วิสุทธิเมธีกร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การ
 ควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน
 ในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 บริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ชูลีวรรณ เพียรทอง, ศักดา ชำคม และลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
 ชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการ
 พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 17 (มกราคม-มิถุนายน 2546): 61-75.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะ
 เพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ,
 2545 .
- ทวีพร วิสุทธิมรรค. เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, หน้า
 84 -110. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- ทัศนาศ นุญทอง (บรรณารักษ์) . ทิศทางปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบ
 บริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
 สภาการพยาบาล, 2543.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร:
 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541.
- ธนู ชาดิธนานนท์ (ม.ป.ป.). คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต กระทรวง
 สาธารณสุข.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชมมน สุยะชีวัน. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ.
สงขลานครินทร์เวชสาร. 11(1) (2536) : 29-40.

- นุชระพี สุทธิกุล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร
 : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ปกรณ ศิริยง. ระบาควิทยาของการติดยาเสพติดในประเทศไทย. ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด.
 ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544: 25 -39.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณานิการ. ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์
 จำกัด, 2541.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
 แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์, 2537.
- ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี,
 2543.
- เปรมฤดี ดำรงค์. การศึกษาสุขภาพวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ไพรยทิพย์ กสิพันธ์. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
 ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ไพรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ
 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 13(2)
 (2542): 55-60.
- ปัทมา ศิริเวช. การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
 10(1) (2545): 1-5.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสาร
 พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2542): 45-54.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.
 พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, อรัญญา ปุรณัน. การดูแลสุขภาพตนเอง
 ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบาย
 สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

- พิศสมร เดชดวง. การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- เพชรี คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4(2) (2539):136-138.
- ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ. องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน จังหวัดสกลนคร. รายงานการวิจัย, 2544.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวิชาญการพิมพ์, 2545.
- ยาใจ สิทธิมงคล. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2542): 1-9.
- ยุพา บริสุทธิมาน. ผลการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- เยาวรัตน์ ประภักษาม. สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- รัชนีกร อูปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- รัชนี คอมแพงจันทร์. ปัจจัยที่เคื้อต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
- ราตรี ภูบุญ. พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วรภรณ์ นารินรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ. การวิจัยทางการแพทย์บาด: หลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วิพุธ พูลเจริญ. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- วิพุธ พูลเจริญ. สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พิมพ์ดี, 2544.
- วิลาสณี แผ้วชนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด, 2544.
- ศิริรณภา นันทพงษ์. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2541.
- สดไธ สว่างไศรภ และคณะ. รายงานการศึกษา โครงการการพัฒนาแนวทางและวิธีการประเมินผลทางสุขภาพจากโครงการการลงทุนและพัฒนาขนาดใหญ่ และนโยบายของรัฐภาคประชาชน: กรณีศึกษาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากโครงการโรงไฟฟ้าพลังน้ำเขื่อนปากมูล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- สมชาย จักรพันธุ์, หม่อมหลวง. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต (อัดสำเนา), 2543.

- สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ. ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัย, 2541.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรีนติ้ง, 2543.
- สุมณฑา บุญชัย. พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (บรรณาธิการร่วม). สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. ความหมายของวัฒนธรรม[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.culture.go.th/once/knowledge/mean/01.htm>. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. [2003, October 12].
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างไร (เอกสาร). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
- สังวาลย์ การรัตน์. แบบแผนความเชื่อ เรื่องการใช้สารเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการใช้สารเสพติด ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

- หงษ์ บรรเทิงสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- หทัย ชิตานนท์. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 21 (3): 105 -111, 2541.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (ก.ค.-ธ.ค. 2542) : 32-44.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. เอกสารคำสอนวิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. (เอกสาร) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันต้าการพิมพ์, 2544.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีรัษฎา. วารสารโรงพยาบาลศรีรัษฎา. 2(1): 33-48.
- อำไพวรรณ พุ่มสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด, 2543.

ภาษาอังกฤษ

- Association of Ontario Health Centers (ACPH). Determinants of Health. [Online]. Available from: <http://www.aohc.org/community-health.asp.aohc.dup.net/article-display.asp?article> [2003, October 10].
- Bethesda, D. Schizophrenia retrieved [online]. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.Cfim National Institute of Mental Health [2003, October 10].
- Burns, N., and Grove, S. K. The practice of nursing research: Content, critique, & utilization. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunder Company, 2001.
- Canada Health Network. Are poor people less likely to be healthy than rich people?. [Online]. Available from : http://www.canadian-health-network.ca/servlet/content_server?PageName=CHN-Rcs/Page/ [2003, October 10].
- Cantor-Graae E. , Nordstrom, L. G. & McNeil T. F. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. [Online]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11278155&dopt=Abstract [2003, October 26].
- Cohen, S. & Will, T. A. Stress, social support and buffering Hypothesis. Psychological Bulletin. 98 (September 1985) : 310-357.
- Drake, R. E. & Mueser, K. T. Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. [Online]. Available from: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/99-102.pdf> [2003, October 26].
- Drake, R. E. , Osher, F. C. & Wallach, M. A. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A perspective community study. The Journal of nervous and mental Disease. (1989) : 408-414.
- Davies, L. M. Psychosocial factors and relapse of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 181 (2002) :488-493.
- Donettelle, R. J and Davis, L. G. Access to health. 5th ed. Boston: Allyn&Bacon, 1998.
- Frank, A. F. & Gunderson. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Archive General Psychiatry. 47 (n.d.) (1990) : 228-236.

- Gwen M. F. ; Mary, A. P.; Terry, R. M. and Sybil, O. Health promoting behavior of black and white college women. Western Journal of Nursing Research. 19(5) (1997) : 654-666.
- Health Canada . Towards a healthy future second report on the health of Canadians. (Report). Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999.
- Health Canada. What determines health?.[Online]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/index.html>. [2003,June 10].
- Health Systems Research Institute International Health Policy Program. International experiences for HIA system development in Thailand. Health Systems Research Institute, 2001.
- Johnson, J. E. Health care practice of the rural age. Journal of Gerontological Nursing. 17(8) (1991) : 15-19.
- Johnson, J. L. , Ratner, P. A. , Bottorff, J. L. , and Hayduk, L. A. An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL. Nursing Research. 42 (May/June 1993): 132-138.
- Kaplan, H. I. , Sadock, B. J. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Kaplan, M. R. ; Sallis,Jr. ,J. F. and Patterson, T. L. Health and human behavior. Singapore: McGraw-Hill Book Co, 1993.
- Kosteniuk, J. G. & Dickinson, H. D. Tracing the social gradient in the Health of Canadians: primary and secondary determinants. Social science & Medicine 57(2003) :263-277.
- Kravetz, S. et al. Accepting the mental illness label, perspective control over the illness, and quality of life. Psychiatric Rehabilitation Journal 23 (4) (2000) : 323-333.
- Kwiatkowski, R. E. & Ooi, M. Environmental – Health linkages: Application of the Canadian Determinants of Health Model. From International Experiences for HIA system Development in Thailand. No 5 pp1-16. 7 -9 December 2001 Chiang Mai .
- Laffrey, S. C. Development of a health conception scale. Research in Nursing & Health. 9(1) (1986) : 107-113.

- Lehman, A. F. , Possidente. S. & Hawker, F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. Hospital Community Psychiatry 37 (1986) : 901-907.
- Lieberman, J. A. & bower, M. B. Substance abuse comorbidity in schizophrenia: Editors' Introduction. Schizophrenia Bulletin. 16(1) (1990) : 29 - 30.
- Mercier, C. , Peladeau, N. & Tempier, R. Age, gender and quality of life. Community Mental Health Journal. 34(5) (1998): 487-499.
- Mohr, W. K. Johnson's Psychiatric - mental health nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- MooKerjee , H. N. Marital status, gender and perception of well-being: Journal of Social Psychology. 137(1) (1997) : 95-105.
- Mueser, K. T. et. al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic & clinical correlates. Schizophrenia Bulletin. 16(1) (1990) :31-56.
- Muhlenkamp, A. F. and Broeman, N. A. Health-belief, health value, and positive health behavior. Western Journal of Nursing Research. 10(5) (1988) : 637-646.
- Murray, R. B. and Zentner, J. P. Nursing concept for health promotion. New York: Prentice Hall, 1989.
- Pender, J. N. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York: Appleton& Lange, 1987.
- Pender, J. N. Health Promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc. , 2002.
- Rice, V. H. (Editor) Handbook of stress, coping and health: Implication for nursing research, theory, and practice. California: Sage Publications, Inc. , 2000.
- Rokeach, M. Belief attitude and values. San Francisco: Jossey Bass, 1970.
- Rose, E. L. Families of psychiatry patients: A critical review and future research direction. Archives of Psychiatry Nursing. 31 (1997) : 19-21.
- Rotter, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monography: General and Applied 80 (1966): 2.
- Shi, L. Sociodemographic characteristics and individual health behaviors. Southern Medical Journal 91 (10) (1998) : 137-243.

- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. Kaplan& Sadock'pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2001.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. Kaplan& Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2003.
- Sarafino, P. E. Health psychology biopsychosocial interaction. New York: John Wiley, 1990.
- Videbeck, S. L. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia:Jay' Publishers Service, 2001.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. Health locus of control scales in Lefeourt HM. Research in the locus of control construct Vol 1. New York: Academic Press, 1981.
- Ziedonis, D. M. & George, T. P. Schizophrenia and nicotine Use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical Issues. Schizophrenia Bulletin 23 (2) (1997) : 247-254.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

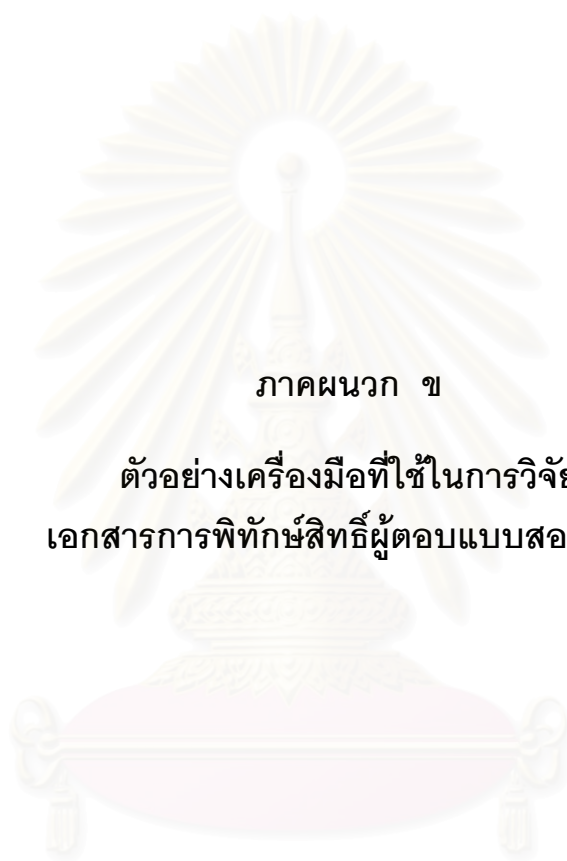
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ผศ. ดร. พญ. สุนันทา ฉันทรุจิภพวงศ์	อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
รศ.ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวสมสนุก พระอามาตย์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ดร. สมจิตร ฤประสงค์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ จังหวัดนครพนม
นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางเปรมฤดี ดำรักษ์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละดา
นางสาวพิศสมร เดชดวง	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มี 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้	จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	จำนวน 65 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนการตอบคำถามในแต่ละส่วน
3. ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านกรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามความเป็นจริง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบทุกข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่
5. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ครั้ง
6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ปี.....เดือน
7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง
 ญาติ เพื่อน อยู่คนเดียว อื่นๆ ระบุ....

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถามถึงความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน				
1. ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านต่างๆ ต่อไปนี					
1.1 ชื่อของใช้ที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า	5	4	3	2	1
1.2 ชื่อยารักษาโรค	5	4	3	2	1
1.3 จ่ายค่าเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	5	4	3	2	1
1.4 การท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณี	5	4	3	2	1
3. ครอบครัวของท่านมีเงินสำรองสำหรับใช้จ่ายเมื่อมีความจำเป็น	5	4	3	2	1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่ม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านที่ท่านสามารถพูดคุย ระบายความรู้สึกได้เมื่อท่านมีความทุกข์

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 คนขึ้นไป | <input type="checkbox"/> 3-4 คน |
| <input type="checkbox"/> 1-2 คน | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |

2. บุคคลที่สามารถช่วยท่านได้เมื่อท่านมีความทุกข์

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> บิดา มารดา บุตรหรือสมาชิกในครอบครัว | <input type="checkbox"/> ญาติ |
| <input type="checkbox"/> เพื่อน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

3. ระยะเวลาที่ท่านรู้จักกับญาติ หรือเพื่อนบ้าน ที่ช่วยท่านได้เมื่อท่านมีความทุกข์

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ปีขึ้นไป | <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 เดือนถึง 1 ปี |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 สัปดาห์ถึง 1 เดือน | <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 สัปดาห์ |

4.....

7. วิธีที่ท่านใช้ติดต่อกับสมาชิกในครอบครัว

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> เขียนจดหมาย | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ |
| <input type="checkbox"/> พบและพูดคุย | <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 วิธี ระบุ..... |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่4 แบบสัมภาษณ์การใช้สารเสพติด

1) แบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาบ้า

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการใช้แอลกอฮอล์ โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

มาก	หมายถึง	ความถี่ในการดื่มสุราหรือเบียร์ทุกวัน/สัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง	ความถี่ในการดื่มสุราหรือเบียร์ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์
เล็กน้อย	หมายถึง	ความถี่ในการดื่มสุราหรือเบียร์ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่ใช้	หมายถึง	ไม่ดื่มสุราหรือเบียร์

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ใช้
1. จำนวนการดื่มสุราหรือเบียร์ของท่าน/ครั้ง				
สำหรับผู้ป่วยหญิง	4 drinks ขึ้นไป (เบียร์ 3 กระป๋อง หรือ 1.5 ขวดขึ้นไป/ เหล้า 2 เบิกขึ้นไป)	>2 แต่ไม่เกิน 4 drinks (เบียร์ 3 กระป๋อง / เหล้า 40 ดีกรี 2 เบิกขึ้นไป)	ไม่เกิน 2 drinks (เบียร์ 1.5 กระป๋อง / เหล้า 40 ดีกรี 1 เบิกขึ้นไป)	ไม่ดื่ม
สำหรับผู้ป่วยชาย	6 drinks ขึ้นไป (เบียร์ 4.5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดขึ้นไป/ เหล้า 40 ดีกรี 3 เบิกขึ้นไป)	>4 แต่ไม่เกิน 6 drinks (เบียร์ 4.5 กระป๋อง / เหล้า 40 ดีกรี 3 เบิกขึ้นไป)	ไม่เกิน 4 drinks (เบียร์ 3 กระป๋อง / เหล้า 40 ดีกรี 2 เบิกขึ้นไป)	ไม่ดื่ม
2. ความถี่ของการดื่มสุราหรือเบียร์				

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการใช้ยาบ้า และการใช้บุหรี่ โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ

3. ใน 1 สัปดาห์ท่านใช้ยาบ้าวัน
4. ท่านใช้ยาบ้าเม็ด/วัน
5. ใน 1 สัปดาห์ท่านสูบบุหรี่วัน
6. ท่านสูบบุหรี่มวน/วัน
- 7.

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บริการสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการรับรู้บริการสุขภาพ โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นถึงแม้ว่าจะตัดสินใจว่าตรงกับความคิดของท่านหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
1. โรงพยาบาลจิตเวช คือ สถานที่ที่รับรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเท่านั้น			
2. ท่านสามารถขอรับการช่วยเหลือหรือรับการรักษาจากหน่วยงานบริการสุขภาพทุกแห่งได้เมื่อมีความทุกข์ใจ			
3. การรักษาและการช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ใจ มีทั้งการใช้ยา การพูดคุย			
8. การบริการของหน่วยงานบริการสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือ หรือรักษาผู้ป่วย			
9. ทางจิตเป็นการบริการที่เต็มไปด้วยไมตรีจิต			
10. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานบริการสุขภาพของรัฐที่ให้ความช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหา เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ อย่างดี			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน				
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ					
1 เมื่อเจ็บป่วย ท่านรู้สึกว่าคุณเองที่สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้	5	4	3	2	1
2 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของท่านโดยตรง	5	4	3	2	1
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น					
1 การไปพบแพทย์เป็นประจำทำให้ท่านไม่เจ็บป่วย	5	4	3	2	1
2 การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีสุขภาพดี	5	4	3	2	1
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ					
1 ความเจ็บป่วยของท่านเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	5	4	3	2	1
2 ท่านจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับเรื่องเคราะห์กรรม	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 7 แบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่คำนึงถึงความถูกต้อง

เป็นประจำ	หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นตลอดหรือเกือบตลอดเวลา	ให้ 5
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นบ่อย	ให้ 4
บางครั้ง	หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้ง	ให้ 3
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นนานๆ ครั้ง	ให้ 2
ไม่เคย	หมายถึง ท่านไม่เคยมีความคิด ความรู้สึก หรือปฏิบัติเช่นนั้นเลย	ให้ 1

ข้อความ	ระดับคะแนน
สุขภาวะทางกาย	
1. ในที่ที่มีแสงสว่างปกติท่านสามารถมองเห็นสิ่งของและผู้คนที่อยู่รอบๆ ตัวท่านได้ชัดเจน	5 4 3 2 1
2. ท่านเห็นท่าทางและการแสดงออกของคนที่คุณคุยกับท่านได้ชัดเจน	5 4 3 2 1
สุขภาวะทางจิต	
1. ท่านสามารถคอยบางสิ่งบางอย่างที่ใช้เวลานานได้	5 4 3 2 1
2. ท่านสบายใจขึ้นเมื่อได้อ่านคำสอนทางศาสนา สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพักผ่อนหย่อนใจโดยการดูหนัง ฟังเพลง	5 4 3 2 1
สุขภาวะทางสังคม	
1. ท่านและคนในครอบครัวของท่านมีความรัก และเข้าใจกัน	5 4 3 2 1
2. ท่านและคนในครอบครัวของท่านมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	5 4 3 2 1
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	
1. ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	5 4 3 2 1
2. ท่านรู้สึกว่ายังมีสิ่งดีๆ รอท่านอยู่ในวันข้างหน้า	5 4 3 2 1

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวกฤษณ์ชดี เพียรทอง

ที่อยู่ 4737 สถาบันราชานุกูล ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย
รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วม
ร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษา
ทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ
วิจัย

.....
สถานที่ / วันที่ (นางสาวกฤษณ์ชดี เพียรทอง)
..... ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่ (.....)
..... ลงนามพยาน



ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S_i^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum s_i^2$	คือ	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	S_i^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

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

เมื่อ	\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
	N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าร้อยละ ใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	f	คือ	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

4. การคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตรดังนี้

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

เมื่อ	$S.D.$	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	X	คือ	ค่าคะแนนแต่ละจำนวน
	\bar{X}	คือ	ค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
	n	คือ	จำนวนของข้อมูลชุดนั้น

5. การคำนวณค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ใช้สูตรดังนี้

$$r_{pb} = \frac{\bar{Y}_1 - \bar{Y}_0}{S_y} \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	r_{pb}	คือ	สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล
	\bar{Y}_1	คือ	ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 1
	\bar{Y}_0	คือ	ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 0
	n_1	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 1
	n_2	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 0
	n	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n_1 + n_2$)
	S_y	คือ	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum Y^2}{n-1} - \frac{\sum (Y)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	Y	คือ	ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
-------	-----	-----	--

การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของ r_{pb} โดยคำนวณจากสูตร

$$t = r_{pb} \sqrt{\frac{n-2}{1-r_{pb}^2}}$$

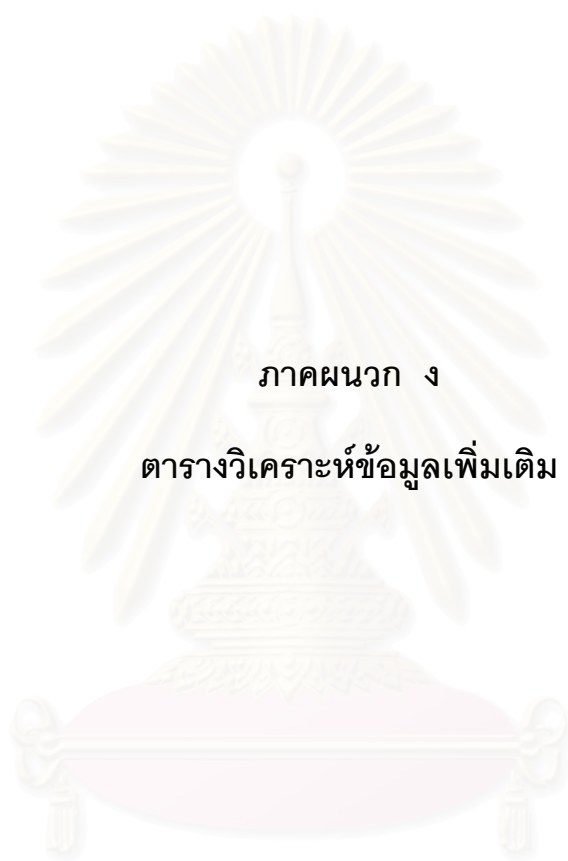
เมื่อ	t	คือ	ค่าวิกฤตในตารางที
	r_{pb}	คือ	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไปซีเรียล
	n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

6. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ใช้สูตรดังนี้

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[\sum X^2 - (\sum X)^2][\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r	คือ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
	N	คือ	จำนวนคู่ของคะแนน
	$\sum XY$	คือ	ผลรวมของผลคูณของคู่คะแนนทั้งหมด
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนในชุดตัวแปร X
	$\sum Y$	คือ	ผลรวมของคะแนนในชุดตัวแปร Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D.$) ของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ แบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม

ข้อคำถาม	\bar{X}	$S.D.$
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ		
ท่านเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของท่านโดยตรง	4.04	1.13
เมื่อท่านสุขภาพไม่ดี ท่านคิดว่าเป็นเพราะการกระทำของท่าน	3.44	1.35
เมื่อเจ็บป่วย ท่านรู้สึกว่าคุณตัวท่านเองที่สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้	3.16	1.38
รวม	3.55	.88
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น		
คนในครอบครัวเป็นผู้ที่ช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี	4.05	1.08
การไปพบแพทย์เป็นประจำทำให้ท่านไม่เจ็บป่วย	4.02	1.16
การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดี	3.83	1.17
อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ทำให้ท่านมีสุขภาพดี	3.04	1.40
รวม	3.73	.85
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ		
ความเจ็บป่วยของท่านเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	4.18	1.10
การมีสุขภาพดี ถือเป็นเรื่องของความโชคดี	4.08	1.20
ท่านจะมีสุขภาพดีหรือไม่เป็นเรื่องเคราะห์กรรม	2.88	1.44
เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะปล่อยให้หายเอง	1.76	1.11
รวม	3.23	.70

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อพิจารณาความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณตัวท่านเองเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของท่านโดยตรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($X = 4.04$) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณในครอบครัวเป็นผู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($X = 4.05$) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณความเจ็บป่วยของตนเองเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($X = 4.18$)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้บุหรี่

การใช้บุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ใช้บุหรี่	66	38.80
ไม่ใช้บุหรี่	104	61.20
รวม	170	100.00

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บุหรี่ 66 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 และผู้ป่วยที่ไม่ใช้บุหรี่ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 61.20



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกฤษณ์ชลิ เพียรทอง เกิดเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2519 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงศ์อุบลราชธานี ปีการศึกษา 2541 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545 ปัจจุบัน รัับราชการพยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย