

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท

Relationships between Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients

ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์* อารยา ทิพย์วงศ์

Thitavan Hongtiyanon* Araya Tipawong

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ฯ ประเทศไทย 10300

Suan Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และเพื่อทำนายปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 400 คน เครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มากกว่า 0.85 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 81.87$, $S.D = 8.03$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .579$) ส่วนปัจจัยทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (x_1) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (x_5) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (x_3) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คะแนนดิบ คือ $Y' = 52.565 + .920x_1 + 1.213x_5 + .683x_3$

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่มสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนทางสังคม,คุณภาพชีวิต,ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract :

This aims were to study correlation and to predict about social support and quality of Life in Schizophrenia Patients .This samples were 400 patients using questionnaires by Muti-stage random Sampling. They were tested for content validity by 3 experts. The data were analyzed using the percentage, means, standard deviations, ,Pearson's product moment correlation and Stepwise Multiple Regression.

Result revealed that : social support at a moderate level ($\bar{X}$ = 81.87, S.D = 8.03) The social support was positively related to the quality of life schizophrenic patients. (r = .579) Factors significantly predicted quality of life schizophrenic patients were emotional, social support, information, participation at the .01 Predicted quality of life schizophrenia patients (raw scores) were $Y' = 52.565 + .920x_1 + 1.213x_5 + .683x_3$

Results indicate that healthcare team should develop program or activities to provide social support for schizophrenic patients to increase quality of life.

Keywords: Social Support, Quality of Life, Schizophrenia Patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ของโรคทางจิตทั้งหมด และเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงที่สุด ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ประสาทหลอนและหลงผิด¹ ส่วนพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบได้ร้อยละ 40 ของผู้ที่เป็โรคจิตเภท และร้อยละ 10 มักฆ่าตัวตายสำเร็จ² การดำเนินของโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 50-70 สูงกว่า โรคจิตอื่นๆ^{3, 4} และ 1 ใน 3 ของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้นๆ แต่ 1 ใน 3 มีประวัติการกลับมา รักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือจะมีอาการเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในด้านความคิด เช่น ความคิดไม่ต่อเนื่อง (incoherence) มีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (flight of ideas)¹ มีความผิดปกติในด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ เช่น พูดเรื่องเศร้าจะหัวเราะ หรือ มีความผิดปกติในการรับรู้ความจริง เช่น อาจมีอาการประสาทหลอนทางหูหรือเห็นภาพหลอน^{1,3} ความผิดปกติในการติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติ เช่น นั่งนิ่งๆ นานๆ หลายชั่วโมง^{1,3} จากอาการและการแสดงดังกล่าวทำให้มีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งจากการแปรปรวนในการสื่อสารและขาดการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีสภาพความรู้สึกตัว และเชาว์ปัญญายังคงปกติ ไม่พบความผิดปกติด้านความทรงจำในระยะยาว แต่ความสามารถเรียนรู้และการ แก้ปัญหาจะลด

ลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค³ สถิติโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญาเพิ่มมากขึ้น⁴ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงเล็กน้อยในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรก ของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่าการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยและสมองเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาโดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว ทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน^{5,6} เนื่องจากพบว่าสมองส่วน Hippocampal มีความผิดปกติ⁷ การรักษาโรคจิตเภทแพทย์จะรักษาโดยให้ยารักษาอาการทางจิต^{2,5} โดยยานี้จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากมีผลข้างเคียงจากยาเช่น คอแข็ง น้ำลายไหล ส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เพราะเนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสภาพสิ่งแวดล้อม⁸ จึงสรุปว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ด้วยหลายเหตุผลดังกล่าว ข้างต้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมมี 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์, ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า, ด้านการมีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร⁹

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และคงไว้ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนรวมไปถึงทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี และลดความตึงเครียดจากความไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยของตน จากแนวคิดจากคอบสัน¹¹ กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ต้องคำนึงถึงช่วงเวลาและชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม และควรสนับสนุนทั้ง 3 ช่วงเวลา คือ ระยะวิกฤต (crisis phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) และระยะพร่องความสามารถ (deficit phase)¹¹ มีงานวิจัยสนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต¹² และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังเช่นจิตเภทพบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท^{13, 14}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนหา รูปแบบในการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. แรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์ด้านใดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ปัจจัยทำนายใดบ้างที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

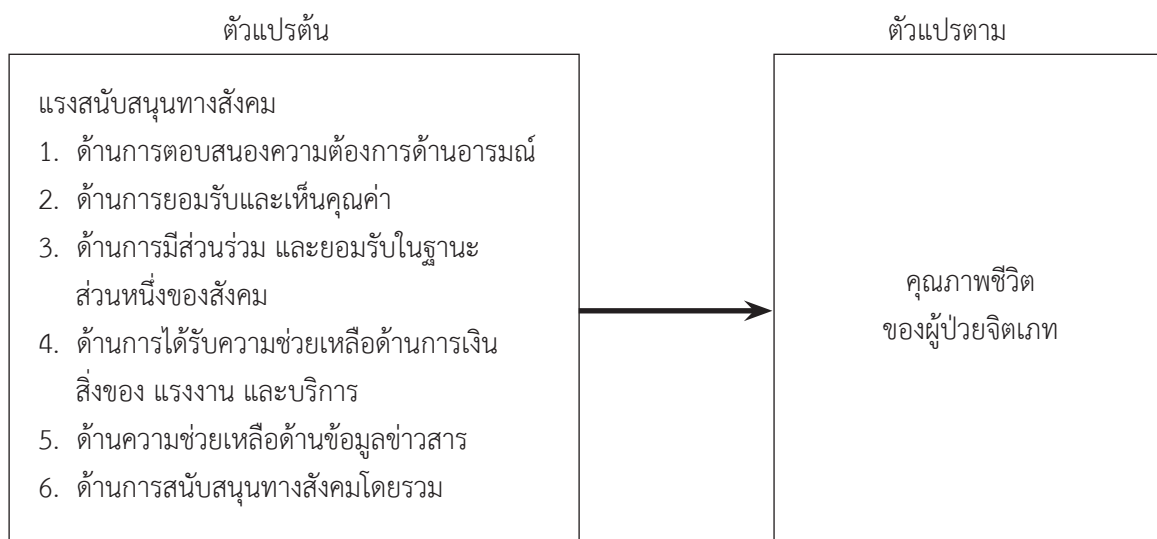
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง
2. แรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive study) ประชากรคือ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขต 10 ผู้ป่วยโรคจิตเภท 15,503 คน³ คำนวณโดยใช้สูตร Yamanae¹⁵

$$n = N / 1 + N e^2$$
 n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากร e = ค่าความคลาดเคลื่อน (ใช้ 0.05) ได้จำนวน 393 คนและป้องกันการสูญหายอีก 7 คนรวมเป็นจำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขต 10 ที่มีจิตแพทย์ตรวจรักษา สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลมา 4 โรงพยาบาล และเลือกจากโรงพยาบาลทั้ง 4 โรงพยาบาล ตามสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ 80, 97, 100, 123 ตามลำดับ รวมจำนวน 400 คน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทมากกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หูแว่ว ก้าวร้าว ได้แบบสอบถามกลับคืน 400 คน คิดเป็น 100%

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่รักษาเป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) ให้เติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจาก แนวคิดของคอปป์ 9 และเซฟเฟอร์, คอยน์, และลาซาร์ส¹⁰ เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ ด้านความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด/ บ่อยที่สุด ส่วนมาก/ บ่อยปานกลาง เล็กน้อย/ แทบไม่มี และไม่มี ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ารับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพชีวิต แบบวัดนี้สร้างโดยองค์การอนามัยโลก^{8,16} เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสภาพสิ่งแวดล้อม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด/ บ่อยที่สุด ส่วนมาก/ บ่อยปานกลาง เล็กน้อย/ แทบไม่มี และไม่มี ผู้ที่ได้คะแนนระดับสูง (96-130) แสดงว่ารับรู้ว่ามีระดับคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity) นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของข้อคำถาม ด้วยการหาค่า IOC ได้ค่า IOC = 0.85 และนำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คนที่มีใช้กลุ่มตัวอย่าง ทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยวิธีแอลฟา ครอนบาค ค่าความเชื่อมั่นรายด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .86, .87, .89, .88, .89, .94 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นคุณภาพชีวิตได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ 61-049-1-3 ผู้วิจัยและทีมวิจัย ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนอย่างละเอียดในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตามประสงค์ทุกเมื่อ โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการรับการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทมีสถานภาพการสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.50 โสดคิดเป็นร้อยละ 35.50 มีระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.50

ไม่มีอาชีพคือ อยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 49.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.03 ปี รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,197.00 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.22 ปี และระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ยเท่ากับ 7.69 ปี

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 81.87$, $S.D = 8.03$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (n = 400)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
ระดับต่ำ (26 - 60)	4	1	53.67	2.01
ระดับปานกลาง (61 - 95)	280	70	81.87	8.03
ระดับสูง (96 - 130)	116	29	105.06	7.83
รวม	400	100	80.20	7.89

3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต พบว่า ตัวทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X_1) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X_5) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X_3) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.67 สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คะแนนคือ

$Y' = 52.565 + .920x_1 + 1.213x_5 + .683x_3$ สมการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้คะแนนมาตรฐานคือ

$$Z' = .314Z_1 + .263Z_5 + .219Z_3$$

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r = .579$) ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และอำนาจการทำนายระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต (n = 400)

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ				ค่าน้ำหนักตัวพยากรณ์				
	R	R ²	SE _{est}	F	b	SE _b	β	t	อันดับที่
X_1	.579	.335	9.358	147.929*	.920	.170	.314	5.412*	1
X_5	.634	.402	8.892	98.185**	1.213	.245	.263	4.954**	2
X_3	.58	.43	8.671	74.205**	.683	.170	.219	4.012**	3
a	-	-	-	-	52.565	2.380	-	22.082**	-

P**< .01

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และเพื่อทำนายปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษา พบว่า

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับสมมติฐาน เมื่อศึกษารายด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ค่าเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์¹³ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอุดรธานีและสอดคล้องกับผลการศึกษาของนริสรา วงศ์พนารักษ์¹⁴ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในเขตเมืองอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย^{2,3} กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37 ปี มีการเจ็บป่วยมานานถึง 8.22 ปี และระยะเวลาที่รักษาเท่ากับ 7.69 ปี ทำให้ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉยๆ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 4,197 บาท ซึ่งถือว่าต่ำกว่าแรงงานขั้นต่ำในปัจจุบัน คือ 9 พันบาทแต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชาย สถานภาพสมรส มีภรรยาหรือมารดาเป็นผู้ดูแล จึงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะมีผู้เข้าใจ มีผู้ดูแลและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีสัมพันธภาพกับครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอมิกา กลยนิ¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11,12,13,14} อธิบายได้^{11,22} ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างป่วยมาเกือบ 10 ปีอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านมาระยะพร่องความสามารถ (deficit phase) แต่กลุ่มตัวอย่างมีภรรยาและมารดาช่วยดูแล ทำให้มีการรับรู้และรู้สึกได้ว่ามีคนเป็นห่วง มีคนช่วยเหลือและกระตุ้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (reassurance) ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการให้บริการเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ที่ศึกษาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁸ และการสื่อสารมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเวช

ในประเทศแคนาดา²⁰ ได้หวั่น²¹ พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกเช่นกัน ($r = 0.45, p = .001$) $20 (r = 0.65, p = .001)$ ²¹ ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ภายใต้วัฒนธรรมใดก็ตาม

3. การศึกษาการทำนาย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านข้อมูล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ซึ่งอธิบาย^{11,22} ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคจิตเภทมานานเกือบ 10 ปี อยู่ในระยะพร่องความสามารถ จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่า ตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า และจากโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในด้านความคิด ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ มีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติ² และบุคลิกภาพของผู้ป่วยซึ่งจะไวต่อการสื่อสารทางบวก^{2,6} ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพและใช้ทักษะ เทคนิคการสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี¹⁹ กลุ่มตัวอย่างถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่ามีคุณค่า ทำให้รู้สึกดี²³ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ ที่ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด นนทบุรี²⁴ พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการผลข้างเคียงของยา การจัดโครงการ การเยี่ยมบ้านในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจและผู้ป่วยความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับสูงขึ้น¹⁷ ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการรับประทายาทางจิต และการรับประทายาต่อเนื่องสามารถทำนายการจัดการอาการทางจิตได้ ร้อยละ 6¹⁷ และปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยทางจิตเวชคือการขาดยารักษาอาการทางจิต หากได้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา^{17,24} เจตคติที่ดีต่อการรับประทายาทางจิต จะไม่ขาดยา²⁴ การรับประทายาทำให้ไม่มีอาการทางจิต^{2,6} จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับยาสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการกำเริบน้อย ไม่มีอาการทางจิต ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จึงสามารถ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 ดังนั้นจึง

ต้องมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้าน
ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม ยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของ
สังคมและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เจริญนโยบาย ผู้บริหารควรมีนโยบายสนับสนุนด้านงบประมาณในการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจิตเภท
2. ผลการศึกษาจะนำไปพัฒนาโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม ยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.พรพรรณ วรสีหะ คณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ได้มอบทุนอุดหนุนในการวิจัยครั้งนี้

References

1. American Psychiatric, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
2. Lòr dtrà-goon M. (Editor). (Psychiatry). Ramathibodi. Bangkok: Chanpim ; 2012. (in Thai)
3. Department of Mental Health. Report in Patients Admit at Psychiatric Hospital ; 2015. (in Thai)
4. Panongwang P. Statistic Annual Report. Srithanya Hospital. Nontaburi ; 2017. (in Thai)
5. Rungtagol S. Psychiatric Text book. (Edition 7). Bangkok: Runkawge printed ; 2002. (in Thai)
6. Hongtiyanon T. Psychiatric Nursing in Thailand 4.0 Era, Suan Suan Sunandha Rajabhat University printed. Bangkok, Thailand ; 2018. (in Thai)
7. Ian Mathew; Tova M. Gardin, Matcheri S. Keshavan et al. Medial Temporal Lobe Structures and Hippocampal Subfields in Psychotic Disorders Findings From the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study. JAMA Psychiatry. 2014 ;71(7):769-777.
8. Department of Mental Health.(WHOQOL-BREF-THAI). Nontaburi .Press ;2017. (in Thai)
9. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, (1976); 38(5), 300-314.
10. Schaefer, C., J. Coyne, and R. S. Lazarus.. "The health-related functions of social support." Journal of Behavioral Medicine, 1981; 4 (4) : 381-406.
11. Jacobson, D. E. Types and timing of social support. Journal of Health Social Behavior, 1986 ; 27, 250-264.
12. Shaun M. Eack and Christina E. Newhill. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophr Bull: 2007;Sep; 33(5): 1225-1237. 2007.
13. Hongtiyanon T. Factor related to Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients In Udonthani Hospital. Udonthani Press ; 2015. (in Thai)
14. Wongpanarak N, Wongpiriyayothar A. Relationships Between Self-Esteem, Social Support, and Quality of Life Among Persons with Disabilities in Urban Area. Journal of The Royal Thai Army Nurses Volume 16 No.3 (Sep - Dec) 2015 : p14-24. (in Thai).

15. Yamanae, Taro. Statistics: An Introductory Analysis. London: John Weather Hill, Inc. 1973.
16. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO. 1996.
17. Kolyanee A. Selected Factor relating to Quality of Life among Caregiving for Patients with Schizophrenia at home. Journal of the Police Nurse Vol7 No 1 January-June 2015 : p 128-138 ; 2014. (in Thai).
18. Siripitayakunkit A .Social Support: An Important Factor to Care for Persons with Diabetes Mellitus. Rama Nurse May - August 2010 Vol 16 No 2 (2013). 314-322 ; 2013. (in Thai)
19. Chaleoykitti S, Chewsothon S, Butpunya Y. Effectiveness of the Integrated Academic service and Teaching-Learning arrangement in Psychiatric Nursing Practicum Course to Psychiatric practice competency Nursing in Army Nursing. (2017) : 150. The Royal Thai Army Nursing College. 2017; 18(3): 144-151. (in Thai).
20. Jean, C., Raymomd, T, Ce'line, M. & Pierre, L. Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparative study. Community Mental Health Journal: 2013; 34 (5). 477-485.
21. Huang C, Tai F, Chou T, Lien H. Quality of life of inguinal hernia patients in Taiwan: The application of the hernia-specific quality of life assessment instrument. 2017; 12(8): e0183138. 2017. (Asia).
22. Finfgeld-Connett, D. Clarification of social support. Journal of Nursing Scholarship, 2015; 37 (1), 4-9 ; 2005.
23. Boonthad K, Aurnpngpisat S. Social Support in Schizophrenia Patients. The Psychiatric association of Thailand ; 2011. (in Thai).
24. Hongtiyanon T. Model of Community Care for Persons who Mental Illness in Nontaburi Province. Nontaburi ; 2014. (in Thai).