

Factors Influencing Well-being among People Living with Schizophrenia in Chon Buri Province

Laksana Pongpumma*

Abstract

A descriptive correlation research was employed to explore the relation among four selected factors including personal factors, the belief about well-being, the perception of health control, and social support. In addition, predictive factors of well-being among people living with schizophrenia were investigated. The subjects were 102 people who were diagnosed with schizophrenia, recruited from mental health consumers at the outpatient unit at the Chonburi Centre Hospital. Research instruments consisted of the surveys of belief about well-being, perception of health control, social support, and well-being, with an internal consistency of 0.82, 0.89, 0.85, and 0.87 respectively. Data were collected from March to May 2012, and were analyzed using the analyses of descriptive statistic, correlation coefficient, and multiple regressions.

It was revealed that there was a high level of the belief about well-being ($\bar{x} = 3.3$, S.D. = .52), the state of well-being ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = .40), and social support ($\bar{x} = 3.28$, S.D. = .43). Meanwhile, the perception of health control were reported at a middle level ($\bar{x} = 2.99$, S.D. = .52). In addition, there was an identification of the relation between the state of well-being and three selected factors including the belief about well-being, the perception of health control, and social support ($p < .01$). The three factors together predicted the state of well-being with the percentage of 54.2 ($p < .001$).

Keywords: Community mental health, Schizophrenia, Well-being

* Department of Community Health Nursing and Psychiatric, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี

ลักขณา พงษ์ภุมมา*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผล และคาดการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาวะ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี โดยประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน อ.เมือง จ.ชลบุรี ขณะมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรีจำนวน 102 คน เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทดสอบความเชื่อมั่น (r) เท่ากับ 0.82, 0.89, 0.85 และ 0.87 (ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าตัวประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.52) การรับรู้การควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.99$, S.D. = 0.52) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 3.28$, SD = 0.43) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.40) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยสามารถทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ร้อยละ 54.2 ($p\text{-value} = 0.0001$, $R^2 = 0.542$) และสร้างสมการทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดังนี้ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน = $1.638 + 0.272$ (ความเชื่อด้านสุขภาพ) + 0.204 (การรับรู้การควบคุมสุขภาพ) + 0.212 (การสนับสนุนทางสังคม)

คำสำคัญ : สุขภาพจิตชุมชน, ผู้ป่วยจิตเภท, สุขภาวะ

* ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยให้นิยามของคำว่าสุขภาพว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ หรือสภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลมิได้ หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และไม่มีโรคเท่านั้น ซึ่งวิวัฒนาการของความรู้เกี่ยวกับสภาวะปัจจุบันได้เปลี่ยนความเชื่อมนุษย์ไปสู่แนวคิดที่ว่าโรคเกือบทุกโรค สามารถป้องกันได้และไม่มีโรคที่มีสภาวะที่ดีได้ ดังนั้นสภาวะจึงเป็นเครื่องชี้้นำสำหรับการกำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ คือคนไทยทุกคนสามารถที่จะมีสุขภาพได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือพิการ (วิพุธ พูลเจริญ, 2543) รวมถึงผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ นั่นก็สามารถที่จะบรรลุซึ่งสุขภาพตามศักยภาพที่พึงมีได้เช่นกัน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในบรรดาผู้ป่วยที่มารับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพจิต จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่าในปี พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยจำนวนสี่แสนกว่ารายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท หรือคิดเป็นจำนวนร้อยละ 59 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ (กรมสุขภาพจิต, 2550; WHO, 2006) สถิตินี้ชี้ให้เห็นว่าคนไทยจำนวนมากได้รับผลกระทบจากโรคจิตเภทไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วย ญาติ รวมถึงผู้ดูแล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรง เรื้อรัง มีโอกาสของการป่วยซ้ำได้สูง ตลอดจนผลของการเจ็บป่วยยังทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนพิการ หรือด้อยโอกาสในสังคม เนื่องจากทัศนคติทางลบของสังคมที่มีต่อคนที่ เป็นโรคจิต จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้เกือบตลอดชีวิต (Salerno, 2002; Berge & Ranney, 2005; Gilliam, 2006)

พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จึงต้องเน้นการดูแลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์คือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และมีชีวิตปกติสุข รวมถึงลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) โดยต้องให้การส่งเสริมสุขภาพได้นั้น ควรต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทมาศึกษาคือ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกี่ยวข้องกับระดับความกลมกลืนเป็นหนึ่งในเดียวของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในตัวบุคคลที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่สร้างและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันจะนำไปสู่แนวทางในการวางแผนการพยาบาล ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

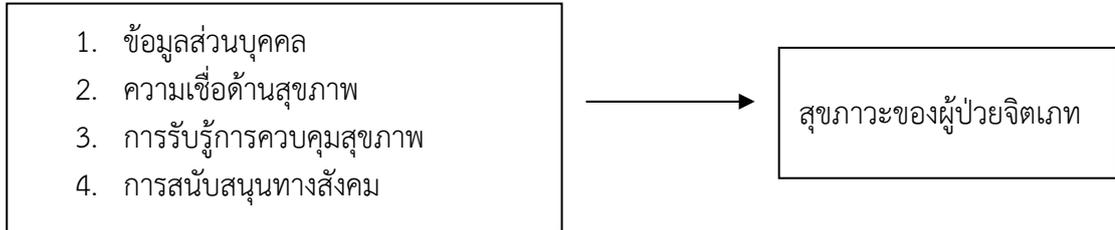
1. เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่ศึกษาตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้การควบคุมสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ขณะมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรีระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2555 มีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
- มีอายุระหว่าง 20- 65 ปี
- สามารถพูดและฟังได้เข้าใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการได้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตในรอบปีนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนจำนวน 5 ข้อ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นจำนวน 4 ข้อ และความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญจำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางอารมณ์จำนวน 9 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร จำนวน 8 ข้อ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และการอำนวยความสะดวก 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาวะเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาวะจำนวน 65 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกายจำนวน 26 ข้อ สุขภาวะทางจิตจำนวน 13 ข้อ สุขภาวะทางสังคมจำนวน 13 ข้อ และ สุขภาพจิตวิญญาณจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ในการหาคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับ ประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficiency) มีระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ 0.82, 0.89, 0.85, 0.87 (ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบาย ลักษณะทั่วไปของประชากรจัดการข้อมูลนามบัญญัติ (nominal scale) และจัดอันดับ (ordinal scale) ด้วยการ ทำเป็นตัวแปรหุ่น (dummy) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้การควบคุม สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จากนั้นหาปัจจัยที่มีผลและคาดทำนาย สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

มาตรการจริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอม และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เป็นหลัก โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 – 50 นาที และในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากไม่ประสงค์จะตอบข้อคำถามอีกต่อไป ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลจริง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 คน (58.8%) อายุเฉลี่ย 43.7 ปี (S.D. = 1.54) อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 57 คน (55.9%) สถานภาพโสด 73 คน (71.6%) การรับรู้รายได้มีความพอเพียง 78 คน (76.5%) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มากกว่า 20 ปี (32.4 %) จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจิตในรอบปีนี้ ส่วนมากไม่เคยเข้ารับการรักษา 58 คน (56.9%)

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.52) การรับรู้การ ควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.52) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.43) สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.40) ส่วนความเชื่อด้าน สุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n = 102)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) สุขภาวะโดยรวม
เพศ	0.011
อายุ	-0.075
ระดับการศึกษา	0.278
สถานภาพ	0.040
การรับรู้รายได้	-0.107
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	0.180
ประวัติการรับไว้ในโรงพยาบาล	-0.058
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.599**
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	0.571**
การสนับสนุนทางสังคม	0.553**

** p – value < 0.01

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลและสามารถร่วมทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อนำตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression พบว่าปัจจัยที่มีผลและสามารถร่วมคาดทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถคาดทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ร้อยละ 54.2 (p-value = 0.0001, R² adj = 0.542) และสร้างสมการทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดังนี้

สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน = 1.638 + 0.272 (ความเชื่อด้านสุขภาพ) + 0.204 (การรับรู้การควบคุมสุขภาพ) + 0.212 (การสนับสนุนทางสังคม) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หัดถดถอยพหุแบบขั้นตอนหาปัจจัยที่สามารถคาดทำนายสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n = 102)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R ²	b	Beta	t	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.751	0.565	0.272	0.0357	4.545	0.000
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ			0.204	0.265	3.174	0.002
การสนับสนุนทางสังคม			0.212	0.228	2.662	0.009
Constant = 1.638 ; F = 24.899 ; R ² adj = 0.542						

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนปัจจัยที่สามารถร่วมคาดการณ์สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้แก่ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอภิปรายได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long & Wood, 1993) และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่ดีจะมีการดูแลสุขภาวะที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการป่วยซ้ำจะมีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำ การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบรุนแรงต่อตนเองจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนการรับรู้การควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลจากอำนาจของผู้อื่นหรือเป็นผลจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender, 1996) ซึ่งผลการศึกษาของขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร (2534) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับผลที่ได้ว่าการรับรู้การควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำหรับการสนับสนุนทางสังคมคือสิ่งที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีสุขภาพที่ดีด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการสนับสนุนทางสังคมดีจึงมีสุขภาพที่ดีด้วย ดังนั้นปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม จึงสามารถคาดการณ์สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ และสามารถเขียนสมการทำนายสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดังนี้

สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน = 1.638 + 0.272 (ความเชื่อด้านสุขภาพ) + 0.204 (การรับรู้การควบคุมสุขภาพ) + 0.212 (การสนับสนุนทางสังคม)

ข้อเสนอแนะ

เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้บริหาร ในการนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไปกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพึ่งพาตนเอง สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้พัฒนาบทบาทและศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเองที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลโดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และการสร้างความมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างความเชื่ออำนาจภายในตน และพัฒนาทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะจัดในลักษณะของกลุ่มกิจกรรม และให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในกิจกรรมเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล

ช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมในชุมชนให้เหมาะสม และบุคลากรด้านสุขภาพควรอำนวยความสะดวกในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำจาก ดร.เชษฐา แก้วพรม รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ที่ช่วยให้แนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนช่วยดูบทคัดย่อภาษาอังกฤษให้ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณอาจารย์พิศมร เดชดวง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

และขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญใจ ต้นตวีวัฒนเสถียร. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ.*
- พิศสมร เดชดวง. (2545). *การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Orem, D. E. *Nursing Concepts of Practice*. 4thed. St.Louis : *The Mosby year book*, 1991.
- Pender, N. J. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: *Appleton & Lange*, 1996.
- Phipps, W. J.; Long, B. O.; and Wood, N. F. *Medical Surgical Nursing*. St. Louis: *The C.V. Mosby Company*, 1993.