

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับชีวิตของมนุษย์ทุกคนในการดำรงชีวิตอยู่ เป็นเป้าหมายของชีวิตและสังคม เพราะสุขภาพเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต การมีสุขภาพดีจึงเป็นที่พึงปรารถนาของทุกคน

คำว่า สุขภาพ (Health) มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า health ที่แปลว่าความปลอดภัย ไม่มีโรค หรือทั้งหมด (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, 2541: 2). สุขภาพ จึงหมายถึงความไม่มีโรค ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1998 อ้างใน วิฑูรย์ พูลเจริญ, 2544: 207) แสดงถึงการมองบุคคลในลักษณะองค์รวม เป็นหนึ่งเดียวมากกว่ามองแบบแยกส่วน และอยู่ในบริบทของสิ่งแวดล้อม ในภาษาไทย คำว่า สุขภาพ มีความหมายว่า สภาวะและมีความสุข (จรัส สุวรรณเวลา, 2543: 33) ซึ่ง ประเวศ วะสี ก็ได้นำแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาพิจารณารายละเอียดให้สอดคล้องกับสังคมไทย โดยใช้ คำว่า สุขภาวะ ในความหมายเช่นเดียวกับสุขภาพ และนิยามสุขภาพว่า เป็นความสมดุล เป็นหนึ่งเดียวกันที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และได้ให้รายละเอียดของความหมายในแต่ละมิติดังนี้ สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ไม่เห็นแก่ตัว สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการของสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งมนุษย์จะขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณไม่ได้ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อสภาวะใน 3 มิติ เบื้องต้น (ประเวศ วะสี, 2543)

จากแนวคิดของประเวศ วะสี เกี่ยวกับสุขภาพ ที่มีความหมายเชิงบวก มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ เป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิได้หมายถึง

เฉพาะความไม่พิการและไม่มีโรคเท่านั้น และมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ (คณะกรรมการจัดทำแผน 9 กระทรวงสาธารณสุข, 2544) แนวคิดดังกล่าว ให้ความหมาย สุขภาพ คือสุขภาวะหรือความสุข ที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมด คือ ไม่มีการเจ็บป่วย ไม่พิการ และเรียกสิ่งเหล่านี้ว่าการมีสุขภาพดี ซึ่งในความเป็นจริงการมีสุขภาพดีหรือสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมถึงผู้มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็สามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 8)

วิพุธ พูลเจริญ ได้กล่าวถึง สุขภาวะ ว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตวิญญาณ มิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น และได้กล่าวถึงการประเมินสถานะสุขภาวะแต่ละมิติในเชิงบวกคือ มิติทางกาย ได้แก่ การพิจารณาจากลักษณะขนาดร่างกาย อายุขัยเฉลี่ย สมรรถภาพร่างกาย การรับรู้จากสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการดำเนินกิจการกรงาน และพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ มิติทางจิต ได้แก่ มีการตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจได้ มีความมั่นใจในตนเอง รู้จักตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มิติทางสังคม ได้แก่ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวเข้ากับสถานะทางสังคมและพฤติกรรมประจำวันได้ และมิติทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการที่พอเพียง มีความรักในสันติภาพ รู้จักให้ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และสามารถแสดงจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ของชีวิตได้ มิติทางจิตวิญญาณนี้มีความสำคัญที่จะบูรณาการความเป็นองค์รวมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความสอดคล้องกัน ซึ่งการประเมินสุขภาวะเชิงบวกนี้จะช่วยให้มองเห็นโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติของมนุษย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

จะเห็นได้ว่าแนวคิดด้านสุขภาวะ มีความหมายนัยเดียวกับสุขภาพ ที่มีการปรับเปลี่ยนนิยามให้ครอบคลุม ชัดเจนมากขึ้น จากเดิมที่มองการมีสุขภาพดี คือการมีชีวิตที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ที่วัดได้จากอัตราการตาย ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ แต่ขาดมุมมองด้านสังคมและจิตวิญญาณ และเน้นการรักษาพยาบาลในเชิงรับ มาเป็นการให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกับความสำคัญทางสุขภาพกายและจิตใจของคนในสังคมอย่างเป็นองค์รวม มองสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่ต้องรับผิดชอบ และพฤติกรรมดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรค (จรัส สุวรรณเวลา, 2543: 34) จึงให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคลให้เอื้อต่อการมีสุขภาวะ รวมทั้งมุ่งเน้นกลวิธีและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพดีทุกมิติในเชิงรุก เพื่อการมีความสุขของบุคคล จึงมีการใช้คำว่าสุขภาวะ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้คำว่า สุขภาวะแทนสุขภาพ และทบทวนวรรณกรรมของสุขภาพ เพื่อใช้ในการศึกษาสุขภาวะ

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของวิพุธ พูลเจริญ นั้นให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและ  
กิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต เช่นเดียวกับ  
แนวคิดด้านสุขภาพของนักทฤษฎีทางการแพทย์ที่มองสุขภาพเป็นองค์รวม และเป็นสภาวะหรือ  
กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและต่อเนื่อง (Hunsberger, 1989: 379) ทำให้  
สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพยาบาลเพื่อส่งเสริม  
หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ เนื่องจากการพยาบาลเป็นกิจกรรมเพื่อให้  
ผู้รับบริการมีความผาสุกตามศักยภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล (Yura &  
Walsh, 1978) และพยาบาลก็มีบทบาทอย่างมากในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการ  
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เลิกพฤติกรรมที่ไม่  
เหมาะสม หรือพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ด้วยการมี  
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้อง  
กับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตของคนไทย รวมทั้งให้ความสำคัญกับทุกคนในการบรรลุถึงสภาวะ  
โดยมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่มีโรค หรือความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ผู้ที่เจ็บป่วยก็สามารถ  
บรรลุสุขภาพได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กล่าวว่า คนไทยทุก  
คนมีสิทธิอันเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพ

จากความหมายของสุขภาพในภาษาไทย คือสุขภาพหรือความสุข ทำให้มองเห็นว่า  
สุขภาพ หรือสุขภาพนั้นจะขาดความสุขไม่ได้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2543: 33) และมาสโลว์  
(Maslow) ได้กล่าวว่าการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและปราศจากความทุกข์นั้นเกิดจากความ  
สมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง ซึ่งการที่จะบรรลุถึงสภาวะ  
ของบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ  
ตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับ  
สิ่งแวดล้อมได้ (WHO, 1986 อ้างใน หทัย ชิตานนท์, 2541: 105) สอดคล้องกับจินตนา ยูนิพันธ์  
(2542) ที่กล่าวถึงการที่บุคคลรับรู้ความต้องการของตนเอง และสามารถตอบสนองความต้องการ  
ของตนเองได้อย่างอิสระนั้นเป็นการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Healthy life) ซึ่งความต้องการของบุคคล  
มี 4 ประเภทคือ 1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การ  
ขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย 2) ความต้องการเพื่อการทำ  
หน้าที่ ได้แก่ ความสามารถปฏิบัติตามบทบาทที่ดำรงอยู่ได้อย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ  
3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการความกลมกลืนของกระบวนการคิด  
ความเชื่อ ความศรัทธา อารมณ์ และการแสดงออกโดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น มีความ  
สบายใจ มีความวิตกกังวลต่ำ รับรู้คุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ 4) ความ  
ต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่ง

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้านนั้น ทำให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและนำไปสู่สุขภาพที่ดี การมีจิตสำนึกในการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้กำหนดสุขภาพ และกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพ จะเป็นดัชนีบ่งชี้ระดับสุขภาพที่ดี ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดด้านสุขภาพของวิพุธ พูลเจริญ (2544) และแนวคิดการดำเนินชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) โดยใช้คำว่า สุขภาวะ (Healthy) เพื่อศึกษาระดับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

สรุปได้ว่า สุขภาวะ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรม ตามการรับรู้ของบุคคลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถพัฒนาหรือส่งเสริมให้ดีขึ้นได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคล ชุมชนในการดำเนินกิจกรรมหรือการดำรงชีวิตที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541: 9)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเรื้อรัง และมีการป่วยซ้ำสูง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกทั่วประเทศของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2540-2543 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 778,624 คน, 804,906 คน, 785,766 คน, และ 771,835 คนตามลำดับ (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ปี พ.ศ. 2541-2543 มีจำนวน 38,419 คน 40,588 คน และ 37,222 คน ตามลำดับ (งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2544) เช่นเดียวกับสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จักรพงศ์ กรุงเทพมหานครพบว่าในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทแยกเป็นผู้ป่วยในจำนวน 2,848 คน และผู้ป่วยนอก จำนวน 42,110 คน (สถิติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยา, 2544) ซึ่งนับว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช เพราะประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่ยังไม่จำหน่ายก็เป็นผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536)

จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในทางเศรษฐศาสตร์มีการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำที่สำคัญ คือ ภาวะพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Videbeck, 2001) และสาเหตุที่พบบ่อย คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้าใจความสำคัญในการรับประทานยา ไม่มีเงินซื้อยา มีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (จิदारัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542: 2) นอกจากนี้ปัจจัยจากครอบครัวและสังคมก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ เช่น เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงานรู้สึก

รังเกียจ ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองจนกลับป่วยซ้ำ (ไปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยครั้งจะส่งผลต่อความผิดปกติของบุคลิกภาพมากขึ้น จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน เป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล อีกทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งทรัพยากรทางด้านบุคลากรการแพทย์ และงบประมาณของประเทศชาติ ในการรักษา ฟันฟูผู้ป่วยเหล่านี้

การที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่ป่วยซ้ำจึงช่วยลดปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำ ดังเช่น การศึกษาของ ภูมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ในการติดตามการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้อยู่ในระดับดี เนื่องจากการรับรู้ตนเองว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ มีอาชีพมีงานทำ มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดี เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนระดับประคองจากครอบครัว ชุมชน ในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยไม่เกิดการป่วยซ้ำ

การดำเนินชีวิตที่ดีและไม่มีการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองและบรรลุถึงสุขภาวะได้อย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถส่งเสริมสนับสนุน หรือพัฒนาให้ดีขึ้นได้ โดยพัฒนาจากศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ อันจะเป็นการช่วยยกระดับสุขภาวะที่ดี และป้องกันการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่มีการป่วยซ้ำ

การที่บุคคลจะมีสุขภาวะอยู่ในระดับโดยมั่งคั่งอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการเพื่อการดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีผลมาจากภูมิหลังที่แตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามพัฒนาการของชีวิต รวมถึงเขตที่อยู่อาศัย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 8) เช่นเดียวกับ คำกล่าวของ Donatelle & Davis (1998: 18) ที่ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

กิจกรรมด้านสุขภาพของบุคคลส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพภาพสมรส รายได้ การศึกษา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ในสังคมไทย (เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดติ๊ก และคณะ, 2542) เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ปัจจัย ด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา (Pender, 1996) อันจะส่งผลให้แต่ละคนมีพฤติกรรมสุขภาพ ต่างกัน

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบรรลุถึงสุขภาพะได้ แต่สุขภาพจะเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่งที่มี การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (สุชาติ โสมประยูร, 2542: 63) และผู้ป่วยจิตเภทก็มีอาการซับซ้อนไม่ แน่นนอน ไม่คงที่ สามารถกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ของแต่ละบุคคล การรับรู้ถึง สุขภาวะของผู้ป่วยจะทำให้ทราบถึงศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเป็นแนวทางในการ ส่งเสริมสุขภาพะของผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งสุขภาพะที่ดีหรือพัฒนาให้ดีขึ้นตามศักยภาพของผู้ป่วย

เนื่องจากปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยอยู่กับ ครอบครัวและชุมชนมากกว่าโรงพยาบาล แนวทางการบำบัดรักษาจึงเน้นการดูแลรักษาป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้สามารถกลับคืนสู่สังคมและสามารถดำรง ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพะเป็นการเพิ่มสมรรถนะใน การควบคุม และพัฒนาสุขภาพะของตนเองอย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคลที่พึงมี และเป็น กลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีสุขภาพะที่ดีขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2543) อันจะเป็นการ ช่วยลดการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งสร้างและพัฒนา ศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ (สงวน นิตยารัมพงศ์ และคณะ, 2541: 51; ทศนา บุญทอง, 2542: 68) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มี สุขภาพะที่ดี จึงควรเริ่มจากผู้ที่มีความพร้อมหรือมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาได้ก่อน ซึ่งจะเป็น แนวทางในการพัฒนากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำได้ต่อไป

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพะของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานาน โดยไม่ป่วยซ้ำ จะต้องรับรู้ถึงสุขภาพะของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันก่อน จึงจำเป็นต้องศึกษา สุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริม สุขภาพให้ผู้ป่วยคงสุขภาพะที่ดีไว้ได้อย่างยั่งยืน และไม่ป่วยซ้ำ สอดคล้องกับการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งจะช่วยลดปัญหา และผลกระทบที่เกิดจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัย กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สุขภาวะเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตที่นำไปสู่ความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ที่สามารถพัฒนาได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงสุขภาวะที่ดีไว้ หรือพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ แสดงถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของผู้ป่วยที่ทำให้สามารถบรรลุถึงสุขภาวะได้ ซึ่งสุขภาวะนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ความเชื่อ ค่านิยม Donatelle & Davis (1998: 18; เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดติจ์ และคณะ, 2542) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้ว ความเชื่อด้านสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัย ก็มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534: 8) จากการศึกษาของ Shi (1998) พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาของ Mookherjee (1997) พบว่า เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ ชาวผิวขาว และผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการรับรู้ความผาสุกทางจิตใจ เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตมาก และ Marks. (1996) ศึกษาพบว่า เพศหญิง และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความผาสุกทางจิตใจในการมีอารมณ์ทางบวก ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ และ Azita et al. (2000) ศึกษาความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอิหร่านที่อพยพไปอยู่สวีเดนพบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ต่างกันไป

ดังนั้นปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัย น่าจะมีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ในรายละเอียดดังนี้

**เพศ** เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคมโดยเฉพาะสังคมไทย พฤติกรรมบางอย่างจะเป็นผลมาจากข้อกำหนดจากความแตกต่างทางเพศ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน เพศชายจะมีพฤติกรรมในการใช้กำลัง เช่น เล่นกีฬา และมีพฤติกรรมทำลายสุขภาวะ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า (Sarafino,

1990: 220) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp & Broeman, 1988) จากการศึกษาของ Johnson (1991) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงในเขตชนบทมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Fernsler & Klemm (1999) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงปรับตัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากกว่า ฟังพอใจในสภาพที่เป็นอยู่มากกว่า ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

**อายุ** อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของสุธีรา สุนตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์ (2533) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี ประสบความสำเร็จในการอยู่บ้านมากกว่าอายุ 15-34 ปี เนื่องจากผู้ที่มีวุฒิภาวะมากจะมีประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาสูง จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และ ธัญญา น้อยเปียง (2545) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาว สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ประกอบกับผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีการปฏิบัติพิธีกรรมหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา ทำให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมากกว่า ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย

**สถานภาพสมรส** ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้มีคู่สมรสคอยช่วยเหลือสนับสนุน และคอยให้กำลังใจ ทำให้คู่สมรสรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จึงมีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า แยก (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535) และผู้ป่วยจิตเภทชายที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ยังไม่แต่งงาน ม่าย หรือหย่าร้าง (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) แต่จากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่า เช่นเดียวกับ เพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ไม่มีหรือไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย

**การศึกษา** การศึกษาทำให้บุคคลมีการประเมินปัญหาได้ดีขึ้น เข้าถึงข่าวสารและมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่า (Pender, 1987) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (เยาวดี สุวรรณนะคะ, 2532) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่า การศึกษาช่วยให้มีโอกาสเลือกทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มาก ทำให้เกิดความภูมิใจมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย



ความเพียงพอของรายได้ ผู้มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเลือกอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การเลือกซื้ออาหาร การใช้แหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่า (Pender, 1987) ผู้มีรายได้ดี ทำให้มีระบบสังคมที่ดี มีโอกาสในการติดต่อสื่อสาร หาความรู้ และประสบการณ์ที่ดี นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตจึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่าผู้มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ (เยาวดี สุวรรณนะคะ, 2532: 70) ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ (Phipps & Wood, 1983: 127) ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป

การที่บุคคลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย และผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การมีความเชื่อดังกล่าวทำให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งอาจกระทำโดยการดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การจัดหาเหตุ ปัจจัย ที่เรียกว่าการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษาของ รัชนิย์ ไกรยศรี, ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา, และวัลภา ผิวทน (2544) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่าประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการศึกษาของ เพชรวิ คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำมากกว่า เกิดจากความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีความหวังต่อการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วย ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพน่าจะมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย

เขตที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันและมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) เช่นเดียวกับ

ชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งลักษณะชุมชนเมืองจะมีความหนาแน่นของประชากรมาก มีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่การงาน มีวิถีการดำเนินชีวิตที่สลับซับซ้อน รีบเร่ง แข่งขันกันเพื่อความอยู่รอด ประกอบกับความเสื่อมของสภาพแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดและการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่วนชุมชนชนบทจะมีความหนาแน่นของประชากรต่ำ มีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายทำให้มีการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) มีสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติปราศจากมลพิษ ทำให้เกิดความปลอดภัยทางร่างกาย และมีสุขภาวะทางจิตที่ดี เช่นจากการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540) พบว่า สตรีวัยกลางคนในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติพี่น้องตามลักษณะสังคมในชนบทไทย แต่จากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534: 128) พบว่าประชาชนคนไทยภาคกลางที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสุขภาพจิตดีกว่าในเขตชนบท เนื่องจากมีระดับการศึกษาสูง และมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าเขตที่อยู่อาศัยในเขตเมืองหรือเขตชนบทจะส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี แต่อาจกล่าวได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมี ความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วย

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาวะอยู่ในระดับดีขึ้น
2. ปัจจัยด้านด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัย กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ อายุ 20-59 ปี และเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย เป็นเวลา 18 เดือนเป็นต้นไป

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัย

2.2 ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำใน 4 มิติ เกี่ยวกับ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ 18 เดือนเป็นต้นไป

2. **สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะ การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาใน 4 มิติ คือสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดสุขภาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย

2.1 **สุขภาวะทางกาย** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะ และการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความปลอดภัย และไม่มีการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต

2.1.1 **การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะรับสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส และสัมผัสทางกาย ได้ถูกต้องชัดเจน

2.1.2 **การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย** หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

2.1.3 **ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะหรือความสามารถของร่างกายตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินได้จาก การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำงาน การออกกำลังกาย การซื้อของ การนอนหลับ

2.2 **สุขภาวะทางจิต** หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตาม การรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และตอบสนองความต้องการความสุขและ ความสบายใจ ได้แก่ การแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ การตอบสนองและจัดการ กับอารมณ์และจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2.1 การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ตำรา การสอบถามผู้รู้ การสังเกต และจากประสบการณ์ รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการ ดูแลตนเอง

2.2.2 การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในการแสดงความรู้สึกหรือการจัดการกับ อารมณ์หรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก ตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในการประเมินว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นคนดี มีความสามารถ มีความหมายต่อ ครอบครัว

2.3 **สุขภาวะทางสังคม** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/หรือการทำกิจกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

2.3.1 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก และ/หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือชุมชน มีการให้และการรับความรักและการช่วยเหลือกันใน ครอบครัวหรือชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน หรือเป็น ส่วนหนึ่งของชุมชน และความรู้สึกเสมอภาค

2.3.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการ รับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือชุมชน จากการได้รับ กำลังใจ คำแนะนำ และการสนับสนุนทางการเงินหรือสิ่งของ

2.4 **สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/หรือการทำ กิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เกี่ยวกับการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต

2.4.1 การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และการมีกำลังใจใน การดำเนินชีวิต

2.4.2 ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในการยอมรับและพอใจในตนเอง พยายามในการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็น อยู่ในปัจจุบันของตนเอง

2.4.3 การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก และหรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการแสดงถึงการให้และการได้รับเกียรติจากผู้อื่น การเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้อื่น

3. เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แสดงว่าเป็นชายหรือหญิง แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง

4. อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ศึกษาวิจัยของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คิดเป็นจำนวนปี

5. การศึกษา หมายถึง สิ่งบ่งบอกถึงการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ป่วย

6. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อความ เพียงพอของรายได้ในครอบครัวเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต รวมถึงการรักษา และการซื้อยาของผู้ป่วยในแต่ละเดือน แบ่งเป็น มีรายได้เพียงพอ และมีรายได้ไม่เพียงพอ

7. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของผู้ป่วยตามการสมรสที่เป็นจริงในปัจจุบัน แบ่งเป็น 1) คู่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรสทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่ได้จดทะเบียน สมรส และ 2) โสด หมายถึง ผู้ป่วยที่ปัจจุบันมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

8. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อตามการรับรู้ของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มีต่อสาเหตุและภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งผลกระทบในการดำรงชีวิต ประเมินได้จาก แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อความคำถามมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย

8.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/ หรือความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้ตนเองเสี่ยงต่อการมีอาการทาง กายหรือทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆ ที่นำไปสู่การเจ็บป่วย หรือมีอาการทางกายหรือทางจิต มากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

8.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/ หรือความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ตระหนักถึงอันตรายจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความ ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หรือการมีอาการทางกายหรือทางจิตมากขึ้น และมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว

8.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/หรือความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

8.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และ/หรือความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความยุ่งยาก ความไม่สะดวก และข้อจำกัดในด้านการเดินทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

9. เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง สถานที่ที่เป็นที่ตั้งบ้านเรือนของผู้ป่วย ที่อาศัยอยู่เป็นประจำ ตั้งแต่ 3 เดือน เป็นต้นไป แบ่งเป็น

เขตเมือง หมายถึง สถานที่ที่เป็นที่ตั้งบ้านเรือนของผู้ป่วย ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หรือในเขตเทศบาลทั่วประเทศ

เขตชนบท หมายถึง สถานที่ที่เป็นที่ตั้งบ้านเรือนของผู้ป่วย ที่อยู่นอกเขตเทศบาลทั่วประเทศ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพจะได้ถูกต้องเหมาะสมกับระดับสุขภาพและศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ในระยะยาว
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคจิตอื่นๆ รวมทั้งการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีการป่วยซ้ำ

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย