

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 193 คน ดำเนินการศึกษาเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 193 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้ตนเองโดยรวมเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และการมาพบแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 1-4

การศึกษารั้งนี้ มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด จำนวน 193 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศ ชาย คิดเป็นร้อยละ 68.90 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.23 โดยมีสถานภาพสมรส โสด มากที่สุด ร้อยละ 49.74 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=193)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	133	68.90
หญิง	60	31.10
อายุ		
20-30 ปี	31	16.06
31-40 ปี	58	30.05
41-50 ปี	68	35.23
51-60 ปี	28	14.51
มากกว่า 60 ปี	8	4.15
(range= 23-75 ปี, \bar{X} = 42 ปี 5 เดือน, SD = 10.60)		
สถานภาพ		
โสด	96	49.74
คู่	65	33.68
หม้าย	19	9.84
แยก/หย่า	13	6.74

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษาครั้งนี้ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 71.50 มีงานทำ มากที่สุด ร้อยละ 61.20 โดยมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49.17 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 37.80 ไม่มีงานทำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=193)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	138	71.50
มัธยมศึกษา	45	23.30
ปริญญาตรี	10	5.20
อาชีพ		
ไม่มีงานทำ	73	37.80
มีงานทำ	120	61.20
รับจ้าง	59	49.17
เกษตรกร	44	36.67
แม่บ้าน	10	8.33
ค้าขาย	4	3.33
รับราชการ	3	2.50

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษาครั้งนี้ มีรายได้ ร้อยละ 62.20 โดยมีรายได้รวมเฉลี่ยรายเดือน น้อยกว่า 3000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 68.33 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 63.21 ดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ตนเองโดยรวมเฉลี่ยรายเดือน ความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=193)	ร้อยละ
รายได้ตนเองโดยรวมเฉลี่ยรายเดือน		
ไม่มีรายได้	73	37.80
มีรายได้	120	62.20
น้อยกว่า 3,000 บาท	82	68.33
3001 – 6000 บาท	33	27.50
มากกว่า 6000 บาท	5	4.17
(range = 0-8,500 บาท, \bar{X} = 1,732 บาท, SD = 1830.40)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	122	63.21
พอดีกับค่าใช้จ่าย	65	33.68
เหลือเก็บ	6	3.11

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษารั้งนี้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วย < 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.61 รองลงมา 5.1-10 ปี ร้อยละ 30.57 ส่วนใหญ่ มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 96.90 โดยมาพบแพทย์ ทุก 1-2 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 72.19 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการพบแพทย์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=193)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1-5 ปี	61	31.61
5.1-10 ปี	59	30.57
10.1-15 ปี	37	19.17
15.1-20 ปี	19	9.85
มากกว่า 20 ปี	17	8.80
(range= 1-34 ปี, \bar{X} = 10 ปี 2 เดือน, SD = 6.92)		
การมาพบแพทย์		
ไม่สม่ำเสมอ	6	3.10
สม่ำเสมอ	187	96.90
ทุก 2 สัปดาห์	3	1.61
ทุก 1-2 เดือน	135	72.19
มากกว่า 2 เดือน	49	26.20

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 94.90 และ 21.19 ตามลำดับ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อ วิเคราะห์รายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้าน อยู่ระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และระดับของคะแนนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 193$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	36-117	94.90	21.19	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน				
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	0-18	9.47	3.82	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกาย	0-18	8.39	4.46	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	23-48	33.15	4.67	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	0-21	11.35	4.77	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	6-27	15.95	3.95	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	0-27	16.55	6.27	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาทำการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.90) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 35.23) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 49.74) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 71.50) มีงานทำ (ร้อยละ 61.20) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49.17) มีรายได้ของตนเองโดยรวมเฉลี่ยรายเดือน (ร้อยละ 62.20) รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 68.33) รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 63.21) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 31.61) การมาพบแพทย์สม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.90) มาพบแพทย์ทุก 1-2 เดือน (ร้อยละ 72.19)

ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 94.90$, $SD = 21.19$) (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามปกติ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ต่อ สุขภาพ ($\bar{X} = 9.47$, $SD = 3.82$) กิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 8.39$, $SD = 4.46$) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 33.15$, $SD = 4.67$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 11.35$, $SD = 4.77$) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 15.95$, $SD = 3.95$) และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 16.55$, $SD = 6.27$)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-18 คะแนน ($\bar{X} = 9.47$, $SD = 3.82$) (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านทางจิตอย่างต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 96.90) แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอมากที่สุด คือการสูบบุหรี่และหรืออยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 42) อาจ

เนื่องมาจาก การสูบบุหรี่ช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการจำกัดยาทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sadock & Sadock, 2003) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตมักติดสารเสพติดหรือสุรา (Mallakh, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ (ร้อยละ 30.90, 45.10, 44.90 ตามลำดับ) (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546; สุมณฑา บุญชัย, 2545) การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆเช่นหนังสือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 26.40) สอดคล้องกับ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ที่มีการหาข่าวสาร หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือหรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 32.10 แตกต่างกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางจิต ที่เกี่ยวข้องกับการนำความรู้ที่ได้จากการอ่าน การซักถาม และประสบการณ์ เกี่ยวกับสุขภาพ มาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจาก ผู้ที่มีความรู้หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขและการดู โทรทัศน์ หรือฟังวิทยุเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอยู่ใน ระดับดี

ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ เป็นการตรวจสอบวันผลิต วันหมดอายุ และภาชนะ ที่บรรจุอาหารก่อนซื้อหรือก่อนบริโภค (ร้อยละ 36.80) จากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 71.50) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ระดับการศึกษาดำ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัด ในการเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล (Pender, 1996) อาจทำให้ไม่สนใจหรือตระหนักในสิ่งเหล่านี้ ส่วนการสังเกตและตรวจความผิดปกติของร่างกายด้วย ตนเอง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 25.90) แตกต่างจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการ ทำหน้าที่อยู่ในระดับสูง เช่นความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยไม่พึ่งผู้อื่น ความสามารถในการ ควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจากศึกษาครั้งนี้จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง

ด้านกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน กิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-18 คะแนน ($\bar{X} = 8.39$, $SD = 4.46$) (ตารางที่ 5) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการหลงเหลือซึ่งเป็น ระยะอาการต่างๆ ทุเลาลง ไม่มีอาการกำเริบทางจิต แต่เนื่องจากผู้ที่เป็น โรคจิตเภทคงมีอาการทางลบ ซึ่งทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการเหนื่อยชา ขาดแรงจูงใจไม่สนใจทำกิจกรรมทางกาย อ่อนเพลีย

แยกตัวเอง รวมถึงยาที่ใช้รักษาโรคจิตมักจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางบวก แต่ไม่ได้รักษาอาการทางด้านลบก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทในการดำรงชีวิต (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอุปสรรคอาจเป็นความไม่สะดวก ความยากลำบาก การไม่มีเวลา หรืออุปสรรคด้านร่างกายโดยเฉพาะลักษณะอาการของโรคดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นสาเหตุทำให้มีอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมทางกาย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายรายชื่อ พบว่าการออกกำลังกายหรือและการเล่นกีฬานานติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง. การอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา, การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 40.50, 48.00, 39.00) ตามลำดับ (ตารางที่ ค1) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่เข้าใจวิธีหรือรูปแบบการออกกำลังกายหรือมีความรู้ในด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อยู่ระดับปานกลางและต่างจากการศึกษาของ สุนันทา บุญชัย (2545) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ระดับสูง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น แขน ขา คอ คีรษะในระหว่างการทำงาน และขณะอยู่ที่บ้าน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 27.00, 42.50) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกาย ที่เหมาะสม อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเอง มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรม (ร้อยละ 85.84) ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า สุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีมาก การทำงานที่ต้องใช้กำลังจนมีเหงื่อออกหรือออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือเล่นกีฬา อย่างน้อย 3-4 ต่อสัปดาห์ อยู่ในระดับดี ทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง อยู่ในระดับดี ช่วยทำงานบ้าน เช่นกวาดบ้าน ถูบ้าน ทิ้งขยะ คายหญ้า อยู่ในระดับดีมาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส อยู่ในระดับสูงสุด

จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านโภชนาการ

ด้านโภชนาการ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 23-48 คะแนน ($\bar{X} = 33.15$, $SD = 4.67$) ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 1,732 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 63.21) (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่ารายได้ ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลรายได้ที่เพียงพออาจตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.50) อาจทำให้ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และงดบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวัน การรับประทานอาหารเช้า 5 มื้อต่อวัน การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 73.10, 41.50, 50.80) ตามลำดับ อาจเนื่อง มาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตต้องรับประทานยาหลังอาหารทุกมื้อและดื่มน้ำมากๆ ซึ่งอาจเกิดจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันอาการข้างเคียงของยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ และการดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้ว (ร้อยละ 66.76, 36.40) ตามลำดับ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ (44.50 และ 60.00) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการไม่เหมาะสม ส่งผลเสียต่อสุขภาพและเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ดื่มน้ำมากกว่า 2 แก้ว ดื่มน้ำดื่มชูกำลัง ดื่มน้ำดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ปฏิบัติและนานๆ ครั้ง ร้อยละ 78.22, 72.50, 69.10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าดื่มน้ำมากกว่า 1 แก้ว ดื่มน้ำดื่มชูกำลัง ดื่มน้ำดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ปฏิบัติ และนานๆ ครั้ง ร้อยละ 74.40, 78.8, 87.40 ตามลำดับ การศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในการใช้ยาหรือสารเสพติด หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจทำให้จิตกำเริบได้ อยู่ในระดับสูง นอกจากการศึกษาของ มาแลท (Mallakh, 1998) พบว่า การคิด สุรา ยา และ สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต และก่อให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรง ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทควรมีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมควรหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดหรือการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน ($\bar{X}=11.35$, $SD= 4.77$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 62.18) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการจิตสงบอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ และมีอาการด้านลบมากขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะดังกล่าวเหล่านี้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุล โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Wilson & Kneisl อ้างใน พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล (2543) พบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงาน มีการดำเนินชีวิต โดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อ การพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว การมีกิจกรรมภายในบ้านร่วมกับบุคคลภายในครอบครัว เช่นการรับประทานอาหารร่วมกัน เล่นเกม ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 41.50, 35.50) ตามลำดับ (ตารางที่ ค1) สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเกิดขึ้นภายในบ้านเหมาะสมอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ของสังคมในครอบครัวมีความใกล้ชิดผูกพันกัน มีความรักใคร่ห่วงใย เอื้ออาทร เอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย ประกอบกับลักษณะของสังคมไทยจะอยู่ร่วมกันฉันท์ เกรือญาติ มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัวเป็นไปด้วยดี กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับบุคคลในครอบครัวเช่น ไปเที่ยว ดูภาพยนตร์ไม่เคยปฏิบัติและปฏิบัติมานานๆ ครั้ง (ร้อยละ 64.80) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) ศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าการกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงในครอบครัว (ร้อยละ 72.94) การพาไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพิเศษในสังคมและชุมชน เช่นงานแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ วันเข้าพรรษา (ร้อยละ 52.12) แตกต่างกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า สุขภาวะทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับดี เกี่ยวกับคนในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้โอกาส ให้ภัย มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการไป

เที่ยว ไปเยี่ยมญาติ อยู่ระดับดีมาก และการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่นช่วยงานบุญ อยู่ระดับดี

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ การปรับตัว พฤติกรรม การรับรู้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) เมื่อรักษาแล้วก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ และมีความบกพร่องของการทำหน้าที่และบทบาทของสังคม การมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นในสังคม และมีความ เข้าใจว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป เกิดการ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ให้เข้ากลุ่มด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีการพบปะสังสรรค์กับคนอื่นน้อยลง (จิติ เจริญสรรพ, 2542) และเมื่อใดก็ตามที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับรู้ว่ตนเองได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้างและมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยบรรเทาภาวะ ความทุกข์ทางจิตใจได้ และเกิดความพึงพอใจตามมา (ฉัตรวลัย ใจอารีย์ อ่างใน หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ด้วยเหตุ ดังกล่าว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง

ด้านการจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 6-27 คะแนน ($\bar{X} = 15.95$, $SD = 3.95$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง อยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีสภาพยากจน ก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการบีบคั้นทางสังคม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) พิจารณารายชื่อ การพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิดเมื่อท่านมีปัญหา การทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เช่นทำงานอดิเรก เล่นกีฬา นอนหลับ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 28.50, 27.50) ตามลำดับสอดคล้องกับจากการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า เมื่อไม่สบายใจจะปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24.35 เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า เมื่อรู้สึกเครียด กังวล จะบอกเล่า และปรึกษากับคนที่น่าเชื่อถือและไว้ใจได้ อยู่ในระดับดี

กลุ่มตัวอย่าง สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด คืมเครื่องคืมที่มีแอลกอฮอล์เมื่อมีความเครียด ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 49.70, 62.20) ตามลำดับ การรับประทานยานอนหลับ การรับประทานยาคลายเครียด ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 43.50, 39.40) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการกำเริบทางจิต และจากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาการหลงเหลือ มาพบแพทย์สม่ำเสมอ จะได้รับยารักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต และยาที่มีผลต่อการนอนหลับและคลายเครียด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับยานอนหลับและ

คล้ายเครียดเป็นประจำอยู่แล้ว สอดคล้องกับการนอนหลับสนิท ประมาณ 6-9 ชั่วโมง ต่อวัน ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 43.50) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดไม่ดีเท่าที่ควร อาจเนื่องมาจาก การขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินชีวิต ที่จะเผชิญปัญหา ได้อย่างเหมาะสม แตกต่างกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่าดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดเพื่อให้คลายเครียด ปฏิบัติเป็นประจำและนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 55.01)

ผลการศึกษาระท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งเป็นระยะที่อาการทางจิต ไม่รุนแรง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ได้เหมาะสมพอควรและมีส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลกระทบให้เกิดอาการกำเริบทางจิตและการ กลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ($\bar{X} = 16.55$, $SD = 6.27$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.90) ความแตกต่างระหว่างเพศในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้หญิงจะมีบทบาทเด่นขึ้นทำให้การมีความหมายในชีวิตจะเด่นกว่าเพศชาย (Shock อังใน ฉวีวรรณ ไพรวลัย, 2540) อายุ 41- 60 ปี (ร้อยละ 49.74) อายุมีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุจะมีความเชื่อในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาว และการนับถือศาสนาหรือการปฏิบัติพิธีกรรมจะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997, อ้างใน เมตตา มะโนศรี, 2547) เมื่อพิจารณารายชื่อ กลุ่มตัวอย่างไม่คิดร้ายต่อผู้อื่น ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 38.90) การดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นในคำสอนศาสนา กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 31.60) การแสดงความยินดีหรือแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่น ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 31.10) สอดคล้องกับการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ อยู่ระดับสูงพบว่ามีความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ระดับสูงที่สุด มีความสุขในชีวิตและความสงบสุขทางใจ ระดับสูง มีความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิตส่วนตัวและความกังวลใจในชีวิตระดับปานกลาง

ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้จิตสงบ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 22.80) การอุทิศตนหรือเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรเพื่อสร้างประโยชน์แก่สังคม (ร้อยละ 21.20) อาจเนื่อง มาจากกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาทำให้ต้องใช้ความตั้งใจนานอาจส่งผลกระทบ

ให้เครียดตามมาสอดคล้องกับการมีพยาธิสภาพของโรค อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีสมาธิลดลง แตกต่างกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า สุขภาวะทางจิต อยู่ระดับดี มีความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นหรือทำประโยชน์ให้ส่วนรวม ทำใจยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การเป็นคนดีและสบายใจขึ้นเมื่อได้อ่านคำสอนทางศาสนาหรือพักผ่อนหย่อนใจ โดยการสวดมนต์ไหว้พระ พบว่าอยู่ระดับดีมาก การศึกษาครั้งนี้ พิจารณารายชื่อ (ตารางที่ ค1) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติบ่อยครั้งเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ แต่เหมาะสม ต้องได้รับการสนับสนุนให้ดีขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจาก การศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีความเชื่อเรื่องบาป บุญ ผลของกรรม ศาสนาจึงเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ และเป็นสิ่งสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น และศาสนายังเป็นความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง (Shaffer อ้างใน เมตตา มะโนศรี, 2547)

จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เหมาะสมทั้ง 6 ด้าน โดยเฉพาะ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้คงไว้ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ต่อไป