

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

#### 2.1 โรคจิตเภทและความบกพร่องที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

2.1.2 การวินิจฉัย

2.1.3 ชนิดของโรคจิตเภท

2.1.4 การดำเนินของโรค

2.1.5 อาการของโรค

2.1.6 ความบกพร่องของจิตเภทที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

2.1.7 บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในโรคจิตเภท

#### 2.2 กิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupations)

2.2.1 ความหมายและประเภทของกิจกรรมการดำเนินชีวิต

2.2.2 กิจกรรมการดำเนินชีวิต กับสุขภาพ และสุขภาพ

2.2.3 กิจกรรมการดำเนินชีวิตกับความสุข

2.2.4 การประเมินความสามารถและความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินชีวิต

#### 2.3 ความสุข (happiness)

2.3.1 ความหมายของความสุข

2.3.2 ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

#### 2.4 Cluster analysis

2.4.1 ความหมาย

2.4.2 วัตถุประสงค์การใช้

2.4.3 วิเคราะห์กลุ่มแบบขั้นตอน (Hierarchical Cluster Analysis)

2.4.5 ข้อแตกต่าง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 โรควิตกกังวล (Schizophrenia)

### 2.1.1 ความหมายของโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (Schizophrenia) คือ โรควิตกกังวลที่มีลักษณะเรื้อรัง รักษาไม่ใคร่หายขาด เป็นโรควิตกกังวลที่พบมากที่สุดในบรรดาโรควิตกกังวลทั้งหมดและเป็นโรควิตกกังวลที่หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยอย่างมากทางความคิดและพฤติกรรม และที่ก่อปัญหาแก่วมลมนุษยชาติ และส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม การสาธารณสุข และเศรษฐกิจระดับประเทศ โรควิตกกังวลสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไปและชายมีโอกาสมากกว่าหญิงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และภูมิประเทศ บุคคลในทุกสาขาอาชีพ ทุกระดับการศึกษา มีโอกาสเป็นโรคนี้อย่างเท่ากันทั้งนี้โรควิตกกังวลอาจเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน คือ กรรมพันธุ์ (Hereditary) เคมีชีวเคมีผิดปกติ (Biochemical Abnormality) โครงสร้างสมองผิดปกติ (Brain Structural Abnormality) การติดเชื้อระหว่างครรภ์และปัญหาการคลอด และสาเหตุด้านจิตใจ (Psychological Factors)(มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

### 2.1.2 การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV ) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

- 1) ความผิดปกติต้องดำเนินมาอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) แสดงความเสื่อมถอยทางการเรียน การทำงาน การเข้าสังคม การดูแลเรื่องส่วนตัว
- 3) ไม่เป็นโรคซึมเศร้า โรคทางกาย ติดสุรา ยาเสพติด
- 4) ต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่างใน 3 หัวข้อ (ก ข ค) ต่อไปนี้

4.1) มีอาการอย่างน้อย 2 ใน 5 อาการต่อไปนี้และต้องเป็นไม่น้อยกว่า 1 เดือน

4.1.1) หลงผิด

4.1.2) ประสาทหลอน

4.1.3) ประโยคคำพูดไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์ ใช้ภาษาแปลกๆ

4.1.4) หยุดการเคลื่อนไหวอยู่กับที่เป็นเวลานานหรืออะอะ วุ่นวาย

4.1.5) อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย เงือยซา

4.2) เชื่อว่าความคิดของตนเองถูกถอดถอนออกไปและถูกตีแผ่กระจายให้คนอื่นรับรู้กันทั่ว

4.3) หูแว่วได้ยินเสียงคนมาดำว่ำดำหนดิเตียนหรือได้ยินเสียงคนตั้งแต่สองคน ขึ้นไปมาทะเลาะกันในหัว

2.1.3 ชนิดของโรค แบ่งเป็น 5 ชนิด คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2544)

- 1) ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับอาการหลงผิด หรืออาการหูแว่ว
- 2) ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของคำพูด มีพฤติกรรมวุ่นวายและมีอารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจมีกิริยาทำทางแปลกๆ เช่น หัวเราะขำขัน โดยไม่มีสาเหตุและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือเตรียมอาหาร ผู้ป่วยชนิดนี้มักมีอาการตั้งแต่อายุน้อย โดยอาการเกิดซ้ำๆ ปลายมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพนำมาก่อน โดยโรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง มีชื่อเรียกอีกชื่อว่า hebephrenic
- 3) ชนิดคาทาโทเนีย (catatonic type) ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบ เฉยทื่อ (stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ยืนกราน (rigidity) หรือตื่นเต้น วุ่นวาย (excitement)

- 4) ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชชัดเจน แต่ไม่สามารถเข้าจัดเข้าได้กับชนิดใดชนิดหนึ่ง
- 5) ชนิดมีอาการหลงเหลือ (residual type) ในชนิดนี้ผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางจิตเวชชัดเจน ผู้ป่วยอาจมีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย ไม่พูด หรืออยู่เฉยๆ ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด ในบางรายอาจมีอาการหลงผิด หรือหูแว่วแต่จะไม่เป็นอาการเด่นชัด ผู้ป่วยอาจมีอาการอยู่ชั่วระยะเวลาสั้นๆ แต่อาจมีอาการเป็นเวลายาวนานหลายปี โดยมีอาการเป็นกำเริบเป็นครั้งคราว หรือ อาจไม่มี

#### 2.1.4 การดำเนินของโรค (มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

โรคนี้โดยทั่วไปมักเริ่มเกิดขึ้นในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

- 1) ระยะของอาการนำ (Prodromol phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการนำมาก่อนโดยแสดงออกในรูปความเสื่อมถอยในทักษะความสามารถด้านต่างๆ เช่น แยกตัวจากสังคม สุขภาพ อนามัยส่วนตัว การทำงานและหน้าที่ตามบทบาทต่างๆเสื่อมลงไปอย่างมาก บางคนอาจเริ่มมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียว นั่งรอข่าวสารอำนาจเบื้องบนหน้าจอทีวี ฯลฯ จากนั้นจึงเริ่มมีอาการเด่นชัดเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรค ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยเฉียบพลันหรือค่อยๆเพิ่มขึ้นก็ได้
- 2) ระยะรุนแรงของโรค (Active phase) เป็นระยะที่มีการเด่นชัดของโรคเกิดขึ้น เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดจาเพ้อเจ้อ ไม่แสดงออกทางอารมณ์ หรือแสดงอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม อาการทางจิตเวชทุกอย่างปรากฏให้เห็นในระยะนี้
- 3) ระยะหลงเหลือของโรค (Residual phase) เกิดขึ้นภายหลังระยะรุนแรงของโรค หรืออาการกำเริบรุนแรงสิ้นสุดลงแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการเป็นครั้งคราว ไม่หายสนิท ยังมีอาการหลงเหลือมาจากระยะรุนแรงอยู่บ้าง เช่น อารมณ์ที่เรียบเฉย พฤติกรรมแปลกๆ ระยะนี้อาการโดยทั่วไปคล้ายคลึงระยะอาการนำ คือ ยังคงมีความบกพร่องในทักษะความสามารถต่างๆ เช่น ไม่สนใจสุขภาพส่วนตัว แยกตัว มีเพื่อนน้อย ขาดสมาธิในการทำงาน

#### 2.1.5 อาการของโรคจิตเภท (มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางด้านบวก (positive symptoms) และอาการทางด้านลบอาการในช่วงแรกมักเป็นอาการทางด้านบวก ประกอบด้วย

- 1) อาการหลงผิด คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดไปจากความจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความคิดหลงผิดมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวงคิดว่ามีคนมาปองร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้าหรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด
- 2) อาการประสาทหลอน คือ มีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นเป็นได้กับทั้งการรับรู้ทางรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยมากที่สุดคือแว่วเสียงคนพูดคุยหรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอน ชนิดรองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสันทายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นได้รับรสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อยนัก
- 3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นในความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยจะไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงให้เห็นผ่านการพูดการสนทนา โดยอาจพูดจาไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่จบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่เรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรือเกี่ยวเพียงเล็กน้อย หรืออาจตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมากๆผู้ป่วยแทบทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกตินี้ไป (lack of insight)
- 4) อาการด้านพฤติกรรม จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดความคิดหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆของผู้ป่วย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึง พุ่งพลา่านกระวนกระวายอย่างรุนแรงอาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวประหลาด ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือคำคำหยาบคาย หรือบางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม
- 5) ด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่าเริงอยู่กับคนเดียว ทั้งๆที่ไม่มีเรื่องจำขึ้น เป็นต้น

ในระยะหลังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางลบ ประกอบด้วย

- 1) Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานมากกว่าจะตอบ
- 2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง
- 3) Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจในเรื่องการแต่งกาย แต่งกายมอซอ เฉื่อยชาลงมาก ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- 4) Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่ค่อยสนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนก็มักปฏิเสธ

#### 2.1.6 กิจกรรมการดำเนินชีวิต และผลกระทบจากโรคจิตเภทต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

กิจกรรมการดำเนินชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การทำงาน (Work or Productive activities) การเล่น หรือกิจกรรมยามว่าง (Play or Leisure) และการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-maintenance or Self-care) ซึ่งโดยทั่วไปเป็นลักษณะกิจกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์และเป็นหลักการที่สำคัญของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด (Teske, 2000)

ผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่สามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมตามบทบาทและอายุได้ ทั้งกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมการดูแลตนเอง และ กิจกรรมยามว่าง (APA, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนน้อยที่จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้หรือผลผลิตได้ ในงานบ้านที่บ้านหรือที่อื่นๆในสังคม บางส่วนสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่างที่มีความหมายและสามารถทำกิจกรรมที่ทำคนเดียว (passive occupation) (Hayes & Halford, 1996) โดยกิจกรรมที่มีความหมายในผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีการพัฒนาแม้ว่าประสบการณ์ของความหมายนั้นจะแสดงส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต (Aubin, Hachey, & Mercier, 1999) กิจกรรมการทำงานหรือการเรียนนั้น เป็นกิจกรรมที่มีโครงสร้างในแต่ละวัน และการนอนหลับแสดงถึงกิจกรรมที่มีความหมาย อย่างไรก็ตาม คนปกติทั่วไป การพักผ่อนนอนหลับและการใช้เวลาว่างถูกพบว่าให้ความหมายน้อย (Goldberg, Brintell, & Goldberg, 2002)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ การรับรู้สิ่งเร้าที่เข้ามา มีปัญหาด้านความจำ การแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ และสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นจึงมี โอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอารมณ์และการรับรู้อย่างถาวรและ ความสามารถในการดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Elo, 1996) อีกทั้งโรคจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อหลายๆด้านเช่นผลกระทบต่อที่มีต่อตัวผู้ป่วยเองโดยมีผลต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีผู้ป่วยบางคนที่ต้องลาออกจากโรงเรียนทำงาน ไม่ได้เป็น เวลานานๆต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นทั้งในด้านการเงินและสุขอนามัย

#### 1) ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)

กิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปต้องการความสามารถในการเริ่มและทำงานที่มี เป้าหมายซ้ำๆเพื่อให้เป็นนิสัยหรือกิจวัตร ผู้ป่วยจิตเภทอาจพบว่าการทำงานที่เป็น กิจวัตร อาจถูกขัดขวางด้วยอาการเจ็บป่วยทางจิต ผลข้างเคียงของยา และอาการที่ แย่ลงของผู้ป่วยจิตเภท ในอีกด้านหนึ่งเมื่อขาดอาการเจ็บป่วยทางจิตและการ รักษาทางด้านจิตสังคมเพิ่มความสามารถทางทักษะต่างๆที่จะทำให้ผู้ป่วยทำ กิจกรรมได้มากขึ้น

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลรักษา ตนเอง (personal care) ซึ่งพบว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในภาวะเรื้อรัง หรือมีอาการรุนแรง เช่น การแต่งตัวไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ สุขอนามัยไม่ดี การกะปริมาณในการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเอง ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Elo, 1996) โดยในผู้ป่วยจิตเภทนั้นปัญหา เหล่านี้เกิดจากการขาดทักษะในการกระทำต่างๆ (inadequate performance) เช่น ปัญหาการตัดสินใจ (poor judgment) มีความคิดและพฤติกรรมที่สับสน (disorganization of thought and behavior) สหสัมพันธ์ของร่างกายบกพร่อง (faulty coordination) ความบกพร่องของการเข้าสังคม (desocialization) เช่น แยกตัว เอาแต่ใจตนเอง (สายฝน ชาวล้อม, 2548) มีความคิดเห็นผิดไปจากความ เป็นจริง (disorder of thought), หมกมุ่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป (preoccupation) รวมถึงมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก และมีความผิดปกติในการ แสดงออกทางอารมณ์ (เทียม ศรีคำจักร, 2547)

แม้ว่าปัญหาและทักษะการทำกิจกรรมแปรเปลี่ยนไปตามแต่ละบุคคลผู้ป่วย มักจะเผชิญปัญหาด້ายๆกัน กิจวัตรประจำวันซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการทำงาน

ที่เป็นกิจวัตร ยกตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การแต่งหน้า การแต่งหน้า การล้างมือ ก่อนทานอาหาร การรับประทานอาหารตามมารยาทแล้วเก็บทำความสะอาดในผู้ป่วยจิตเภท

ในทางจิตวิทยา อุปสรรคใหญ่ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ความเฉยเมย ขาดแรงจูงใจหรือถดถอยอย่างสุดขีด แม้ว่าบุคคลผู้ซึ่งแสดงความสนใจในการ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาจไม่สามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเพิ่มการยอมรับทางสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถจับจ้องตนเองอยู่กับงานและอาจ พึ่งพาผู้ที่เกี่ยวข้อง ความยากลำบากในการจัดการกับตัวเองมีอิทธิพลต่อการทำ กิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก กิจวัตรถูกละทิ้งเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการกับ ความเครียดภายในและจากสิ่งแวดล้อม การบริหารเวลาและการควบคุมตนเอง กลายเป็นสิ่งไม่สำคัญ ความสุขสบายและ โครงสร้างของสิ่งแวดล้อมที่บ้านและ ความเข้าใจกันของสมาชิกในที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่สนับสนุนกิจวัตรประจำวัน นิสัย โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เครียด สถิติปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถใช้ในการ แก้ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันได้

## 2) การทำงาน (Work)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีความยากลำบากในการค้นหาความพึงพอใจในการ ทำงาน เนื่องจากมีปัญหาทางด้านจิตใจ จิตสังคม และมีความยากลำบากในการ จัดการกับตัวเอง ทักษะการทำงานที่ไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่ความล้มเหลวหรือทำ ให้เกิดการหยุดชะงักในการทำงาน ผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากในการทำงาน บ้านที่น่าพึงพอใจหรือคงการทำงานอยู่ได้ เพราะมีปัญหาทางด้านจิตใจ จิตสังคม และความยากลำบากในการจัดการกับตัวเอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากใน การคงการทำงานของตนเองไว้หลังจากการว่างงานมาเป็นเวลานานซึ่งมีผลต่อ คุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

คนทำงานที่มีประวัติป่วยเป็นจิตเภทจะรู้สึกวิตกกังวล เมื่อเชื่อว่าตนเองถูก คาดหวังสูงเกินไปและรู้สึกเฉยเมยเมื่อเชื่อว่าตนเองถูกคาดหวังต่ำเกินไป เมื่อ ผู้ป่วยได้งานทำความคาดหวังของนายจ้างที่สูงหรือทักษะการทำงานที่ผู้ป่วยมีไม่ พอจะนำไปสู่ความล้มเหลว หรือผู้ป่วยอาจติดขัดอยู่กับงานที่ขาดความท้าทายที่ เหมาะสม อาการทางลบเช่น ถดถอย ไม่มีแรงจูงใจ การใช้สารเสพติด ความ บกพร่องของระบบประสาท ผลข้างเคียงของยา และเงื่อนไขทางการใช้ยาที่



เกิดขึ้นขณะนั้นทำให้การทำงานและการเรียนหนังสือเป็นไปไม่ได้

การดูแลบ้าน ทำงาน หรือเรียนหนังสือ ต้องการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บางอย่างโดยเฉพาะเมื่อบุคคลอื่นต้องจำลำดับการทำงานที่เฉพาะเจาะจง บุคคลที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนอาจไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างสบายใจ ความไม่สามารถเข้าใจการแสดงออกทางสัญลักษณ์ต่างๆหรือความหมายของภาษาก่อให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสาร กริยาท่าทางในการสนทนา เช่น การเลียนเสียง มีผลต่อการสนทนาทางสังคมในช่วงเวลาที่เป็นอิสระในที่ทำงานหรือในโรงเรียน

### 3) การเล่นหรือกิจกรรมยามว่าง (Play and Leisure)

การเล่นหรือกิจกรรมยามว่างจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมอย่างพึงพอใจและมีกิจกรรมยามว่างทางสังคม ผู้ป่วยหลายคนไม่มีเป้าหมายและไม่สามารถจัดจ่อตนเองอยู่กับกิจกรรมที่คุ้นเคย หรือทำกิจกรรมใหม่ๆ ได้ บางคนพบว่า กิจกรรมที่ตนเองเคยคุ้นก่อนการเจ็บป่วยเป็นจิตเภทไม่ได้มีความหมายในบริบทการดำเนินชีวิต บางคนอาจไม่เคยพบกับความสำเร็จหรือความพึงพอใจในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยเหล่านี้พึ่งพาผู้อื่นให้เริ่มต้นทำกิจกรรมให้ และพวกเขาเข้าไปร่วมในการทำกิจกรรมด้วย

ส่วนบุคคลที่มีรายได้น้อยหรือตกงาน บุคคลเหล่านี้อาจไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมเพื่อความบันเทิง เนื่องจากต้องเก็บเงินไว้สำหรับทำสิ่งอื่นที่จำเป็นกว่า กิจกรรมยามว่างที่ทำบ่อยๆ ได้แก่ การเดิน การดูทีวี การดื่มกาแฟ และการฟังเพลง

ดังนั้นโรคจิตเภท กระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ด้านกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง (activities of daily living) การทำงาน (work) และกิจกรรมยามว่าง (leisure) (Russell, 2000) โดยเฉพาะ กิจกรรมการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากต่อการทำงานที่ตนพึงพอใจหรือคงการทำงานอยู่ได้ เพราะมีปัญหาทางด้านจิตใจ จิตสังคม และความยากลำบากในการจัดการกับตัวเอง มีความยากลำบากในการคงการทำงานของตนเองไว้หลังจากการว่างงานมาเป็นเวลานานซึ่งมีผลต่อคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง อีกทั้งในเรื่องของการดูแลบ้าน ทำงาน หรือเรียนหนังสือ (Hayes & Halford, 2000) นอกจากนี้ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียเจตจำนงหรือความต้องการในการทำกิจกรรม และความสามารถในการทำกิจกรรมก็จะลดลง (Chugg & Craik,

2002) รวมถึง มักพบผู้ป่วยจิตเภทไม่ค่อยมีประสบการณ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน (Wanner, Oliver & Priebe, 1997) ซึ่งภาวะของโรคนั้นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต อันประกอบเป็นมุมมองที่สำคัญ (Girard, Fisher, Short & Duran, 1999) นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการเข้าไปช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ ในกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้น และการที่ผู้ป่วยมีการลงมือทำกิจกรรมดังกล่าวนี้ด้วยตนเอง จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเอง (Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell, 2010)

### 2.1.7 บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท (ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตถิยะ, อรุณา ภูโสภา และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2547)

นักกิจกรรมบำบัดเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในสถาบัน และในชุมชน โดยใช้กิจกรรมที่ผ่านการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ทั้งในด้านคุณสมบัติของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทำกิจกรรม วิธีการทำและผลผลิตของกิจกรรม รวมทั้งคุณสมบัติของกิจกรรมทั้งในด้านทฤษฎี และอัตวิสัยต่อแต่ละบุคคลและกลุ่ม คุณสมบัติของกิจกรรมด้านทฤษฎี ได้แก่ องค์ประกอบด้านระบบรับรู้รู้สึกและเคลื่อนไหว ระบบความรู้ความเข้าใจ และระบบจิตสังคม ส่วนคุณสมบัติของกิจกรรมด้านอัตวิสัย คือ อารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของแต่ละบุคคลต่อกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นๆมีการใช้เวลา พลังงาน และความสนใจอย่างมีความหมาย ช่วยให้ปรับตัวได้ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่นได้ตามศักยภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพ และสนับสนุนการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ นั่นคือ ฝึกการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ (independent skill training) ในกิจกรรมด้านการดูแลตัวเอง การทำงาน กิจกรรมยามว่าง หรือกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งในสถาบัน และชุมชนต่อผู้ป่วย (Evan, 1985 & Adam, 1993)

สำหรับทางกิจกรรมบำบัดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่แบ่งตามการดำเนินของโรค จะแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

- 1) ระยะ Active phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในทักษะต่างๆอย่างรุนแรง การรักษาโดยทั่วไปเป็นเรื่องการใช้ยา หรือบางรายอาจช็อกด้วยไฟฟ้า เพื่อลดอาการทางจิตและช่วยผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย การรักษาทางกิจกรรมบำบัดในระยะนี้ มักเป็นกิจกรรมรายบุคคลดังต่อไปนี้

- 1.1) ช่วยลดอาการ (เสริมสร้างทางยาและช็อกด้วยไฟฟ้า)
  - 1.2) กระตุ้นการรับรู้สิ่งแวดล้อมใกล้ตัว
  - 1.3) กระตุ้นให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม
  - 1.4) ประเมินทักษะความสามารถเบื้องต้นเพื่อกำหนดกิจกรรมการรักษาที่เหมาะสม
  - 1.5) ฝึกทักษะที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลรักษาตนเอง และการปรับตัว
- 2) ระยะ Prodromal และ Residual Phase ระยะนี้แม้จะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้างแต่ก็สามารถที่จะนำเข้าสู่กลุ่มต่างๆ ได้ ผู้ป่วยบางคนที่มีสภาพแวดล้อมทางบ้านการทำงานที่ดีรองรับก็อาจจะกลับไปทำงานหรือเป็นคนไข้นอก การรักษาทางกิจกรรมบำบัดโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ดังนี้
- 2.1) การส่งเสริมให้กำลังใจ
  - 2.2) ช่วยแยกแยะสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เป็นปัจจัยให้เกิดความเครียดและหาวิธีช่วยลดความเครียด
  - 2.3) ประเมินทักษะความสามารถต่างๆซ้ำและกำหนด Home Program
  - 2.4) ให้ความรู้แก่ญาติ

ส่วนผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องในทักษะความสามารถอันเนื่องมาจากมีบุคลิกภาพเดิมไม่ดีมาก่อน เช่น ชอบแยกตัว ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจโลกภายนอก หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทตั้งแต่วัยรุ่น ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะความสามารถต่างๆทำให้มีประวัติการทำงานและสังคมไม่ดี ผู้ป่วยเหล่านี้อาจจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลต่อไปเพื่อเตรียมตัวให้พร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดโดยทั่วไปในผู้ป่วยเหล่านี้ คือพัฒนาทักษะสังคมพัฒนาการทำงานและประกอบอาชีพที่จำเป็นและให้รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

นอกจากนี้นักกิจกรรมบำบัดยังร่วมมือกับครอบครัวและสมาชิกชุมชน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนโดยให้ผู้ป่วย ญาติ และสมาชิกชุมชนที่ส่วนร่วม ผู้นำชุมชนจะเป็นแกนหลัก ในการเสนอโครงการอาชีพที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในโครงการ

ด้วย มีอาชีพทำร่วมกัน การทำงานร่วมกันของนักกิจกรรมบำบัดและชุมชนเป็นการช่วยลดอาการเจ็บป่วยทางจิต ความเครียดและการหมกมุ่นกับการเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มศักยภาพและความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้จากการทำงานเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสมาชิกของชุมชนอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างสงบสุขและส่งเสริมศักยภาพของชุมชน (ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตถิยะ, อรุมา ภูโสภา และ เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2547) นักกิจกรรมบำบัดจะรับผิดชอบเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อให้กลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพและช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มี และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (Adam, 1999) อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประเทศไทยปัจจุบัน

## 2.2 กิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupations)

### 2.2.1 ความหมายของกิจกรรมการดำเนินชีวิต

กิจกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นของการมีชีวิตอยู่ ซึ่งประกอบด้วยทุกวิถีทางที่คนเรากระทำเพื่อตนเองและเพื่อส่วนรวม การใช้ชีวิตแต่ละวันเต็มไปด้วยกิจกรรมที่หลากหลายมากมายพันผูกกับกาลเวลา สถานที่ และวัฒนธรรมที่เราเป็นอยู่และทำกิจกรรมเหล่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นแต่ละวัฒนธรรมจะให้คุณค่าและความหมายกับสิ่งที่คนทำแตกต่างกันไป กิจกรรมสัมพันธ์กับความเป็นเพศ เช่น งานบ้าน และการเลี้ยงดูลูกบุตรมักจะเป็นกิจกรรมของสตรี มนุษย์ทำกิจกรรมเพราะเป็นความต้องการพื้นฐานเพราะจะช่วยให้มนุษย์พัฒนาตนเองและนำไปสู่การเป็นสมาชิกของสังคม การมีชีวิตอยู่ หมายถึงการที่คนเราสามารถเลือกทำหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อความสมบูรณ์แห่งชีวิตไม่ว่าจะเป็นเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน การเลี้ยงชีพ การประกาศความเป็นตัวตนและอื่นๆ (Townsend, 1997)

กิจกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึงกิจกรรมของมนุษย์ที่มีเป้าหมายทุกประเภท เป็นกลไกทางธรรมชาติที่มนุษย์แสดงออกให้เห็นถึงการใช้ความสามารถของตนโดยกระทำในรูปแบบต่างๆ เพื่อได้รับการยอมรับนับถือ ประสบความสำเร็จ สร้างคุณค่าต่อสังคมและโลก (Wilcock, 1993)

กิจกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึง ประสบการณ์เชิงอัตวิสัยที่บุคคลแต่ละบุคคลมีหรือประสบในขณะที่ลงมือทำกิจกรรม มนุษย์กำหนดหรือให้ความหมายต่อการทำกิจกรรมต่างๆที่ทำในชีวิตประจำวันด้วยความหมายต่อตัวบุคคลหรือคุณค่า นอกจากนี้กิจกรรมการดำเนินชีวิตประกอบด้วยคุณค่าทางวัฒนธรรมและเราจะสามารถเข้าใจความหมายของกิจกรรมเหล่านั้นผ่านทางเรื่องราวในชีวิตของแต่ละบุคคล (life story)

กิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เกิดจากการสังเคราะห์ของสิ่งที่เราได้ลงมือกระทำลงไป Wilcock (1993) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่เราได้ลงมือกระทำ และผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่เราได้ลงมือกระทำ (Doing-Being-Becoming) ซึ่งถือเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ทำให้นักกิจกรรมบำบัดเข้าใจโครงสร้างที่สลับซับซ้อนของกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น ซึ่ง Wilcock อธิบายการเชื่อมโยงนี้ไว้ว่า ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่เราได้ลงมือกระทำ จะมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้ลงมือทำและผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่เราได้ลงมือกระทำจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจตนเองได้มากขึ้น หรือเกิดความรู้สึกถึงการค้นพบตนเองผลที่เกิดขึ้นนี้ย่อมส่งผลในทางที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านของความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถและความรู้สึกพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Wilcock, 1998)

กิจกรรมการดำเนินชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การทำงาน (Work or Productive activities) การเล่นหรือกิจกรรมยามว่าง (Play or Leisure) และการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-maintenance or Self-care) ซึ่งโดยทั่วไปเป็นลักษณะกิจกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์และเป็นหลักการที่สำคัญของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด

#### 2.2.2 กิจกรรมการดำเนินชีวิตกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต

มนุษย์สามารถทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ โดยการลงมือกระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่มีความหมายและจุดมุ่งหมายต่อบุคคลนั้นด้วยตนเอง ความหมายและจุดมุ่งหมายของกิจกรรมเป็นเรื่องของอัตวิสัยและประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่ละบุคคลจะแปลความหมายของกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามประสบการณ์ในอดีตและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นเจตคติต่อเหตุการณ์ในชีวิตได้

Ann Wilcock (1993) ได้เสนอการทำหน้าที่หลักของกิจกรรมการดำเนินชีวิตไว้ 3 ประการ ดังนี้

- 1) ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อนและความปลอดภัย
- 2) พัฒนาเทคโนโลยีและโครงสร้างทางสังคม ซึ่งมีเป้าหมายที่ความปลอดภัยและควบคุมสิ่งแวดล้อม
- 3) ฝึกฝนความสามารถส่วนบุคคลให้สามารถคงสภาพ และพัฒนาอวัยวะหรือระบบนั้นๆ ได้

ความสมดุลของกิจกรรมการดำเนินชีวิตทางสังคม ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นองค์รวมของสุขภาพ มีความจำเป็นเพื่อทำให้เกิดความสมดุลของการใช้พลังงานและการพักผ่อนทั้งกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมที่ทำคนเดียว บุคคลได้จับจอง กิจกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับการมีชีวิตรอด ปลอดภัย รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ (Wilcock, 2005)

กิจกรรมการดำเนินชีวิตจะเป็นศูนย์กลางสำหรับการบูรณาการความสามารถทางสังคม จิตใจ และร่างกาย เพราะว่ากิจกรรมการดำเนินชีวิตเหล่านี้ สามารถจัดเตรียมการฝึกฝนที่เพียงพอเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย (homeostasis) เพื่อกระตุ้นความสามารถทางจิตใจและสรีระวิทยา เพื่อการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้และพัฒนาความรู้สึกรับรู้และกระตุ้นสัมพันธภาพทางสังคม

นอกจากนี้กิจกรรมการดำเนินชีวิตยังช่วยในการปรับตัว สามารถได้รับอิทธิพลจากค่านิยมและแรงผลักดันทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางชีววิทยาและวิธีการที่มนุษย์ใช้เวลาเพื่อกระทำกิจกรรมมุมมองของ Wilcock สอดคล้องกับ Yerxa ที่กล่าวว่า “สุขภาพไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการไม่มีความบกพร่อง แต่รวมถึงทักษะที่จะบรรลุเป้าหมายต่างๆ” (Wilcock, 1993; Yerxa, 1994)

### 2.2.3 กิจกรรมการดำเนินชีวิตกับสุขภาพ และความสุข (occupation, well-being and happiness)

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupational being) เพื่อรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความหมายของชีวิตตนเองผ่านการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งกิจกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึง กิจกรรม หรืองานซึ่งจับจองเวลาและพลังงานของบุคคลคน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเอง (self care) หรือกิจวัตรประจำวัน (activities of Daily Living) การทำงาน (work or productivity) และกิจกรรมยามว่าง (leisure) หรือเพื่อการพักผ่อนกิจกรรมการดำเนินชีวิตจำเป็นสำหรับสุขภาพและการมีชีวิตรอดของมนุษย์ นักกิจกรรมบำบัดมุ่งเน้นที่ความสมดุลสูงสุดของกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทั้ง 3 ด้าน เพื่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตที่ดี (เมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2548) เนื่องจากกิจกรรมการดำเนินชีวิต มีศักยภาพส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจซึ่งเกิดจากโรค หรือความเจ็บป่วย (Peyton, 1998)

กิจกรรมการดำเนินชีวิต มีลักษณะเป็นกิจกรรมที่ทำอย่างมีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมกัน เช่น เพื่อดูแลสุขภาพและได้รับความพึงพอใจ หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เหล่านี้ก่อให้เกิดการปรับตัว ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จำเป็นต่อคุณภาพชีวิต และมีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Yerxa, 1998 & Wilcock, 1993) การทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และป้องกันการเจ็บป่วย หรือการเป็นโรคได้ โดยกิจกรรมบำบัดให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเป็นพลวัตระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการดำเนินชีวิตในด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมดังกล่าว (Law, 1996) ซึ่งจะสามารถอธิบายและให้ความหมายผลลัพธ์ของการส่งผลผ่านระหว่าง โดเมน โดยการปรับที่บุคคล สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อที่จะจัดหาสิ่งที่ดีและเหมาะสม ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมทั้ง 3 โดยบุคคลมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมอันจะเป็นส่วนช่วยในการได้มาซึ่งความหมายต่อชีวิต (Strong, 1998) อย่างไรก็ตามหากมีภาวะไม่สมดุล หรือไม่เหมาะสม ก็มีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วย บกพร่องด้านความสามารถชัดเจนในชีวิตของบุคคลนั้น (Bejerholm, 2007)

ความรู้สึกแห่งการมีสุขภาพะเพิ่มขึ้นจากสิ่งที่คนกระทำ ซึ่งช่วยในการสนับสนุนกำลังกาย เป้าหมาย ความพึงพอใจ หรือการเติมเต็ม ซึ่ง ภาวะสุขสมบูรณ์จากการประกอบกิจกรรม (occupational well-being) จะมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่คนกระทำใน

อนาคตอีกด้วย ภาวะสุขสมบูรณ์ถูกแสดงออกในแง่ของความรู้สึกของการประสบความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายสูงสุดแห่งชีวิต (top of the world) อันประกอบด้วยความรู้สึกถึงเล็งดู การต่อสู้เพื่อบางสิ่งบางอย่าง การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลง ความสงบ ความแข็งแรง ความน่าสนใจ และการมีชีวิตอยู่อย่างเต็มเปี่ยม หรือการให้ความสนใจกับประสบการณ์อย่างแรงกล้า (Wilcock, 1998)

โดยรวมแล้วสิ่งที่เราทำเพื่อพบกับความต้องการทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย เพื่อการบำรุงรักษาตนเองและมีที่อยู่อาศัย กิจกรรมทำให้เรามีชีวิตอยู่ในระยะยาวนั้น กิจกรรมจะสนับสนุน กิจกรรมทางกายภาพ การกระตุ้นภาวะจิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พวกเราต้องการเก็บไว้ซึ่งสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีลักษณะของการเข้าถึงกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการลงมือกระทำด้วยตนเอง ซึ่งจะสามารถพัฒนาสุขภาพของคนและเกิดสุขภาวะ (Bejerholm, 2007)

แนวทางที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตมิใช่เริ่มเพียงผ่านจากการคิด แต่ต้องผ่านการลงมือทำ โดยนอกจากความพึงพอใจ หรือความสุขจากกิจกรรมนั้นแล้ว ควรที่จะนำมาซึ่งสถานะของประสบการณ์โดยตรง ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดควรมีส่วนช่วยผู้ป่วยในการค้นหาทักษะในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต และช่วยพวกเขาให้ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมีโอกาสให้เขาได้แสดงออกซึ่งทักษะและความสามารถรวมถึงการทำกิจกรรมให้ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องหรือภาวะที่ดำเนินไปกับการทำกิจกรรม (flow) ก็จะช่วยให้ชีวิตในทุกๆวันมีความหมายและรู้สึกมีความสุขสนุกสนาน ซึ่งการอยู่ในภาวะที่ดำเนินไปกับการทำกิจกรรม ก็คือการทำกิจกรรมการทำงานหรือกิจกรรมยามว่าง คนที่ทำงานนั้นจะเป็นผู้ให้ความหมายและให้ความสำคัญต่อการมีความสุข ความแข็งแรง ความพึงพอใจ สร้างสรรค์ และจัดจรมากกว่าการไม่มีภาวะดังกล่าว (Bejerholm, 2007)

ชีวิตที่มีความหมายและได้รับการเติมเต็มขึ้นอยู่กับการค้นหา กิจกรรมที่มีความท้าทาย ภายใต้ขอบเขตและมีโอกาสได้แสดงออกซึ่งความสามารถของบุคคล โดยบางเป้าหมายที่มีความสำคัญและเป็นเสมือนรางวัล นั่นก็คือ การช่วยเหลือคนให้ชีวิตพวกเขามีความสุข โดยการได้รับในสิ่งที่พวกเขามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องในกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ช่วยให้พวกเขาพัฒนาเติบโตเพิ่มขึ้น (Bejerholm, 2007) โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นที่รู้ว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพตัวเอง และ



เป็นประโยชน์ต่อความสุขสมบูรณ์ของชีวิต โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียเจตจำนงหรือความต้องการในการทำกิจกรรม และความสามารถในการทำกิจกรรมก็จะลดลง (Chugg& Craik, 2002) มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะสนใจกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมยามว่างที่ต้องเคลื่อนไหว กิจกรรมทางการศึกษา โดยกิจกรรมหลักที่มักจะทำคือการนอน การดูแลตนเองและกิจกรรมยามว่างแบบไม่มีส่วนร่วม (Shimitras, Fossey & Harvey, 2002) ซึ่งปัญหาความบกพร่องในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช คือ ไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมตามบทบาทของตนได้ มีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และไม่สามารถวางแผนหรือจัดการกับการใช้เวลาว่างของตนเองได้เหมาะสม (Harvey, Fossey, Jackson & Shimtras, 2006) ซึ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและส่งผลโดยตรงต่อความภาคภูมิใจในตนเอง (Farnworth, 2000) นอกจากนี้ หากผู้ป่วยจิตเวชได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจ จะมีส่วนช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยได้ (Honey, 2004; Young & Ensing, 1999)

ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรม (occupational competency) เป็นสิ่งที่บุคคลควรมีซึ่งรูปแบบการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดประโยชน์และความพึงพอใจ ในส่วนของการให้ความสำคัญของกิจกรรมที่ตนเองทำ (values and identity) เป็นสิ่งที่บุคคลมองว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความหมาย เป็นความเชื่อ หรือข้อตกลง ซึ่งมองว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งดี ถูกต้องและสำคัญ หรือมองว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเหมาะสม ตามทฤษฎี Model of Human Occupation (MOHO) บุคคลมีความแตกต่างกัน ในการทำกิจกรรมและการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กัน 3 ส่วน คือ แรงจูงใจ (volition) อุปนิสัย (habituation) และความสามารถในการทำกิจกรรม (performance capacity) (Bejerholm, 2007)

การศึกษาในเรื่องของมุมมองของกิจกรรมการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตนั้น กิจกรรมการทำงาน คือ หนึ่งในกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นส่วนที่ถูกกล่าวถึงมาก (Meuser et al, 1997) ซึ่งได้ให้ความสนใจในความจริงที่ว่า กิจกรรมการทำงาน สามารถช่วยให้บุคคลเข้าสู่ระบบทางสังคม และจัดหาซึ่งโอกาสที่จะค้นหาและเข้าใจสิ่งแวดล้อมของพวกเขา และประสานเข้าสู่สังคม (Hayes & Halford, 1996) การมีกิจกรรมการทำงาน คือการรวมด้วยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขสมบูรณ์ที่ดีกว่าใน

ผู้ป่วยจิตเภท (Eklund, Hansson, & Bejerholm, 2001) และมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพียงเล็กน้อยที่มีกิจกรรมการทำงาน (Boyer, Hachey & Meceier, 2000) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงถึงกิจกรรมการทำงาน ในเรื่องของความพึงพอใจในการทำกิจกรรม ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลตนเอง งานบ้าน และกิจกรรมยามว่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อคุณภาพชีวิต และมุมมองอื่นๆ ในด้านของสุขภาพและภาวะสุขสมบูรณ์ (Eklund et al, 2001)

จากการวิจัยทำให้เห็นว่าความสุขและกิจกรรมการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กันต่อการมีสุขภาวะของมนุษย์ ซึ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและส่งผลโดยตรงต่อความภาคภูมิใจในตนเอง (Farnworth, 2000) นอกจากนี้ หากผู้ป่วยจิตเวชได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยได้ (Honey, 2004; Young & Ensing, 1999)

ในส่วนของนักกิจกรรมบำบัด มองการเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้น เป็นเป้าหมายที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิต (Christiansen, Baum, & Haugen, 2005) ซึ่งบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดคือการเสนอและจัดหาโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรมการดำเนินชีวิต และ เจือปนใจต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับเพิ่มคุณภาพชีวิต (Hachey & Mercier, 1993) โดยเจือปนใจในด้านของภววิสัย อาทิ ช่วงของการทำกิจวัตรหรือการทำงาน จะแสดงถึงอัตวิสัยของคุณภาพชีวิต (Aubin et al, 1999) ดังนั้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตจะเป็น โครงสร้างและศักยภาพในการบ่งชี้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท

#### 2.2.4 การประเมินกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้วยแบบประเมิน COPM

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการทำกิจกรรมของแคนาดาเดียน (The Canadian Model of Occupational Performance) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิก เครื่องมือนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป และใช้ได้กับผู้พิการหลายประเภท รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาด้านร่างกาย ด้านอายุรกรรม พัฒนาการทางระบบประสาท และสุขภาพจิต (Fisher, 2005) ออกแบบมาเพื่อให้นักกิจกรรมบำบัดใช้ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำกิจกรรมของตนเอง โดยที่ COPM ระบุปัญหาในการทำกิจกรรมในแต่ละด้าน ช่วยในการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการทำกิจกรรม ความหมายของการทำกิจกรรมที่ COPM ใช้ได้มาจาก Occupational Therapy Guidelines for Clients-centred Practice (CAOT, 1991) ซึ่งได้ให้

ความหมายว่าการทำกิจกรรมประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- 1) การดูแลตนเอง(Self-care) หมายถึง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal care) การเคลื่อนย้ายตัวเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ (Functional mobility) และการติดต่อสื่อสาร (Community management)
- 2) การทำงาน(Productivity) หมายถึงการทำงานที่ได้รับเงินและไม่ได้รับเงิน การดูแลบ้าน และการเรียนการศึกษา หรือการเล่น
- 3) กิจกรรมยามว่าง (Leisure) หมายถึงกิจกรรมนันทนาการต่างๆและการเข้าสังคม

COPM ใช้กับผู้ป่วยได้หลายประเภท มีความเชื่อมั่นสูง และไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Law et al, 1991) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่ามีความเที่ยงตรงหลายรูปแบบ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (McColl, Paterson, Davies, Doubt & Law, 2000) มีค่าความเชื่อมั่นของความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้านการทำกิจกรรม 0.56 และด้านความพึงพอใจ 0.71 (Bosch, 1995) มีค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบซ้ำ 0.79 และ 0.75 (Law & Stewart, 1996) 0.80 และ 0.89 (Bosch, 1995)

ความพึงพอใจในการทำกิจกรรมแต่ละด้านขึ้นอยู่กับการประสมประสานขององค์ประกอบ 4 อย่างในการทำกิจกรรม ได้แก่ องค์ประกอบทางกายภาพ ทางสังคม วัฒนธรรม ทางอารมณ์และจิตใจ และทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้การทำกิจกรรมจะระบุโดยแต่ละบุคคล เพราะเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ตามบทบาททางสังคม สิ่งแวดล้อม และระยะของพัฒนาการ นั่นคือ ปัญหาในการทำกิจกรรมจะระบุจากความพึงพอใจของแต่ละบุคคลในการทำกิจกรรม ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้มีประสบการณ์ของความยากลำบากในการทำกิจกรรม และถ้าบุคคลอื่นๆในสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ไม่ได้แจ้งว่าเป็นปัญหา ก็ถือได้ว่าการทำกิจกรรมเป็นที่น่าพึงพอใจ ไม่มีปัญหา (Law, Baptiste, Carswell-Opzoomer, McColl, Polatajko, and Pollock, 1991)

COPM ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งได้หวั่น และประเทศในแถบยุโรป ซึ่งพบว่า แบบประเมิน COPM สามารถช่วยหาปัญหาในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย อีกทั้งยังสามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko,

and Pollock, 1994) โดยได้มีการศึกษาหาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Pan, Chung & Hsin-Hwei, 2003) ในผู้ป่วยจิตเวชชาวไต้หวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่า COPM สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยชาวไต้หวันได้ ดังนั้นแบบประเมินนี้มีคุณค่าในการบ่งชี้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน กับความสามารถในการประกอบกิจกรรม อย่างไรก็ตามการประเมินภายใต้แนวคิดของ client-centered นั้นจำเป็นที่จะต้องมีการสื่อสารกัน (disseminated and communicated) ระหว่างนักกิจกรรมบำบัด แต่อย่างไรก็ดี ก็ถือว่า แบบประเมิน COPM มีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในงานกิจกรรมบำบัด ด้านสุขภาพจิต

สำหรับแบบประเมิน COPM ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย การประเมินได้ดัดแปลงแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ด้านกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) กิจกรรมการทำงาน (work and productive activities) กิจกรรมยามว่าง (play or leisure activities) และความพึงพอใจใน ด้านดังกล่าว ซึ่งการประเมินด้านการทำกิจกรรม ถือเป็น การประเมินด้านกวีสัย และการประเมินความพึงพอใจในการทำกิจกรรมดังกล่าว ถือเป็น การประเมินด้านอัตวิสัย แบบประเมินที่ดัดแปลงนี้ตัดส่วนของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาออก เพราะเป็นการประเมินความสามารถและความพึงพอใจโดยรวม ไม่ได้เป็นการจัดลำดับความสำคัญของการให้การรักษา และผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความยากลำบากในการตอบคำถามในส่วนนี้ เพราะต้องการการหยั่งรู้ในเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และต้องใช้เวลาในการตอบนานขึ้น เนื่องจากแบบประเมิน COPM เป็นแบบประเมินที่ต้องใช้เวลาในการดำเนินการให้เสร็จสมบูรณ์ คือใช้เวลาในการทำประมาณ 30-40 นาที หรือใช้เวลาเฉลี่ย 45 นาทีในการตอบคำถามตามแบบประเมินให้เสร็จ ซึ่งการให้คะแนนความพึงพอใจ (satisfaction) และความสามารถ (performance) จะใช้วิธีการให้คะแนนที่ ทำเป็นขั้นบันได 1-10 ชั้น แทนการให้คะแนน 1-10 ในกระดาษ (เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, สายฝน ชาวล้อม และอังคณา สามีตติยะ, 2549)

## 2.3 ความสุข (Happiness) (อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, ไพรวัดย์ รัมซ่ายและวรวรรณ จุฑา, 2552)

### 2.3.1 ความหมายของความสุข

ความสุขหมายถึง ความสบายกาย สบายใจ อยู่ดีมีสุขอยู่เย็นเป็นสุขหรือพบกับความสุขสมหวัง หรือ “ความสุข” ในมุมมองนี้เป็นการสื่อความหมายของความสุขทางกาย ทางใจ ความสมหวังและความเป็นอยู่ที่ดี หรือ “ความสุข” ในมุมมองนี้เป็นการมององค์รวมของชีวิตมีความหลากหลายจากระดับความสุขพื้นฐานในทางโลกก้าวเข้าสู่ความสุขในทางธรรมที่มีความละเอียดประณีตยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ในวงการจิตวิทยาตะวันตก ทาล เบน ชาร์ฮาร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด นิยามความสุขว่า หมายถึงประสบการณ์โดยรวมของความพึงพอใจและการมีจุดหมายในชีวิต และอธิบายว่าคนมีความสุขจะมีอารมณ์บวกพร้อมทั้งมองชีวิตของตนอย่างมีจุดหมายความพึงพอใจเป็นอารมณ์บวกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะที่การมีจุดหมายในชีวิตเป็นประโยชน์ที่จะเกิดในอนาคตหรือ “ความสุข” ในมุมมองนี้เป็นการมองโดยคำนึงถึงผลในระยะสั้นและระยะยาวในการแสวงหาความสุขให้มีความสุขสมดุลลงตัวจึงไม่ปล่อยให้ความสุขเป็นเพียงความพอใจหรือความสุขสบายที่เกิดขึ้นในระยะสั้นเท่านั้นแต่ยังคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ในระยะยาวควบคู่กันไป โดยแม้ว่ารูปแบบในการแสวงหาความสุขของคนเราอาจแตกต่างกัน แต่หากพิจารณาให้ดีก็จะพบความคล้ายคลึงกันอยู่ไม่น้อย จนเราอาจจัดแบ่งความสุขออกเป็นประเภทต่างๆ เช่นความสุขทางกาย ทางใจ และทางสังคม หรือความสุขในทางโลกและทางธรรมปราชญ์โบราณและศาสดาคนสำคัญต่างกล่าวถึงความสุขในระดับที่ประณีตลึกซึ้งกว่าการมีเงินทองวัตถุความสุขทางกายและได้ชี้แนะเส้นทางที่จะก้าวสู่ความสุขที่ยั่งยืนมาเป็นเวลานานนับพันปีสำหรับวงการจิตวิทยาตะวันตกหัวข้อเรื่องความสุขนับเป็นเรื่องใหม่อยู่พอสมควรและเพิ่งจะมีการศึกษาอย่างจริงจังในปี ค.ศ. ๑๙๕๘ เมื่อสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกันประกาศจุดเปลี่ยนจากมุมมองความสนใจในเรื่องของความเจ็บป่วยทางจิตมาเป็นการศึกษาเรื่องความสุขและศักยภาพของคนแทน

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดนิยามสุขภาพจิต ว่าหมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุขมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้นิยามดังกล่าว ได้จัดแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตออกเป็น 4 องค์ประกอบได้แก่

- 1) สภาพจิตใจ หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

- 2) สมรรถภาพของจิตใจหมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข
- 3) คุณภาพของจิตใจ หมายถึงคุณลักษณะที่ดึงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม
- 4) ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนาความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

### 2.3.2 ดัชนีชี้วัดความสุข

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตคนไทย โดยฉบับเต็มมีจำนวนข้อคำถาม 55 ข้อ และฉบับย่อมีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ และเรียกแบบประเมินฉบับย่อนี้ว่า แบบประเมินความสุขคนไทย โดยแบบประเมินความสุขคนไทยเป็นเครื่องมือที่มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพมีนิยามที่ชัดเจน นับเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ และพิจารณาวิธีการสำรวจโดยอาศัยการผนวกข้อคำถามไปเข้าในการสำรวจมาตรฐานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่น่าเชื่อถือ โดยไม่ต้องทำการสำรวจซ้ำซ้อนขณะเดียวกันก็ยังสามารถวิเคราะห์คะแนนความสุขคนไทยกับตัวแปรอื่นๆ ในการสำรวจต่างๆของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้อีกด้วย

แบบประเมินความสุขคนไทยซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้รับการพัฒนาข้อคำถามอย่างต่อเนื่องและใช้วิธีกำหนดจุดตัดแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า 26คะแนน ถือเป็นผู้มีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือที่เรียกในรายงานนี้ว่ากลุ่มสุขน้อย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 27 ถึง 32 เป็นกลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือที่เรียกในการศึกษานี้ว่า กลุ่มสุขปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า 33 ขึ้น ไปเป็นผู้มีความสุขมากโดยค่าปกติของคนไทย หมายถึงเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

คณะทำงาน โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยได้ทำการศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความสุขคนไทย ในด้านอำนาจการจำแนกโดยศึกษาคะแนนในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชและญาติ เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป พบว่าจุดตัดดังกล่าว

ให้การจัดแบ่งกลุ่ม ได้ดีพอสมควร

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตซึ่งผลการประเมิน ได้จะเป็นค่าปกติ (norm) ของกลุ่มคนที่ทำการศึกษาเป็นเกณฑ์มาตรฐานว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับคนทั่วไป หรือต่ำกว่าคนทั่วไปจะนั่นเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตในการประเมินครั้งนี้ไม่ได้ใช้เกณฑ์ตัดสินโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์หรือไม่ได้ใช้เกณฑ์ของแบบทดสอบใดๆมา่วมเป็นเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน (gold standard)

สำหรับแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศแล้วแบบประเมินนี้หากผู้ตอบตรงกับความจริงของตนเองโดยไม่มีอคติจะได้ผลการประเมินที่สอดคล้องกับความเป็นจริงซึ่งงานวิจัยนี้ได้เลือกใช้แบบประเมินฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินที่ต้องการใช้เวลาไม่มากนัก

## 2.4 การวิเคราะห์กลุ่ม (Cluster Analysis) (จิตรลดา ทองอั้ง และสุขสมพร อโนไท, 2554)

### 2.4.1 ความหมายของ Cluster Analysis

เป็นเทคนิคที่ใช้จำแนกหรือจัด Case (หมายถึง คน สัตว์ สิ่งของ หรือ องค์กร ฯลฯ) หรือจัดตัวแปรออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป Case ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะมีลักษณะที่เหมือนกันหรือคล้ายกัน ส่วน Case ที่อยู่ต่างกลุ่มกันจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยตัวแปรอยู่ในกลุ่มเดียวกันมีความสัมพันธ์กันมากกว่าตัวแปรที่อยู่ต่างกลุ่มกัน ตัวแปรที่อยู่ต่างกลุ่มกันมีความสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ทั้งนี้ Cluster Analysis จะจัดกลุ่มโดยพยายามให้สิ่งที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Minimize Intra-Cluster Distances) และพยายามให้แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันมากที่สุด (Maximize Inter-Cluster Distances) โดยมีข้อสมมติหรือเงื่อนไขเทคนิคการวิเคราะห์กลุ่ม คือ

- 1) ไม่ทราบจำนวนกลุ่มมาก่อนว่ามีกี่กลุ่ม
- 2) ไม่ทราบมาก่อนว่าหน่วยไหนหรือคนใดจะอยู่กลุ่มใด
- 3) หน่วยหรือคนใดคนหนึ่งจะต้องอยู่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว

- 4) ตัวแปรที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มมีมากกว่า 1 ตัว และตัวแปรอาจเป็นตัวแปรตัวแปรที่มีค่าได้เพียง 2 ค่า หรือเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ หรือตัวแปรเป็นปริมาณ

#### 2.4.2 วัตถุประสงค์ของCluster Analysis

- 1) เพื่อจัดกลุ่ม Case ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในงานด้านต่าง ๆ เช่นการตลาด การแพทย์ การปกครอง ฯลฯ
- 2) ใช้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มผู้บริโภคที่อยู่ต่างกลุ่มกัน ซึ่งจะทำให้สามารถวางกลยุทธ์ทางการตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การที่จะสามารถแยกกลุ่มผู้บริโภคเป็นกลุ่มย่อยได้ จะต้องพิจารณาถึงตัวแปรที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มผู้บริโภค ที่จะทำให้ผู้ที่อยู่ต่างกลุ่มกันมีพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน ตัวแปรดังกล่าวอาจประกอบด้วย อาชีพ อายุ รายได้ เป็นต้น
- 3) การเปรียบเทียบรถยนต์ยี่ห้อต่างๆ โดยที่ 1 Case คือรถยนต์ 1 ยี่ห้อซึ่งพิจารณาจากตัวแปร เช่น ความถี่ในการซ่อม ลูกสูบ ระบบเบรก ค่าใช้จ่ายต่อกิโลเมตร ราคา

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงหลักเกณฑ์ของเทคนิค Cluster ว่าจะใช้ในการจัด Case ที่คล้ายกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน หรือจัดกลุ่มตัวแปรที่สัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกัน นั่นคือ จะมีความวัดคล้ายกันของ Case ที่ละคู่ ในกรณีที่เป็นการจัดกลุ่ม Case ส่วนการจัดกลุ่มตัวแปร การวัดความคล้ายจะเป็นการวัดความคล้ายของตัวแปรแต่ละคู่ คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เมื่อต้องการจัดกลุ่ม Case

#### 2.2.3 วิเคราะห์กลุ่มแบบขั้นตอน (Hierarchical Cluster Analysis)

เทคนิค Cluster Analysis แบ่งเป็นหลายประเภทหรือเทคนิคย่อย โดยเทคนิคที่เลือกใช้ คือ การวิเคราะห์กลุ่มแบบขั้นตอน (Hierarchical Cluster Analysis) เป็นการทำการแบ่งกลุ่มแบบเป็นขั้นตอน และเมื่อนำหน่วยหนึ่งไว้ในกลุ่มใดหนึ่งแล้ว จะไม่มีการย้ายหน่วยนั้น ไปไว้กลุ่มอื่น ๆ อีก เช่น จัดให้นายวิชัย อยู่กลุ่มที่ 3 ก็จะไม่มีการย้ายนายวิชัย ไปอยู่กลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่วิธีการวิเคราะห์กลุ่มแบบไม่เป็นขั้นตอน ถ้าจัดแล้วอาจมีการย้ายกลุ่มได้ เช่น เดิมในตอนแรก จัดนายวิชัยในกลุ่มที่ 3 ภายหลังอาจจะย้าย นายวิชัย ไปกลุ่มที่ 1 หรือ 2 (กรณีที่มี 3 กลุ่ม) เป็นเทคนิคที่ใช้กันมากในการแบ่งกลุ่ม Case หรือแบ่งกลุ่มตัวแปร โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้



- 1) ในกรณีที่ใช้การแบ่ง Case นั้น จำนวน Case ไม่ต้องมากนัก (จำนวน Case ควรต่ำกว่า 200 ถ้าตั้ง 200 ขึ้นไปใช้ K-Means Cluster) และจำนวนตัวแปรไม่ต้องมากเกินไป
- 2) ไม่จำเป็นต้องทราบจำนวนกลุ่มมาก่อน
- 3) ไม่จำเป็นต้องทราบว่าตัวแปรใด หรือ Case ใดอยู่กลุ่มใดมาก่อน

เทคนิค Hierarchical Cluster Analysis แบ่งเป็น 2 เทคนิคย่อยคือ Agglomerative Hierarchical Cluster Analysis และ Divisive Hierarchical Cluster Analysis โดยสำหรับโปรแกรมสำเร็จรูปทั่วไปจะใช้เทคนิค Agglomerative Hierarchical Cluster Analysis

#### 2.2.4 ข้อแตกต่างระหว่างการจำแนกกลุ่มด้วยเทคนิค Cluster Analysis และเทคนิค Discriminant Analysis

- 1) Cluster Analysis
  - 1.1) ไม่จำเป็นต้องทราบก่อนว่ามีกี่กลุ่ม
  - 1.2) ไม่ทราบมาก่อนว่า Case ใดอยู่กลุ่มไหน
  - 1.3) ไม่มีสมการแสดงความสัมพันธ์
- 2) Discriminant Analysis
  - 2.1) ต้องทราบก่อนว่ามีกี่กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกลุ่มเอง และกำหนดเอง จะมีกี่กลุ่ม
  - 2.2) ทราบมาก่อนว่า Case ใดอยู่กลุ่มไหนเนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้จัดกลุ่มมาก่อน
  - 2.3) มีสมการแสดงความสัมพันธ์

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hayes & Halford (2000) ได้ศึกษาความวิตกกังวลทางสังคม การใช้เวลา และแบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทชาย 16 คน เปรียบเทียบกับบุคคลปกติเพศชายที่ว่างงานและมีงานทำอย่างละ 16 คน พบว่ากลุ่มที่ว่างงานและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตและมีกิจกรรมยามว่างที่ไม่อาศัยการมีส่วนร่วม (passive leisure) มากกว่ากลุ่มที่มีงานทำ แต่ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมน้อยในการเข้าสังคมและกิจกรรมยามว่างที่อาศัยการมีส่วนร่วม (active leisure) และมีการนอนหลับมากกว่ากลุ่มทั้งสอง กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทได้รับความพึงพอใจและมีส่วนร่วมน้อยในเหตุการณ์ต่างๆ และมีความยากลำบากในการเข้าสังคมมากกว่ากลุ่มทั้งสอง

Pan, Chung และ Hsin-Hwei (2003) ศึกษาหาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นชาวไต้หวัน ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ถูกแปลในภาษาแมนดารินและใช้ทดสอบในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 141 คน ค่าเฉลี่ยอายุผู้ป่วยคือ 35.6 ปี ร้อยละ 94 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในโรคจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาแสดงการหาค่าการทดสอบซ้ำ (test retest reliability) เท่ากับ 0.842 แบบประเมินนี้บ่งชี้ปัญหาความสามารถในการประกอบกิจกรรมคือ กิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) ร้อยละ 37, กิจกรรมการทำงาน (productivity) ร้อยละ 25 และกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลาย (leisure) ร้อยละ 20 ซึ่งร้อยละ 50 ของผู้ป่วยประเมิน (นักกิจกรรมบำบัด) มีการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและประยุกต์ใช้แบบประเมิน COPM ในทางคลินิกด้วย สรุปผลการศึกษาของการใช้ COPM ว่าสามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยไต้หวัน ดังนั้นแบบประเมินนี้มีคุณค่าในการบ่งชี้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันกับความสามารถในการประกอบกิจกรรม ซึ่งไม่สามารถบ่งชี้ในกรณีอื่น ผู้ประเมินประมาณร้อยละ 50 รู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเหมาะสมในการใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centred approach) ในวัฒนธรรมของพวกเขา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาถึงช่องว่างระหว่างการตัดสินใจของผู้ได้รับการประเมินกับความสามารถที่แท้จริงของเขาเอง อย่างไรก็ตามการประเมินความเป็นไปได้ในแนวคิดของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centred) นั้นจำเป็นที่จะต้องมีการสื่อสารกัน (disseminated and communicated) ของนักกิจกรรมบำบัด ซึ่ง COPM นั้นมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในงานกิจกรรมบำบัดด้านสุขภาพจิต

Eklund (2006) ศึกษาปัจจัยของกิจกรรมการดำเนินชีวิตและคุณลักษณะของเครือข่ายทางสังคมในผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตแบบต่อเนื่อง โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 103 คน แสดงโดยคัดเลือกกิจกรรมที่จัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่มของกิจกรรมการดำเนินชีวิต (การทำงานหรือการเรียน, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และ ไม่มีกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในแต่ละวัน) ดำเนินการประเมินความสนใจการ

ปฏิสัมพันธ์กับสังคม และ ปัจจัยกิจกรรมการดำเนินชีวิต ในเรื่องของ การใช้เวลากับกิจกรรมที่ให้ผลผลิต, ระดับของกิจกรรม, ความพึงพอใจต่อกิจกรรม และ การรับรู้ถึงการให้คุณค่าต่อกิจกรรม โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยนั้นมีพื้นฐานกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกันด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้คุณค่าต่อกิจกรรม, ความพึงพอใจและการให้คุณค่า และลักษณะของเครือข่ายทางสังคม โดยสรุปแล้วการมีประสบการณ์ต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่า สภาพแวดล้อม ณ ขณะนั้น เช่น ประเภทของกิจกรรมประจำวันหรือเวลาที่ใช้ในกิจกรรมที่ให้ผลผลิต เป็นต้น ผลการศึกษาแนะนำว่านักกิจกรรมบำบัดควรให้ความสำคัญต่อความสนใจในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ต่อการให้การสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากมันมีความสัมพันธ์ต่อคุณค่าและความพึงพอใจต่อกิจกรรม

Ekland&Leufstadius (2007a) ในเรื่องของปัจจัยในการเลือกทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ได้หมายรวมไปถึงระดับความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเรื้อรังจำนวน 103 คน พบว่า ความสุขเป็นเหตุผลและเป็นปัจจัยหนึ่งในการเลือกทำกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการทำกิจกรรม การให้ความหมายและการมีความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมดังกล่าวนี้ มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะและความผาสุกเช่นกัน ดังนั้น ความสุขและการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีความเกี่ยวข้องกันในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

Ekland&Leufstadius (2007b) ได้ศึกษาในเรื่องของการให้ความหมายต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ประเภทของการให้ความหมายต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิต แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) การติดต่อกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัว 2) การมีความสุขและสนุกกับการชีวิต 3) การได้ผลผลิตและมีความรู้สึกรับรู้ความสำเร็จ 4) การมีสิ่งที่เป็นประจำและมีโครงการที่ทำอย่างต่อเนื่องและ 5) การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชให้ความหมายต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตจากมากที่สุดตามลำดับดังนี้ การติดต่อกับผู้อื่น, การมีความสุขและสนุกกับการชีวิต และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งการให้ความหมายต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้น แม้โครงสร้างของกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ต่างกันและสถานที่ที่ต่างกัน ก็ยังคงเป็นการให้ความหมายในด้านเดียวกัน ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะสร้างและค้นหาความหมายในกิจกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

Bergsma et al (2011) ทำการวิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของการวัดความสุขและความพึงพอใจในบริบทของโรคทางจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,076คนที่เป็นประชากรดัตช์ ของประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งผลของการวัดดังกล่าวมี ความสอดคล้องของความสุขใจ สภาพแวดล้อม และความเที่ยงของการทำนายสำหรับผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า มีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป

Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010) ศึกษาประโยชน์ทางคลินิกในการใช้ COPM และ Goal Attainment Scaling ร่วมกัน เพื่อต้องการหาประโยชน์ที่ได้จากการใช้แบบประเมิน COPM และ GAS ร่วมกัน ในการวางแผนเป้าประสงค์การรักษาและประเมินผลการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ผู้เข้าร่วมการประเมิน 14 คนที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury completed) และเป็นผู้ป่วยนอก โดยได้รับการฝึกทางกิจกรรมบำบัดและตั้งเป้าประสงค์การรักษาทางกิจกรรมบำบัดภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งมี 53 เป้าประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ความสามารถและความพึงพอใจในการให้คะแนนตนเอง และการให้คะแนนในส่วนของ GAS ได้รับการบันทึกไว้ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งการตระหนักรู้ต่อตนเอง (Self-awareness), แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (motivation to change) และ ความรู้ความเข้าใจในส่วนของประเมินด้วยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centered) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการให้การบำบัดรักษา โดยความไวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ระบุไว้ว่ามีนัยสำคัญว่ามีการพัฒนาขึ้นหลังจากได้รับการบำบัดรักษา โดยดูได้จากคะแนนรวมของการประเมินความสามารถตนเองจากแบบประเมิน COPM และ GAS ซึ่งการใช้เครื่องมือประเมินทั้งสองแบบนี้ทำให้ผลการประเมินโดยใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client centered) ได้รับมติเอกฉันท์ในการวางแผนและประเมินผลการรักษาแม้ว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีระดับของการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในระดับปานกลางถึงรุนแรง ดังนั้น จึงสนับสนุนนำเครื่องมือทั้งสองมาใช้ประโยชน์ในทางคลินิกและการบำบัดรักษา

Urfic & Lentin (2010) ทำการศึกษา กิจกรรมการดำเนินชีวิตในผู้ที่มีภาวะจิตเภท โดย การศึกษานี้ให้ความสนใจในความเข้าใจในการได้รับประสบการณ์จากการทำกิจกรรมในผู้ที่มีภาวะจิตเภท และปัจจัยที่กระตุ้นและชอนอยู่ภายใต้การลงมือและเข้าร่วมทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดย ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 6 คนในชุมชนเมืองประเทศออสเตรเลีย ที่เป็นผู้รับบริการจากทีมและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้างและการสังเกต ผล การศึกษาพบประเด็นหลัก 3 ด้าน คือ ความพยายามเพื่อการอยู่รอดในปัจจุบัน, ปัจจัยที่สามารถทำให้ เป็นไปได้และอาจถูกจำกัดในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ และ ความสำคัญและคุณค่าของการทำงาน

Gahnstrom-Strandqvist (2003) ได้ศึกษาความหมายของการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวน 18 คน โดยการสัมภาษณ์ในขณะที่ได้เข้าร่วมการทำงานในชุมชน โดยพบว่าทำให้ความร่วมมือกันจะเป็นบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตฟื้นคืนปกติโดยกระบวนการฟื้นคืนปกตินั้นจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์ที่เกิดจากปรับเปลี่ยนบริบทสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเป็นบริบทสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ระยะที่สองผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการทำกิจกรรมที่มีความคุ้นเคย และการทำงานรู้จักบุคคลในกลุ่มสังคม โดยระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะเกิดประสบการณ์ความรู้สึกในด้านของความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่เกิดผลงานและการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง การได้ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะของตนเอง ตลอดจนความสามารถในการเพิ่มพูนศักยภาพในการทำงานและกิจกรรมทางสังคมของตนเอง ซึ่งพบว่าสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและมโนทัศน์แห่งตนเป็นไปในทางที่ดีมากขึ้น ในระยะที่สามจะพบว่าทำให้ความร่วมมือจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้ความหมายต่อการทำกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์และดำรงชีวิตภายนอกได้

เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, สายฝน ชาวล้อม และ อังคณา สามัตถิยะ (2549) นำแบบประเมินการทำกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ดัดแปลงมาจาก The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ได้นำมาใช้ หาค่าความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 80 คน พบว่า แบบประเมินนี้ได้รับการยืนยันความเที่ยงตรงทางโครงสร้าง และมีความเชื่อมั่นสูงทั้งด้านความสามารถด้านความพึงพอใจในการทำกิจกรรม และโดยรวมทั้งสองด้าน คือ ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์ของครอนบัค (Coefficients of Cronbach's alphas) เท่ากับ 0.9510.938 และ 0.967ตามลำดับ และไม่พบข้อจำกัดในการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการให้คะแนนและวิธีการประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ แบบประเมินนี้จึงสามารถนำมาใช้ประเมินการทำกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวชได้

สุธีรา นรากรศักดิ์ (2551) ได้ศึกษาคุณค่าและความหมายของกิจกรรมการทำงานของผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาคุณค่าและความหมายของกิจกรรมการทำงานของผู้ป่วยจิตเวช โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4 คนที่ออกไปประกอบอาชีพตามโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนของโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าการทำงานสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทตามหน้าที่ความรักใคร่ชอบที่มีอยู่ได้ นอกจากนี้ การทำงานยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) และการรับรู้ถึงความสามารถของตน (Self concept)

รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, ศันสนีย์ ประชุมศรี และ กนกวรรณ บุญอริยะ( 2554) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยผลการศึกษสามารถแบ่งปัจจัยเป็น 3 ด้านดังนี้ 1.) ปัจจัยส่วนบุคคล อันประกอบด้วย เพศ (ร้อยละ 60.50), อายุ (ร้อยละ 44.96), สถานภาพการสมรส(ร้อยละ 69.00), ระดับการศึกษา (ร้อยละ 25.60), อาชีพ (ร้อยละ 51.16), รายได้จากการทำงาน (ร้อยละ 51.16), และความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 61.60) 2.) ปัจจัยการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย โรคประจำตัว (ร้อยละ 65.12), ผู้ดูแล ช่วยเหลือ (ร้อยละ 47.47), ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 79.50), จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ (ร้อยละ 64.70)และ อาการข้างเคียงของยา (ร้อยละ 71.16)และ 3.) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่าการ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมช่วยให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสามารถปฏิบัติตนในการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved