

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

1. อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน มีระดับความสุขในทั้ง 3 ระดับ คือ มากกว่าคนทั่วไป (good) เท่ากับคนทั่วไป (fair) และต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) แต่ส่วนมากจะอยู่ในเกณฑ์ที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 55 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตชาวคัตซ์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 7,076 คน ที่มีช่วงอายุ 18-64 ปี วัดระดับความสุขโดยใช้การตอบคำถามเกี่ยวกับความสุขในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นแบบประเมินความสุขที่พัฒนาโดย WHO โดยบันทึกเป็นช่วงความถี่ 1 (ไม่เคย) ถึง 6 (ต่อเนื่อง) ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีคะแนนเฉลี่ย คือ 4.1 และผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ย 4.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (Bergsma et al, 2011)

ต่อไปเป็นการอภิปรายผลลักษณะการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต และความสุขของกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้เทคนิค Hierarchical cluster analysis เพื่อจำแนกแบ่งกลุ่มตามคะแนนจากแบบประเมิน COPM และคะแนนจากดัชนีชีวิตความสุข ในกลุ่มตัวอย่าง 80 คน สามารถแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 จำนวน 63 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเท่ากับ 25.50 (SD = 5.56) จัดอยู่ในระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 49.20 ส่วนในระดับความสุขเท่ากับและมากกว่าคนทั่วไปคือ ร้อยละ 42.90 และ 7.90 ตามลำดับ คะแนนจากแบบประเมิน COPM มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต แต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 8.64 คะแนน ด้านการทำงาน 8.44 คะแนน ด้านกิจกรรมยามว่าง 8.76 คะแนน ส่วนด้านคะแนนความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตร

ประจำวัน 8.71 คะแนน ด้านการทำงาน 8.59 คะแนน และด้านกิจกรรมยามว่าง 8.84 คะแนน ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 8.44 – 8.84

กลุ่มที่ 2 จำนวน 16 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเท่ากับ 21.33 (SD = 5.09) จัดอยู่ในระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 81.30 ส่วนในระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไปคือ ร้อยละ 18.80 ส่วนคะแนนจากแบบประเมิน COPM มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต แต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 6.43 คะแนน ด้านการทำงาน 4.98 คะแนน ด้านกิจกรรมยามว่าง 6.38 คะแนน ส่วนด้านคะแนนความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 6.32 คะแนน ด้านการทำงาน 5.22 คะแนน และด้านกิจกรรมยามว่าง 6.56 คะแนน ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 4.98 – 6.56 นอกจากนี้มีคะแนนต่ำสุดในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตคือ การทำงานและคะแนนต่ำสุดด้านความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตคือ ความพึงพอใจในการทำงาน เช่นกัน

กลุ่มที่ 3 จำนวน 1 คน มีคะแนนระดับความสุข 39 คะแนน จัดอยู่ในระดับมากกว่าคนทั่วไป มีคะแนนจากแบบประเมิน COPM ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน คือ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 5.58 คะแนน ด้านการทำงาน 5.92 คะแนน ด้านกิจกรรมยามว่าง 10 คะแนน ส่วนด้านคะแนนความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 7.83 คะแนน ด้านการทำงาน 6.54 คะแนน และด้านกิจกรรมยามว่าง 7.50 คะแนน

ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นจะเห็นได้ว่ากลุ่ม 1 นั้นมีคะแนนความสามารถและความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านสูงกว่ากลุ่ม 2 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความสุขสูงกว่าเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักมีประสบการณ์ต่ำต่อความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน (Wanner, Oliver & Priebe, 1997) ซึ่งภาวะของโรคนั้นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและสุขภาวะ (Girard, Fisher, Short & Duran, 1999) จึงแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องของกิจกรรมการดำเนินชีวิตและความสุข ซึ่งความสุข เป็นเหตุผลและในการเลือกทำกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิต โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการทำกิจกรรม การให้ความหมาย และการมีความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมดังกล่าว รวมไปถึงความรู้สึกแห่งการมีสุขภาวะจะเพิ่มขึ้นจากสิ่งที่คนกระทำ ซึ่งสิ่งที่เราทำเพื่อตอบสนองความต้องการทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย การบำรุงรักษาตนเองและมีที่อยู่อาศัย และกิจกรรมนั้นจะสนับสนุนด้านกายภาพ การกระตุ้นภาวะจิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันจะส่งผลถึงสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีลักษณะของการเข้าถึงกิจกรรมที่หลากหลาย

(Bejerholm, 2007) ซึ่งช่วยในการสนับสนุนกำลังร่างกาย เป้าหมาย ความพึงพอใจ หรือการเติมเต็ม ทำให้เกิดภาวะสุขสมบูรณ์จากการประกอบกิจกรรม (occupational well-being) (Wilcock, 1998) และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะและความผาสุกเช่นกัน ความสุขและการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Ekland & Leufstadius, 2007)

นอกจากนั้นได้มีการการศึกษาเรื่องของมุมมองของกิจกรรมการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตพบว่ากิจกรรมการทำงาน คือ หนึ่งในกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด (Meuser et al, 1997) ซึ่งในด้านของกิจกรรมการทำงาน ผลการศึกษาพบว่าในด้านความสามารถและความพึงพอใจในด้านกิจกรรมการทำงานนั้นกลุ่มที่ 2 มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างชัดเจน ซึ่งโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน โดยการทำงานที่เป็นงานอาชีพเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นและสำคัญประจำวัยนี้ เพราะเป็นเครื่องชี้ความเป็นผู้ใหญ่ นอกจากทำให้มีความรู้สึกรู้ว่ามีฐานะทางการเงินแล้ว ยังทำให้เกิดความรู้สึกมีอิสระ มีหน้ามีตา มีความมั่นคงทางจิตใจ การตั้งตัวได้เป็นหลักฐาน ได้รับการยอมรับในสังคม เป็นการสร้างฐานะทางครอบครัว มีเกียรติ และมีความสำเร็จในชีวิตด้านต่างๆ (ศรีเรือน, 2545) ดังนั้นกิจกรรมการทำงานจึงมีความสำคัญและมีคุณค่าต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ (Urlic & Lentin, 2010) และการให้ความสนใจกับกิจกรรมการทำงาน ที่สามารถช่วยให้บุคคลเข้าสู่ระบบทางสังคมและจัดหาซึ่งโอกาสที่จะค้นหา และเข้าใจถึงแวดล้อมของพวกเขา และประสานเข้าสู่ส่วนหนึ่งของสังคม (Hayes & Halford, 1996) ทั้งนี้อาจมีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมตามบทบาทและอายุได้ และอาจส่งผลต่อความสุขและสุขภาวะรวมถึงความภาคภูมิใจและการรับรู้ตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจำนวนน้อยที่จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้หรือผลผลิตได้ ในงานบ้านที่บ้านหรือที่อื่นๆ ในสังคม บางคนสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่างที่มีความหมายและสามารถทำกิจกรรมที่ทำคนเดียว (passive occupation) (Hayes & Halford, 1996) ซึ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและส่งผลโดยตรงต่อความภาคภูมิใจในตนเอง (Farnworth, 2000) ทั้งนี้หากผู้ป่วยจิตเวชได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยได้ (Honey, 2004; Young & Ensing, 1999) และการมีกิจกรรมการทำงาน จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีกว่าในผู้ป่วยจิตเภท (Ekland et al, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา ที่พบว่ากิจกรรมการทำงานนั้น เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีอยู่ได้ และยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) และการรับรู้ถึงความสามารถของตน (self concept) (สุธีรา นรากรศักดิ์, 2551)

แต่ละกลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน แต่ส่วนที่อาจมีผลต่อการสนับสนุนความสุขและความสามารถหรือความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินชีวิต คือ ข้อมูลด้านผู้ดูแล โดยกลุ่ม 1 นั้นมีร้อยละของการมีผู้ดูแลมากกว่ากลุ่ม 2 (ร้อยละ 41.1 และ ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมช่วยให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทสามารถปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Clinton et al., 1998) รวมถึงหากมีผู้ดูแลก็จะช่วยในการสนับสนุนทางสังคมและช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับชุมชนหรือสังคมนอกบ้านได้มากขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทเกิดพลังใจและมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นในการเผชิญกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นและการที่ผู้ที่เป็โรครจิตเภทได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคคลต่างๆเช่นครอบครัวเพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม (วยุณี และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Eklund (2001) ที่พบว่า การให้การสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อคุณค่าและความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังมีข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจมีผลต่อการสนับสนุนความสุขและความสามารถหรือความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินชีวิตเช่นกัน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านรายได้จากการทำงานต่อเดือน โดยกลุ่มที่ 2 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 75.00 โดยมีร้อยละมากกว่ากลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 66.70) เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล ย่อมสูญเสียรายได้และส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำเนินชีวิต

สำหรับในกลุ่มที่ 3 นั้น มีคะแนนระดับความสุขอยู่ในระดับมากกว่าคนทั่วไป คะแนนจาก COPM พบว่ามีคะแนนด้านความสามารถในการทำกิจกรรมเต็มในด้านกิจกรรมยามว่าง และมีคะแนนระดับความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆมากกว่ากลุ่มที่ 2 แต่น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 เป็นไปได้ว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน ว่างงาน ไม่มีผู้ดูแล และรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท โดยปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อความคาดหวังกับอนาคตไม่มากนัก อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจึงสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบทบาทที่จัดให้ในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต ตามคำกล่าวของ Christainsen และคณะ (2005) และ Hachey และ Mercier (1993) คือ การเสนอและจัดหาโอกาสในการเข้าถึงหรือเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิต มีความจำเป็นต่อการเพิ่มสุขภาวะและคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตามมีจำนวนเพียง 1 ใน 80 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 1.25 เท่านั้นจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในโดยรวมได้

เมื่อมองโดยรวมจะเห็นว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต รวมทั้งระดับความสุขแตกต่างกันด้านคะแนนเฉลี่ย และร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความสุขต่ำกว่า เท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งกิจกรรมนั้นจะสนับสนุนด้านกายภาพ การกระตุ้นภาวะจิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันจะส่งผลถึงสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้เกิดภาวะสุขสมบูรณ์จากการประกอบกิจกรรม (Wilcock, 1998) ก่อให้เกิดการปรับตัวซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จำเป็นต่อคุณภาพชีวิต (Yerxa, 1998 & Wilcock, 1993) และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะและความผาสุกเช่นกัน เหล่านี้สะท้อนถึงความเกี่ยวข้องกันของลักษณะการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วยความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต และระดับความสุข ที่สะท้อนถึงสุขภาวะ หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ekland & Leufstadius, 2007)

ในส่วนของนักกิจกรรมบำบัด มองการเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้น เป็นเป้าหมายที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิต (Christainsen et al, 2005) ซึ่งบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดคือการเสนอและจัดหาโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรมการดำเนินชีวิต และ เงื่อนไขต่างๆที่จำเป็นสำหรับเพิ่มคุณภาพชีวิต (Hachey & Mercier, 1993) ซึ่งได้แก่เงื่อนไข ด้านทวิสัย และอัตตวิสัย (Aubin et al, 1999) โดยแนวทางที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นควรจะต้องผ่านการลงมือทำ และมีประสบการณ์โดยตรงต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดมีหน้าที่ในการฝึกทักษะในการทำกิจกรรม และช่วยให้พวกเขาให้ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมีโอกาสให้เขาได้แสดงออกทั้งทักษะและความสามารถ (Wilcock, 1998) ดังนั้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตจะเป็นโครงสร้างและศักยภาพในการบ่งชี้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลของงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับคำกล่าวของนักวิชาการเหล่านั้น จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความสุขอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป แต่ในอีกทางหนึ่ง ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองทั้งในเรื่องของการบอกความถี่ของความสุข การให้คะแนนความสามารถและความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งส่วนนี้ผู้วิจัยมองว่า ผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาของตัวเองได้และให้คุณค่าต่อกิจกรรมที่ให้ความสำคัญ ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดควรที่จะให้การบำบัดรักษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client center) โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และภาคภูมิใจต่อตนเอง และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัดอีกด้วย

ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดควรปรับเปลี่ยนจากการมองเพียงตัวบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อเดิมในด้านสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต และปัจจัยทางสังคมรวมทั้งปัจจัยของการทำกิจกรรมที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ไปสู่มุมมององค์รวม ที่มองถึงความเกี่ยวข้องของกิจกรรมการดำเนินชีวิต สุขภาพ และเชื่อมโยงยังคุณภาพชีวิต โดยการใช้อะกิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นสื่อในการบำบัดรักษา

(Creek, 2003) ตามศาสตร์ของกิจกรรมการดำเนินชีวิต ที่เน้นความสามารถของบุคคล ที่จะมีส่วนร่วม ในการให้ความหมายต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตผ่านช่วงเวลาต่าง ๆ ในชีวิต (Law, 1996) นั่นคือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตบ่งชี้ถึงลักษณะของการใช้ชีวิต (Life Style) หรือในอีกทางหนึ่งจะ ช่วยนักกิจกรรมบำบัดในการหากลยุทธ์และให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสม (Fidler, 2002)

2. สรุปผลการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อจัดกลุ่มลักษณะการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ ประกอบด้วย ความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในแต่ละด้านกับ ระดับความสุขในผู้ป่วยจิตเภท และเพื่ออธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทตามตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล คัดสรรและลักษณะการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามระดับความสุข โดยใช้เทคนิค Hierarchical cluster analysis ในกลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่1 จำนวน63คนมีคะแนนระดับความสุขเฉลี่ยที่ 25.52 (SD=5.56) จัดอยู่ในกลุ่มมีความสุข ต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 49.2 มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้ง 3ด้าน คือในด้านกิจวัตรประจำวัน8.64คะแนน (SD = 1.90) ด้านการทำงาน8.44 คะแนน (SD=1.89) ด้านกิจกรรมยามว่าง8.76คะแนน (SD=2.23) ส่วนด้านคะแนนความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการ ดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 8.71 คะแนน (SD = 1.92) ด้านการทำงาน 8.59 คะแนน (SD=2.12) และด้านกิจกรรมยามว่าง 8.84 คะแนน (SD=1.92) โดยมีข้อมูลส่วนบุคคลคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ68.30 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Paranoid Schizophreniaร้อยละ54.00 อายุเฉลี่ย 38.45 ปี (SD=8.38) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย คือ 5.63 (SD=6.13) ครั้ง นับถือศาสนาพุทธร้อยละ96.90 มีสถานภาพโสดร้อยละ76.20 ประกอบอาชีพ รับจ้างร้อยละ28.60 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่าเดือนละ 5,000บาทร้อยละ56.70 มีโรคประจำตัวร้อยละ69.80 ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ58.70 และมีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ49.20

กลุ่มที่2 จำนวน16คนมีคะแนนระดับความสุขเฉลี่ยที่ 21.50 (SD=5.09) จัดอยู่ในกลุ่มมีความสุข ต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 81.30 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความสามารถในการทำ กิจกรรมการดำเนินชีวิต แต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 6.43 คะแนน(SD=1.91) ด้าน การทำงาน 4.98 คะแนน(SD=1.97) ด้านกิจกรรมยามว่าง 6.38 คะแนน(SD=2.03) ส่วนด้านคะแนน ความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้าน กิจวัตรประจำวัน 6.32 คะแนน(SD = 2.15) ด้านการทำงาน 5.22 คะแนน(SD = 2.23) และด้าน กิจกรรมยามว่าง 6.56 คะแนน(SD=1.98) มีข้อมูลส่วนบุคคลคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ75.00 ได้รับการวินิจฉัย Paranoid Schizophreniaร้อยละ62.50 มีอายุเฉลี่ย 36.18 ปี(SD=10.30) จำนวนครั้งที่

เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย คือ 4.25 ครั้ง (SD=6.15) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพโสดร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 37.50 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่าเดือนละ 5,000 ร้อยละ 75.00 ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 68.80 มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.50 และมีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00

กลุ่มที่ 3 จำนวน 1 คน มีคะแนนระดับความสุขคือ 39 คะแนน จัดอยู่ในเกณฑ์ระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีคะแนนในด้านของระดับความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต แต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 5.58 คะแนน ด้านกิจกรรมการทำงาน 5.92 คะแนน และด้านกิจกรรมยามว่าง 10 คะแนน ส่วนด้านคะแนนความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ในด้านกิจวัตรประจำวัน 7.83 คะแนน ด้านกิจกรรมการทำงาน 6.54 คะแนน และด้านกิจกรรมยามว่าง 7.50 คะแนน โดยมีข้อมูลส่วนบุคคลคือ เพศชาย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Paranoid Schizophrenia อายุ 30 ปี โสด จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาคือ 5 ครั้ง นับถือศาสนาพุทธ วางงาน รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 มีโรคประจำตัว ไม่มีผู้ดูแล และไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน

3. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ทางกิจกรรมบำบัด

1. ทั้งสองกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีคะแนนระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่า กิจกรรมการดำเนินชีวิตสามารถส่งเสริมระดับความสุขอันจะเชื่อมโยงไปสู่คุณภาพชีวิตและภาวะสุขสมบูรณ์ได้ โดยกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายและมีความหมายต่อบุคคลนั้นๆ ด้วย กล่าวคือ ควรคำนึงถึงความสามารถ และความพึงพอใจ ในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยสามารถใช้แบบประเมิน COPM เพื่อใช้ประเมินความสามารถและความพึงพอใจ แล้วจัดหากิจกรรม ที่เพิ่มความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในด้านที่ผู้ป่วยรายงานว่ามีความสามารถ หรือความพึงพอใจต่ำ เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น
2. กิจกรรมที่ตรงกับบริบทของผู้ป่วย ส่งผลต่อระดับความสุข และความสามารถ ความพึงพอใจ ในกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งในบริบทและข้อจำกัดบางประการของโรงพยาบาลนั้นอาจไม่สามารถจัดให้ตรงกับบริบทของผู้ป่วยได้ทุกราย และเหมาะกับทุกบริบท ดังนั้นการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนนั้นจึงมีความจำเป็นต่อการบำบัดรักษาภาวะจิตเภท ซึ่งนอกจาก

จะส่งผลดีต่อความสุขและคุณภาพชีวิตในระดับบุคคลแล้ว และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทให้แสดงศักยภาพต่อสมาชิกในชุมชน ส่งผลต่อการปรับทัศนคติให้ดีขึ้นของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

3. จากลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน แต่ความสามารถและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต รวมทั้งคะแนนระดับความสุขและร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความสุขในแต่ละระดับต่างกัน อาจสนับสนุนศักยภาพของกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อระดับความสุขได้ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาส หรือเข้าถึงการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นๆด้วย ถึงแม้จิตเภทจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ แต่ก็มีอีกหลายกลุ่มโรคเช่นกันที่ควรให้ความสำคัญ อาทิ ผู้ที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวน และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ เพราะลักษณะกิจกรรมการดำเนินชีวิตและระดับความสุขอาจแตกต่างกันในแต่ละลักษณะของกลุ่มโรคทางจิตเวช
2. ควรมีการศึกษาในวัยอื่นๆเพิ่มเติมด้วย โดยอาจมีทั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นจิตเภท หรือ กลุ่มผู้ใหญ่ที่แบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยตอนกลางและเข้าสู่วัยชรา เพื่อให้เข้าใจถึงกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัยและบทบาท ที่เกี่ยวข้องกับความสุข และสุขภาวะที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ความสุข ความสามารถและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นการมองแบบองค์รวมมากขึ้น (Holistic)
4. อาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพราะลักษณะกิจกรรมการดำเนินชีวิตและระดับความสุขอาจแตกต่างกันในแต่ละบริบทของผู้ป่วย
5. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อแบ่งลักษณะกิจกรรมการดำเนินชีวิตและระดับความสุขตามประเภทของโรคจิตเภท
6. ควรมีการบันทึกระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อประกอบเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหนึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูล

7. ควรมีการแบ่งระดับหรือรวมกลุ่มกันของข้อมูลทั่วไปเพื่อให้เห็นความแตกต่างมากขึ้น
แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วย cluster analysis เอาแสดงผลให้เห็นว่าข้อมูลเหล่านี้ของแต่ละ
กลุ่มแตกต่างกัน แล้วนำมาอธิบายลักษณะการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต และระดับ
ความสุขได้มากขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved