

แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients .

ดร.ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์¹, อาจารย์วชิรพร โชติพานัส², นางสุปราณี สูงแข็ง³
Dr.Thitavan Hongtiyanon¹, Vachiraporn Chanpanus², Supranee Suchan³
^{1,2} อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

^{1,2} Instructor College of Nursing and Health Suan Suan Sunandha Rajabhat University SSRU

³ Public Administrated Udonthani Province

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และเพื่อทำนายปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 300 คน โดยการเลือกแบบสุ่มแบบง่ายเจาะจง เครื่องมือในการศึกษา คือแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มากกว่า 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Intercorrelation Coefficient) ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในตัวแปรทำนายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) มีความสัมพันธ์ทางบวกทุกตัวแปร

2. ตัวทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X₁) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X₅) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X₃) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.67

3. สมการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้คะแนนดิบคือ

$$Y' = 52.565 + .920X_1 + 1.213X_5 + .683X_3$$

และสมการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คะแนนมาตรฐานคือ

$$Z' = .314Z_1 + .263Z_5 + .219Z_3$$

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนทางสังคม,คุณภาพชีวิต,ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This aims were to study correlation and to predict about social support and quality of Life in Schizophrenia Patients .This samples were 300 patients using questionnaires by Purposive Sampling . The data were analyzed using the

percentage, means, standard deviations, ,Pearson's product moment correlation and Stepwise Multiple Regression.

Major findings were as follows :

1. Intercorrelation Coefficient between the factors of emotional, social support, information, participational had positive correlation with the factor significantly predicted quality of life schizophrenic patients.

2. Factors significantly predicted quality of life schizophrenic patients were emotional, social support,information, participational at the .05 in level.

3. Predicted quality of life schizophrenia patients (raw scores) were

$$Y' = 52.565 + .920X_1 + 1.213 X_5 + .683X_3$$

Predicted quality of life schizophrenia patients (the Standardized) were

$$Z' = .314Z_1 + .263Z_5 + .219 Z_3$$

Keywords: Social Support , Quality of Life, Schizophrenia Patients

บทนำ/Introduction

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ของโรคทางจิตทั้งหมด และเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงที่สุด ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ประสาทหลอนและหลงผิด ส่วนพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้ร้อยละ 40 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และร้อยละ 10 มักฆ่าตัวตายสำเร็จ มาโนช หล่อตระกูล.(2553).การดำเนินของโรคจิตเภท มีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 50-70 สูงกว่า โรคจิตอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2557) และ 1 ใน 3 ของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ เช่นเติมถ้ำระยะการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้นๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับมารักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือจะมีอาการเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ ความจริง อารมณ์และสังคมปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติ โดยอาจมีอาการภาพหลอนจากการมองจากคนทั่วไป เช่น อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ความคิดไม่ต่อเนื่อง (incoherence) มีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (flight of ideas) มาโนช หล่อตระกูล (2553) ;ขวัญสุดา บุญทศ, สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล.(2554) มีอาการประสาทหลอน จากอาการและอาการแสดงดังกล่าวทำให้มีความบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งจากการแปรปรวนในการสื่อสารและการขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นอย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีสภาพความรู้สึกตัว และเข้าใจปัญหายังคงปกติ ไม่พบความผิดปกติด้านความทรงจำในระยะยาว แต่ความสามารถเรียนรู้และการ แก้ปัญหาจะลดลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค กรมสุขภาพจิต (2557) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยจะเสื่อมลง เล็กน้อยในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรก ของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่า การเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึง ปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยและเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาโดยเฉพาะในช่วง5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว ทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การ งานกรมสุขภาพจิต (2557) อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ความลำบากใจที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง

เป็นเวลานาน รวมไปถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมาก ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยาเช่น คอแข็ง น้ำลายไหล ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม มี 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ , ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า , ด้านการมีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องการ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และคงไว้ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนรวมไปถึงทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี และลดความตึงเครียดจากความไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยของตน การสนับสนุนทางสังคมส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง สนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาล และ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้เห็นความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนหารูปแบบในการพัฒนาฟื้นฟูแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตหรือป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย/Objective

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย/Research Methodology

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้แก่ที่เป็น ผู้ป่วยจิตเภท คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลกรมสุขภาพจิตในระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2558 จำนวน 300 คน สุ่มแบบง่าย เจาะจง(Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่รักษา เป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากบุญพา ณ นคร (2538) โดยใช้แนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเชฟเฟอร์ , คอยน์, และ ลาซารัส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ ด้านความ

ช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด /น้อยที่สุด ส่วนมาก/น้อยปานกลาง เล็กน้อย /แทบไม่มี และไม่มี ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .86, .87, .89, .88, .89, .94 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพชีวิต แบบวัดนี้สร้างโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสภาพสิ่งแวดล้อม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก กรมสุขภาพจิต (2557) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 อันดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินด้วยตนเองว่าตนเองรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .90

ผลการวิจัย/Results

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพศชาย และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.25, 35.75 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทมีสถานภาพการสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.50 โสดคิดเป็นร้อยละ 53.50 มีระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.50 ไม่มีอาชีพ อยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 49.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.03 ปี รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,197.00 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.22 ปี และระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ยเท่ากับ 7.69 ปี

2. ตัวทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X_1) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X_5) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X_3) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.67

3. สมการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้คะแนนดิบคือ

$$Y' = 52.565 + .920X_1 + 1.213 X_5 + .683X_3$$

และสมการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คะแนนมาตรฐานคือ

$$Z' = .314Z_1 + .263Z_5 + .219 Z_3$$

อภิปรายผล/Discusstion

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และเพื่อทำนายปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Intercorrelation Coefficient) ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในตัวแปรทำนายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) มีความสัมพันธ์ทางบวกทุกตัวแปร เมื่อเรียงลำดับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในจากมากไปหาน้อยได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X_1) ($r = .593$) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X_5) ($r = .535$) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X_3) ($r = .513$) การ

ยอมรับและเห็นคุณค่า (X_2) ($r = .458$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (X_6) ($r = .454$) และการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ (X_4) ($r = .453$) ตามลำดับ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ โรสสเลอร์, ซาลีน, คูชีเอโร, เรนฮาร์ด และ เคอร์นิก (Rossler, Salize, Cucchiaro, Rainhard & Kernig, 1999) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ($r = 0.34$ $p = .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีน, เรมอนด์, ซีลีน และ เพียร์รี (Jean, Raymond, Celine & Pierre, 1998) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในประเทศแคนาดา พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกเช่นกัน ($r = 0.45$, $p = .001$) ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นความสัมพันธ์ทางบวก ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ภายใต้วัฒนธรรมใดก็ตาม

การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อความเครียดได้มากขึ้น (Caplan, 1974) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นได้

2. การศึกษาอำนาจการทำนาย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X_1) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X_5) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X_3) การยอมรับและเห็นคุณค่า (X_2) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (X_6) และการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ (X_4) และใช้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) เป็นตัวเกณฑ์ พบว่า ตัวทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Y) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (X_1) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (X_5) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม (X_3) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ 8.67 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เป็นตัวแปรเป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์แล้วจะทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจ เนื่องจากการสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อความเครียดได้มากขึ้น (Caplan, 1974) ดังจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วย รู้ว่าตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต ขวัญสุดา บุญทศ, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล (2554) ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการด้านอารมณ์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับ ปานกลาง ($r = .579$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ				ค่าน้ำหนักตัวพยากรณ์				
	R	R ²	SE _{est}	F	b	SE _b	β	t	อันดับที่

ตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงต้องมี การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วม ยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมเห็นคุณค่าผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อศึกษาความแตกต่างและแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยมุ่งเน้น กิจกรรมที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.พรพรรณ วรสีหะ คณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ และ Sunandha Rajabhat งบประมาณสนับสนุนโครงการวิจัยงบรายได้ ปี 2557

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .(2557). *สถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต*.กรุงเทพมหานคร: กองแผนงาน.
- กรองจิต วลัยศรี. (2551). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม* .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการศึกษาพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญสุดา บุญทศ, , สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(2554).*การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554
- จันทร์หา อีระสมบุรณ์ .(2543). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*: การประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 การปฏิรูประบบสาธารณสุข วันที่ 23 – 25 สิงหาคม 2543.สงขลา:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ .(2557). *รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*.รายงานการวิจัย.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด.นนทบุรี.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). โรคจิตเภท ในมาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขณิชย์ .(บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ.(2547).*รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภาพ เรืองตระกูล (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์

- สมจิต แดนสีแก้ว.(2548). *การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท: หน่วยที่ 15. ใน*เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15*. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 216-251). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์
- สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ.2538. *ผลของการให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วยจิตเภทกับญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*.ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and Community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cronbach, Lee. (1974). *Essential of Psychological Testing*. 3rd ed. New York: Harper & Row Publisher.P. 161.
- Mueser,K.T.,Bond,G.R.,Drake,R.E.,&Resnick,S.G .(1998).**Model of community care for severs mental illness** : A review of research on case management .Schizophrenia Bulletin, 24 (1) ,37- 74.
- Stringer.T.1996.**Action research :A handbook for practitioners**.NewDelhi:Sage.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Richard W.Goldberg,Angela L.Rollins and scot W. McNary. The Working Alliance Inventory ; Modification And Use With People With Serious Mental Illness In A Vocational Rehabilitation Program. *Psychiatric rehabilitation Journal*.
- Rosler, W., Salize, H.J., Cucchiario, G., Reinhard, L. & Kernig, C., (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of (Electronic version) schizophrenia ?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 142-148.
- Grero,B.& Worley,K.N. (2001).**Community psychiatric nursing care** .In M.T.Laraia & G.W. Stuart (Eds.) *Principles and practice of psychiatric nursing* (seven edition) . pp (728-743). St.Louis: Mosby.
- Mueser,K.T.,Bond,G.R.,Drake,R.E.,&Resnick,S.G3. (1998) .**Model of community care for severs mental illness** : A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1) ,37- 74.
- Jean, C., Raymomd, T., Ce'line, M. & Pierre, L. (1998) Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparative study. *Community Mental Health Journal*, 34(5). 477-485.
- Richard W.Goldberg,Angela L.Rollins and scot W. McNary. The Working Alliance Inventory ; Modification and Use with People With Serious Mental Illness In A

Vocational Rehabilitation Program. *Psychiatric rehabilitation Journal* 2004;27(3):270

Stringer.T.(1996) .**Action research :A handbook for practitioners**.New Delhi:Sage.

The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Organization Quality of life assessment instrument. In Oreley, J. & Kuyen, W. (Eds). *Quality of Life assessment : international perspective*, (pp.41-57). New York: Springer-Verlag.

The WHOQOL Group. (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO.