

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ยุพาพรรณ มหา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ยูพาพรรณ มาหา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา และรูปแบบการจัดทำวิทยานิพนธ์ในส่วนต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดจนให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองปราจีนบุรี ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ตลอดระยะเวลาในการศึกษา รวมทั้งผู้พิมพ์หนังสือ วิทยานิพนธ์ และเอกสารอ้างอิง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ประกอบการศึกษา และอ้างอิงทางวิชาการครั้งนี้ และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ ร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเอื้ออาทรมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ยุพาพรรณ มาหา

54920291: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/ การดูแลแบบองค์รวม/ ผู้ป่วยจิตเภท

ยุทธาพรรณ มาหา: ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECTS OF HOLISTIC CARING PROGRAM

ON SELF-CARE BEHAVIORS AND SELF-ESTEEM AMONG PATIENTS WITH

SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., ชนิดดา แนบเกษร,

Ph.D. 108 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ด้วยวิธีการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ( $\bar{X} = 66.50, SD = 3.83$ ;  $\bar{X} = 33.83, SD = 3.51$ ) และระยะติดตามผล 1 เดือน ( $\bar{X} = 68.75, SD = 3.11$ ;  $\bar{X} = 36.17, SD = 3.63$ ) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 63.83, SD = 3.59$ ;  $\bar{X} = 27.92, SD = 3.32$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

54920291: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: SELF-CARE BEHAVIORS/ SELF-ESTEEM/ HOLISTIC CARING/ AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

YUPAPUN MAHA: THE EFFECTS OF HOLISTIC CARING PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND SELF-ESTEEM AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.

ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., CHANUTDA NABKASORN, Ph.D. 108 P. 2018.

The promoting of self-care ability for patients with schizophrenia is an important method to enhance their self-care behaviors and self-esteem. The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of the holistic caring program on self-care behaviors and self-esteem among 24 patients with schizophrenia who have service in psychiatric clinic at Chaophyaabhaibhubejhr hospital, Prachinburi province and met the inclusion criteria. They were randomly assigned into either the experimental group ( $n = 12$ ) and the control group ( $n = 12$ ). The experimental group participated in the holistic caring program for 6 weeks period, 1 session per week; each session took about 60 to 90 minutes. Whereas, participants in the control group received routine nursing care from the primary health care center. The self-care behaviors scale and self-esteem scale were administered to participants in both groups at pre-post tests and one month follow-up. These scales yielded Cronbach's alpha of .81 and .83, respectively. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparison using Bonferroni method were employed to analyze the data.

The results of the study revealed that the experimental groups had the mean scores of self-care behaviors and self-esteem at post-test and 1-month follow-up significantly higher than the control groups as  $p < .001$ . In the experimental group, the mean scores of self-care behaviors and self-esteem at post-test ( $\bar{X} = 66.50, SD = 3.83; \bar{X} = 33.83, SD = 3.51$ ), and 1month follow-up ( $\bar{X} = 68.75, SD = 3.11; \bar{X} = 36.17, SD = 3.63$ ) were higher than the mean score at pre-test ( $\bar{X} = 3.83, SD = 3.59; \bar{X} = 27.92, SD = 3.32$ ) with  $p < .001$

The results revealed that this program could effectively enhance self-care behaviors and self-esteem of schizophrenic patients. There fore, nurses and related health care providers could apply this program to promote self-care behaviors and self-esteem among the other psychiatric or chronic patients in order to decrease their quality of life.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท.....	12
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท.....	17
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท.....	25
โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท.....	31
3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	42
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	48

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และผลเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	53
ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54
ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผลเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	57
ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย จิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	58
5 สรุปและอภิปรายผล.....	62
สรุปผลการวิจัย.....	62
การอภิปรายผล.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	76
ภาคผนวก ก.....	77
ภาคผนวก ข.....	79
ภาคผนวก ค.....	96
ภาคผนวก ง.....	102

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	108



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เปรียบเทียบกิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem..... 39
2	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน..... 50
3	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน..... 53
4	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง..... 53
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง..... 54
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni..... 56
7	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน..... 57
8	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง..... 58
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง..... 58
10	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni..... 61

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
2 สรุปขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
3 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง.....	55
4 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง.....	59

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบมากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2006) จากสถิติพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน โดยมีอัตราความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคประมาณร้อยละ 0.3-0.7 และพบได้ในเพศหญิงและเพศชายพอ ๆ กัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) สำหรับประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.1 ต่อ 1 ระยะเวลาที่พบอุบัติการณ์ของโรค คือ ช่วงอายุ 15-24 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากการทบทวนสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในปี พ.ศ. 2557, พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 มีจำนวน 168,251, 268,293 และ 231,908 คน คิดเป็นร้อยละ 15.54, 25.06 และ 20.90 ของจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2557, พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 706, 680 และ 796 คน คิดเป็นร้อยละ 16.77, 17.87 และ 18.02 ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2559) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้มีพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและสติปัญญาส่วนใหญ่ปกติ (WHO, 2006) อาการทางคลินิกของโรคที่พบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่หนึ่งอาการทางบวก มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มอาการทางลบ ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยเมย พูดน้อย ไม่ยินดียินร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคออกเป็นสามระยะ คือ ระยะที่หนึ่งระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง เกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำพูดและมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ ญาติมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ในระยะนี้หากเป็นอยู่นานอาการผู้ป่วยจะแย่ลงเรื่อย ๆ

จนกระทั่งเข้าสู่ระยะที่สอง คือ ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอนมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร อารมณ์และพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น ระยะนี้เป็นระยะที่ส่วนใหญ่ญาติมักพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอาการทางจิตบรรเทาลง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้ จะเข้าสู่ระยะที่สาม คือ ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่อาการยังไม่หมดไป มีอาการคล้ายกับระยะเริ่ม แต่มีสภาพจิตใจเสื่อมลงมากกว่า เช่น อาการเฉยเมยไร้อารมณ์ (Flat affect) ขาดความคิดริเริ่ม ส่วนอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก การดำเนินการของโรคส่วนใหญ่มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาด โดยผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบขึ้นมาอีกได้เป็นช่วง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับเรื้อรัง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) มีการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (WHO, 2006) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่กลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Ziedonis, Yanos, & Silverstein, 2007) เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (Coring & Cook, 2007) มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อนงค์ ธรรมโรจน์, 2542) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมที่ตนเองปฏิบัติอยู่ บางครั้งต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว (วิศรา ใจคำปัน, 2550) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004) และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55 (Chou, Lin, & Chu, 2002) ส่วนผลกระทบต่อสังคมเกิดจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่มีอาการกำเริบมักจะควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540; สมภพ เรืองตระกูล, 2545; Dickerson, Parente, & Ringel, 2000) ทำให้บุคคลส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีคนจ้างทำงานหรือถูกสังคมนรังเกียจ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก จากสถิติพบว่า รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 13,505 บาทต่อคนต่อปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากผลกระทบของการเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โรคจิตเภทเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับ

การรักษาเพื่อควบคุมอาการและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ คือ การรักษาด้วยยาและการรักษา ด้านจิตสังคม โดยการรักษาจะแบ่งออกเป็นสามช่วง ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) มีเป้าหมาย การรักษาเพื่อลดอาการทางจิตลง ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากมีอาการ สงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และระยะอาการคงที่ (Stable and Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ สำหรับการรักษาด้านจิตสังคมนั้นเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การให้ คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การทำกลุ่มบำบัด (Group therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและหาวิธีแก้ปัญหา รวมทั้งสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) และนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) ซึ่งรูปแบบการบำบัดเหล่านี้จะให้ผลดีในการลดอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายในการควบคุม รักษาอาการทางจิตและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและกลับมาอยู่ที่บ้านยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึง ร้อยละ 80 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Linstrom & Bingerfors, 2000) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาป่วยซ้ำหลากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดยา ซึ่งปัญหา การขาดยานับว่าเป็นปัญหาและสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเกิดการข้างเคียงของยาก่อนข้างมาก จึงทำให้เบื่อหน่าย ไม่ยอมรับประทานยา (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) การจัดการกับอารมณ์ของตนเองไม่เหมาะสม เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำได้มาก โดยมีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 ต้องเผชิญ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) หรือจากการที่ผู้ป่วย จิตเภทเป็นผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางรายไม่สามารถจัดการกับอารมณ์หรือผ่อนคลาย ความเครียดของตนเองได้ (วยุณี ช่างมิ่ง, 2546; Videbeck, 2001) การไม่สามารถระบุอาการเตือน ก่อนอาการกำเริบของตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถหาวิธีในการจัดการกับอาการเตือนที่เหมาะสม

(วฤณี ช้างมิ่ง, 2546) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำได้มากอีกปัจจัย ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่มีผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง เนื่องจากบุหรี่ทำให้อัตราเผาผลาญของยามากขึ้น จึงต้องเพิ่มขนาดของยาสูงขึ้น (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช ติดสารเสพติดหรือสุรา ซึ่งการติดสารเสพติดหรือสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต และก่อให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้นกว่าเดิม (Swartz, Marvin, Swanson, & Wagner, 2006)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (1995) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดจากความริเริ่มตั้งใจกระทำ พฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ไม่ได้คิดค้นมาตั้งแต่กำเนิดโดยบุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากความเชื่อ อุปนิสัยและวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนในสังคม (Orem, 1995) พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น มีสามประการดังนี้ ประการแรก การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง ประการที่สอง การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ของชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สู่ภาวะในวัยต่าง ๆ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และประการที่สาม การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การมีความรู้เรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และไม่กลับมาป่วยซ้ำ จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับประทานยา นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภท ยังมีความต้องการในเรื่องของความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา การสังเกตผลข้างเคียงของยา

(Draine, 1997) การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด (Baker, 1995) เพราะเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดูแลตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ (Kaplan & Sadock, 1998) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองด้วยตนเองได้ จะช่วยลดการกลับป่วยซ้ำ และช่วยให้อาการทางจิตสงบ (พรทิพย์ ไชยสะอาด และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพ้นหายจากความเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.59 (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) และร้อยละ 62.1 (เสวิกุล จำสนอง, 2546) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ร้อยละ 54.44 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ร้อยละ 55.02 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 46.99 (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ซึ่งจะเห็นว่า ยังมีผู้ป่วยจิตเภทอีกประมาณร้อยละ 50 ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองซึ่งอาจจะส่งผลให้มีอาการกำเริบของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือไม่รับประทานยา ก็จะไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มักจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถเข้าสังคมได้ ส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Burckhard, 1985) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดของตนเองและความรู้สึกต่อตนเองว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าศักยภาพตนเองด้อยลง มักมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (ศิริพร ทองบ่อ, 2549) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และมองตนเองไร้ความสามารถ (ภุมมาชาติ แสงเขียว, 2542) แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ลดภาระการดูแลจากบุคคลอื่น ก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่กลับป่วยซ้ำบ่อย (เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ และวิมล นุชสวาท, 2557) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Muhlenkamp & Sayles, 1986) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีก็จะมีอาการของโรคที่ดีขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1979) จากการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรค โดยในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Silverstone & Salsali, 2003) และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง และมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังต้องการการยอมรับจากสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป (ขวัญสุดา บุญทด, 2554) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จะสามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างผาสุก

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำค่อนข้างสูง ทั้งนี้เป็นผลมาจากข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือขาดผู้ดูแล ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองค่อนข้างต่ำ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549) ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มาพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ จะติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อติดตามเรื่องอาการ การรับประทานยา การดูแลสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทำให้สามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยได้เพียงปีละครั้งหรือตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยและครอบครัวจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขาดทักษะการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือไม่กล้ามีส่วนร่วมในสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางรายพักอาศัยอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแลหรือญาติในการช่วยเหลือประคับประคอง จึงมีสถิติกลับมาป่วยซ้ำค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยจิตเภทขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในชุมชนได้อย่างผาสุก



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

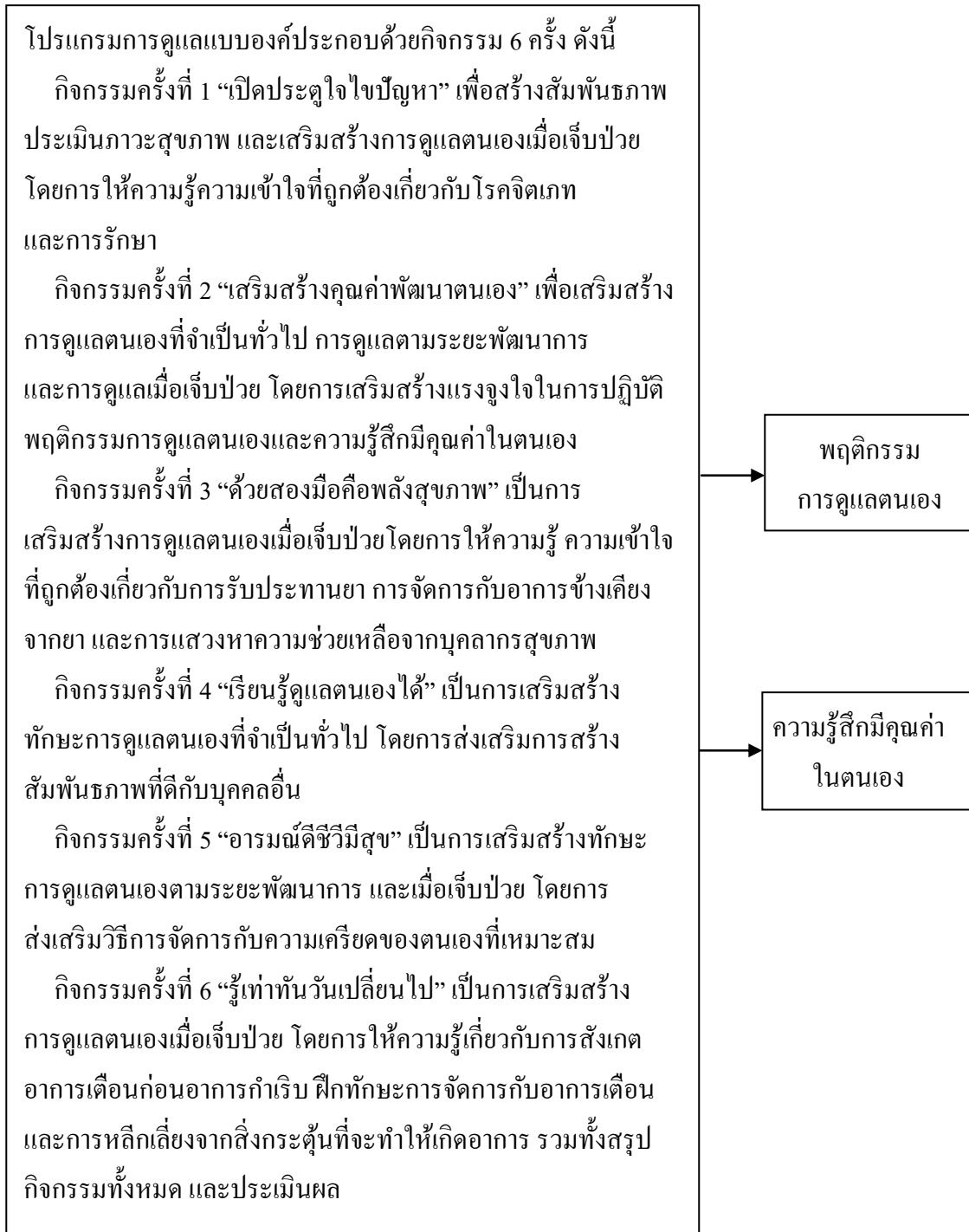
กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างผาสุก เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเป็นองค์รวม

ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ได้เหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปได้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ และสามารถดูแลความเจ็บป่วยของตนเองได้ก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองที่ครอบคลุมการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม กิจกรรมของโปรแกรม ฯ ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง โดยมีสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบ มีภาวะสุขภาพที่ดี มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้มากขึ้น ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (The 10<sup>th</sup> Edition of International Classification Disease [ICD-10]) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีอาการทางจิตเล็กน้อย จากการประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1995) ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกถึงการยอมรับตนเอง การนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง การชื่นชมในข้อดีของตนเอง และการยอมรับความผิดพลาดของตนเอง (Rosenberg, 1979) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม หมายถึง รูปแบบของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โปรแกรม ๑ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล จำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น และการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับจาก  
พยาบาลวิชาชีพของสถานบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี โดยการเยี่ยมบ้าน  
เพื่อติดตามอาการ การรับประทานยา และการดูแลสภาพความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท  
อย่างน้อยรายละหนึ่งครั้งต่อปีหรือตามสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
4. โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (The 10<sup>th</sup> Edition of International Classification Disease [ICD-10]) โดยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะมีความผิดปกติ ด้านความคิด และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunt) แต่สติสัมปชัญญะและความสามารถ ด้านเชาว์ปัญญามักคืออยู่ถึงแม้จะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognition) โดยไม่มีโรคทางกายและโรค ทางสมองที่อาจจะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยต่อเนื่องไว้ 6 เดือนขึ้นไป (WHO, 2006) แต่ต้องมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านการพูด มีพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผล และมีอาการด้านลบ (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

โรคจิตเภทมีอัตราความชุกตลอดชีพ ประมาณร้อยละ 0.3-0.7 ของประชากรโลก (APA, 2000) สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกตลอดชีพของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 และพบได้ ในเพศหญิงและเพศชายพอ ๆ กัน ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทพบบ่อยในช่วงอายุ 15-24 ปี (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ปัจจุบันเรายังไม่รู้แน่ชัดว่าโรคจิตเภทเกิดจากอะไร แต่เท่าที่รู้พบว่า เกิดจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม สารเคมีในสมอง ปริมาณเนื้อสมอง โครงสร้างของสมอง โดยพบว่า สมองมีความผิดปกติของสารเคมีที่สำคัญ ได้แก่ โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ ส่งผลให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สภาพอารมณ์ของบุคคล

ในครอบครัว ตลอดจนสภาพสังคมที่บีบคั้นก็เป็นปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทเช่นกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการของความผิดปกติด้านความคิด ด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งจะมีมากกว่าคนปกติทั่วไปที่เรียกว่ากลุ่มอาการด้านบวก เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน และอาการที่ขาดไปจากคนปกติทั่ว ๆ ไปพึงมี หรือเรียกว่ากลุ่มอาการด้านลบ เช่น แยกตัว ขาดความกระตือรือร้น ไร้อารมณ์ พุดจาไม่ปะติดปะต่อ มีพฤติกรรมและอารมณ์ ไม่สมเหตุสมผล ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติ ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาแม้อาการจะกำเริบหลายครั้งแล้วก็ตาม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ส่วนการดำเนินโรคจิตเภทนั้น ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเมื่อเป็นแล้ว มักไม่หายขาด มักจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยการเกิดอาการแต่ละครั้ง เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งอาการเป็น 3 ระยะดังนี้ (Kaplan & Sadock, 2000)

1. ระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ การทำงาน และการศึกษา มีประสิทธิภาพลดลง ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สนใจเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการแต่งกาย ญาติมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ได้้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ปี ก่อนที่อาการจะกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และทรัพย์สิน

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่รุนแรงเท่าอาการกำเริบ มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงหรือเลื่อมลง ลักษณะอาการเป็นอาการทางด้านลบ เช่น เก็บตัว แยกตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง ในระยะนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เกิดความเครียด ส่งผลให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ ในระยะหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ มักแยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน มักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตัวเอง

สำหรับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการรักษาตามอาการในระยะที่มีอาการทางจิต เป้าหมายทางการรักษาเพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากโรค และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลา จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งการรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยาซึ่งนับว่าเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหา มาจากการขาดยา ดังนั้นการรักษาด้วยยานี้จิตแพทย์จำเป็นต้องปรับยาตามสภาพอาการของผู้ป่วย จิตเภทแต่ละคน หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ก็ใช้วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) ร่วมไปด้วย ส่วนการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อีกประการ คือ การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัด (Psychotherapy) เช่น การให้คำแนะนำ แก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เนื่องจากอาการ ของผู้ป่วยจิตเภทมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้น บ้างแล้วแต่ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปปฏิบัติได้ เป็นแนวทางในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ โดยผู้บำบัด ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่า ความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน ไม่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น การรักษาอีกประการ คือ นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย จิตเภทให้น่าอยู่ ระบบการบริการเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วย ต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

#### **ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภท**

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม ส่วนใหญ่เมื่อเป็นโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ทำให้มีปัญหาในการทำงาน ส่งผลต่อ การดำเนินชีวิต เนื่องจากมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตัวเองมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่สนใจ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (हत्यรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ดังนั้นเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท จึงส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนี้



1. ผลกระทบต่อตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทระยะเริ่มต้นเป็นระยะที่มีรอยโรคหรือมีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางและนำไปสู่การเกิดอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเสื่อมสภาพ (Impairment) หรือเกิดความผิดปกติของสภาพจิตใจ โครงสร้างหรือการทำงานที่ของร่างกาย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด ซึ่งความผิดปกตินี้หากไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่ระยะไร้ความสามารถ (Disability) เป็นระยะที่มีข้อจำกัดหรือขีดความสามารถในการทำหน้าที่อย่างคนปกติ ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ส่งผลให้ทักษะทางสังคมบกพร่อง ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยทางจิตนาน ๆ และไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเสื่อมสภาพหรือระยะไร้ความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ (Handicap) คือ สูญเสียการดำรงชีวิตในที่สุด โดยความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย จะเสื่อมลงเล็กน้อยในช่วง 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบความเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วย และจะเสื่อมลงอย่างมากตามจำนวนครั้งของอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickler, 1991)

นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในหลายด้าน ดังนี้

1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติไป มีความสนใจเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่กลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Ziedonis et al., 2007) ซึ่งระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลต่อความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่จะเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันจะต้องสอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยด้วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการให้ความสำคัญต่อความเข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังว่าเขาสามารถที่จะมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ (อนงค์ ธรรมโรจน์, 2542)

1.2 ขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบมักจะมีอารมณ์เฉยเมย พูดน้อย แยกตัวเองออกจากสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษ, 2555)

1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความคิด การรับรู้หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีความสนใจเอาใจใส่ในตนเองลดลง ขาดทักษะทางสังคม ตกงาน และถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเอง คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสื่อมสมรรถภาพ หรือความบกพร่องไม่สามารถบรรลุมตามตามที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้

ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง (ศิริพร ทองบ่อ, 2549; Coring & Cook, 2007; Silverstone & Salsali, 2003)

1.4 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง เก่งว่าตนเองไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว ทำให้ไม่กล้าที่จะลองทำหรือหาประสบการณ์เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การไม่มีแรงจูงใจอาจทำให้อ่อนล้าแยกตัวเอง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมน้อยลง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.5 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเนื่องจากการปฏิเสธการเจ็บป่วย มีปัญหาในการเดินทางมารับยา ไม่มีคนช่วยเหลือในการรับประทานยาหรืออาจเนื่องจากความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา จึงเป็นผลทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551; Sadock & Sadock, 2000)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทยังมีความบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การแยกตัว ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ ขาดทักษะการดำเนินชีวิต และไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการส่งเสริมให้มีมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างผาสุก

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูญเสียเวลาเป็นส่วนตัว ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน (ไพรัตน์ พุกฤษชาติคุณากร, 2542) ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกทุกข์ใจ เพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรังและต่อเนื่อง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดอิสรภาพเนื่องจากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยซ้ำ ความเป็นอยู่และการถูกคุกคามทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) ขณะเดียวกันก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว มีความเดือดร้อนทางการเงิน มีภาระหนี้สิน นอกจากนี้ครอบครัวยังสูญเสียความคาดหวังในอนาคตต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวสูง โดยพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตเวชมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต ร้อยละ 66.67 (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) อาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทสร้างความเครียดทวารให้กับญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกัน (Harriet, 1993 อ้างถึงใน เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2550)

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ และบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย มีขีดจำกัดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทตามปกติ (WHO, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ถูกปฏิเสธจากสังคม ตกงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (Breier et al., 1991) เกิดความเครียด อาจทำให้อาการกำเริบ หากควบคุมตนเองไม่ได้ อาจถูกทำร้ายหรือทำร้ายผู้อื่นได้ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) บางครั้งมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นภัยต่อสังคม ส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ (Mallakh, 1998) นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสถิติพบว่า ต้นทุนการดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยทางจิตเวชเฉลี่ยในผู้ป่วยหนึ่งรายเท่ากับ 19,632 บาท ต่อปี (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2547) สอดคล้องกับรายงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 รายงานงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละคนเฉลี่ย 13,505 บาทต่อปี จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศอย่างมาก (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง คือ เมื่อผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพของโรค เริ่มเกิดความผิดปกติของสภาพจิตใจ โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หากไม่ได้รับการจัดการหรือรักษาตั้งแต่ต้น พยาธิสภาพของโรคก็จะเพิ่มระยะความรุนแรงมากขึ้น ยิ่งการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานาน ผลที่ตามมายิ่งเพิ่มมากขึ้น ไม่เฉพาะผลกระทบต่อตนเองในด้านบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีความเข้มแข็งทางใจ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หากยังไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ และส่งผลกระทบไปยังครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไปอีกด้วย

### พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท กระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1995) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน หลังจากรักษาในโรงพยาบาล

เพื่อควบคุมอาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้าน ในด้านดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเองทั้งในเรื่องการรักษาโรค การเข้าใจถึงภาวะของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสภาพของโรค เพื่อดำรงรักษาสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี และพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995)

### ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

Orem (1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้อธิบายถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลซึ่งเป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารกวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากอารมณ์เครียด

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งถ้าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ทั้ง 3 ด้าน จะส่งผลให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง

#### **ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง**

การที่จะเข้าใจกระบวนการพิจารณากำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นจะต้องเข้าใจปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบครอบครัว วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ

1. อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจ หาทองเลือกที่ดีสอดคล้องกับการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปี

## 2. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านร่างกายและจิตใจ

อาจส่งผลให้เกิดการแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dongen (1989 อ้างถึงใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิต จำนวน 92 ราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาดีกว่าเพศชาย

3. ระยะพัฒนาการ พัฒนาการในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ต่างต่างกัน เช่น ในวัยเด็กอาจยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีการพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ดี แต่เนื่องจากภาวะการฉีกเจ็บป่วย ส่งผลต่อพัฒนาการความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ใหญ่ผู้นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็น โสด (Brown et al., 1997 อ้างถึงใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

4. ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่ง อาการของโรคอาจกำเริบเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำบ่อย จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้นด้วย (ชวนขวัญ สิ้นธิภมร, 2552)

5. สังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากภาวะการฉีกเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครวัไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ป่วยจิตเภทระยะที่มีอาการหลงเหลืออยู่นั้น สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้น หมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่าจะพูดหรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อการกลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ ก็ยังทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้ในที่สุด

6. ระบบครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมที่สำคัญมาก เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะภาวะการฉีกเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอยู่กับโรคเกือบตลอดทั้งชีวิต ยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะหลงเหลือต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัว

จะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก

7. วิถีชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีวิถีชีวิตในการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านโภชนาการ การพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า การขับถ่ายปกติ การปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในเรื่องการรับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้หรือล้มรับประทานอาหาร การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการกลับป่วยซ้ำและฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม

8. สิ่งแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเอง เช่น พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียง ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

9. แหล่งประ โยชน์ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความรุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง เสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเองได้

10. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นถ้าระบบบริการสุขภาพในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายลงมาก สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

ในทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem นั้น ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความ ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน และจะจำเป็นมากขึ้นเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองดี ลดภาระการดูแลจากบุคคลอื่นได้ จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่เกิดอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำบ่อย (เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ, 2557)

### **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท กระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1995) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลที่เริ่มตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการ การเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เมื่อปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละคนดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด และพฤติกรรมการดูแลตนเองยังเป็นการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของแต่ละชนแต่ละกลุ่ม แม้การตัดสินใจและการปฏิบัติเพื่อที่จะตอบสนองการดูแลตนเองนั้น ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่คนเราก็ต้องการที่จะเรียนรู้ ใช้ความรู้ สร้างแรงจูงใจเพิ่มทักษะ และมีความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) แต่การปฏิบัติในกิจกรรมของตนเองจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.59 (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) และร้อยละ 62.1 (เสวิกุล จำสนอง, 2546) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นด้านทั่วไป ร้อยละ 54.44 ด้านตามระยะพัฒนาการ ร้อยละ 55.02 และด้านเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 46.99 (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทยังมีความบกพร่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอยู่ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยอย่างยิ่ง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะกลับมาอยู่ที่บ้าน บกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 80 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Lindstrom & Bingerfors, 2000) โดยพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำ คือ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา



ซึ่งปัญหาการขาดยานับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุด (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551; Sadock & Sadock, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ การไม่สามารถระบุอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคมากขึ้น (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นด้านทั่วไปและด้านเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) ไม่สนใจในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่หวีผม ไม่ผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) สวมใส่เสื้อผ้าเก่า ๆ ซึ่งดูแล้วไม่เหมาะสม บางครั้งออกนอกบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้า (รัชณี อุปเสน, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาการขับถ่าย เนื่องจากไม่เคลื่อนไหวอยู่ท่าเดิมนาน ๆ ไม่สนใจออกกำลังกาย บางรายพบมีปัญหาไม่รักษาความสะอาดห้องส้วม หลังขับถ่าย หรือเล่นอุจจาระ ปัสสาวะของตนเอง มีปัญหาด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่น มักพูดพึมพำโต้ตอบคนเดียว (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) มักแยกตัวอยู่ลำพัง ไม่นอน ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทศภา นุปผาสังข์, 2545) ส่วนการพักผ่อนนอนหลับนั้นผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาเรื่องการนอน มีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน พบว่า บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืนแต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้วิธีปฏิบัติเพื่อการการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว และจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือในภาวะเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและกลับมาอยู่ที่บ้านยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 80 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2558; Lindstrom & Bingerfors, 2000; Sadock & Sadock, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดอาการกำเริบ ได้แก่

1. การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือการขาดยาเกิดจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียงของยาก่อนข้างมาก จึงทำให้เบื่อหน่ายไม่ยอมรับประทานยา (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) ซึ่งการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วควรรับประทานต่อไปอีก 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไป ควรรับประทานยาต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลายาวถึง 5 ปี แต่ถ้าเป็นนานกว่านี้ต้องรับประทานยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล,

2543) หากหยุดยาอย่างกะทันหันจะทำให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) โดยมีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในปีแรก และแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดมา (Ruscher, Wit, & Mazmanian, 1997 อ้างถึงใน ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551)

2. การจัดการกับอารมณ์ของตนเองไม่เหมาะสม เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำได้มาก โดยมีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) หรือจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางรายไม่สามารถจัดการกับอารมณ์หรือผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้ (วยุณี ช้างมิ่ง, 2546)

3. การไม่สามารถระบุอาการเตือนก่อนอาการกำเริบของตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถหาวิธีในการจัดการกับอาการเตือนที่เหมาะสม (วยุณี ช้างมิ่ง, 2546) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสอาการกำเริบได้สูง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีการดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 63 มีอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต ซึ่งจะมีอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป (Baker, 1995) โดยเริ่มมีอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต 2 สัปดาห์ (Heinrichs & Carpenter, 1984 cited in Baker, 1995)

4. การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่มีผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง เนื่องจากบุหรี่ทำให้อัตราเผาผลาญของยามากขึ้น จึงต้องเพิ่มขนาดของยาสูงขึ้น (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชติดสารเสพติดหรือสุรา ซึ่งการติดสารเสพติดหรือสุรา มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต และก่อให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้นกว่าเดิม (Swartz et al., 2006)

จากปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลรักษาโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม (มยุรี เพชรอักษร, 2532) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในสองด้านนี้ อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น พึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ลดภาระของผู้ดูแล สามารถอยู่ในสังคมได้ตามภาวะสุขภาพของตนเอง และจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986)

## ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใต้จิตใจของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการยอมรับตนเอง การนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง การชื่นชมในข้อดีของตนเอง และการยอมรับความผิดพลาดของตนเองที่เกิดขึ้นซึ่งพร้อมที่จะแก้ไข (Rosenberg, 1979)

Rosenberg (1979) กล่าวว่า ความมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง อัตมโนทัศน์ (Self-concept) ซึ่งมี 2 มิติ ดังนี้

1. การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) เป็นความรู้ความเข้าใจที่มีต่อตนเองว่า ตนเองเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร

2. การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่น หรือบุคคลอื่น เพื่อให้รู้ว่าตนเองมีคุณค่าหรือมีความภูมิใจในตนเองว่าสูงหรือต่ำอย่างไร การประเมินตนเองส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่า บุคคลจะรู้สึก ต่อตนเองในเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไรก็จะนำไปสู่การปฏิบัติเช่นนั้น

นอกจากนี้ Rosenberg (1979) ยังแบ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น 2 บริบท ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม (Global self-esteem) คือ การที่บุคคลมีทัศนคติ ต่อตนเองโดยรวม ไม่แยกพิจารณาด้านใดด้านหนึ่ง แต่จะมองในลักษณะคนหนึ่ง

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉพาะด้าน (Specific self-esteem) คือ การที่บุคคล มีทัศนคติต่อตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง โดยปกติเมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเรื่องใด เรื่องหนึ่งแล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมองตนเองในภาพรวมว่ามีคุณค่า ในทางตรงกันข้ามหากบุคคล มองตนเองว่าด้อยคุณค่าหรือความรู้สึกมีคุณค่าด้านใดด้านหนึ่งลดลง การประเมินคุณค่าในตนเอง ในภาพรวมก็จะต่ำลงด้วย

นอกจากนี้ Rosenberg (1979) ยังอธิบายเพิ่มเติมว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นเอกลักษณ์ในการตัดสินความเป็นตัวตนของบุคคล เช่น บุคคลที่คิดว่าตนเป็นคนฉลาด มีเสน่ห์ มีคุณธรรม บุคคลนั้นก็จะมีตนเองว่ามีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนบุคคลที่มีฐานะยากจน ประสบความล้มเหลวในชีวิตหรือมีภาวะเจ็บป่วย บุคคลนั้นก็จะมีคุณค่าในตนเอง โดยรวมต่ำ โดยปกติบุคคลมักจะเลือกเอกลักษณ์ที่สำคัญหรือเด่นทางสังคมมาเป็นหลักในการประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และหากบุคคลมีเอกลักษณ์เด่นไปในทางใดก็จะส่งผลให้บุคคล มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางนั้น การที่บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง หรือต่ำนั้นมีสาเหตุมาจากการมองค่านิยมตนเอง และความสามารถทั่วไปของตนเอง ซึ่งหากบุคคล ประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าแล้วพบว่า เป็นไปตามเป้าหมาย ก็จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองสูง ในทางตรงข้ามหากบุคคลประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าแล้วพบว่า 'ไม่เป็นไป ตามเป้าหมายก็จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำก็จะไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองว่าเป็นคนไม่ดี รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้เกิดความรู้สึกมีปมด้อย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Silverstone & Salsali, 2003) เนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Burckhard, 1985) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะมีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกสิ้นหวัง และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายในระดับสูง เช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าคุณค่าตนเองบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้มองตนเองไร้ความสามารถ รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง (กฤษมาชาติ แสงเขียว, 2542) ยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดและความรู้สึกต่อตนเองว่าต้องพึ่งยา ทำให้ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าศักยภาพตนเองด้อยลง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงเช่นกัน (ศิริพร ทองบ่อ, 2549) จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของ ขวัญสุดา บุญทอด (2554) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญต่อการได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้คุณค่า การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความต้องการให้บุคคลอื่นมองด้านบวก ให้เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้อับอาย จากการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ วุฒิกร จันทรังษี (2549) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.93 ซึ่งต่ำกว่าโรคจิตเวชอื่น ๆ จะเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อป่วยแล้วมักไม่ค่อยหายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (พันธ์ศักดิ์ วราอัสวปดิ และทวี ตั้งเสรี, 2536) มีรายงานว่าหลังจากอาการกำเริบครั้งที่สอง ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีโอกาสเกิด ความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแล (Kaplan & Sadock, 2000) รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับผู้อื่น
2. ความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้การทำงานไม่สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดปัญหา ในการประกอบอาชีพจากการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงานที่ทำงาน ผู้ป่วยจิตเภท

ที่มีอาการรุนแรงมักจะขาดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้เผชิญกับภาวะตกงาน (Lieberman, 1992)

3. รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ถูกกลั่นแกล้ง ญาติพี่น้องไม่ยอมรับตนเอง จึงตำหนิตนเองที่ไม่มีใครต้องการ (Carson, 1989; Carpenito, 1997) ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลง (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

4. ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากคนรอบข้าง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องตกอยู่ในสภาพที่คล้อยตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ มักถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ ทำให้รู้สึกเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองมาก (Carpenito, 1989 อ้างถึงใน กมลพรรณ หอมนาน, 2539)

จากปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด มีอาการกำเริบซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความบีบคั้นทุกข์ทรมานทางจิตใจ รู้สึกอ่อนแอท้อแท้หมดหวัง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ ขาดอิสระในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง มองตนเองว่าไร้ความสามารถ (กุมมาชาติ แสงเขียว, 2542)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า (Walz, 1992) และสามารถบอกได้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล (Taft, 1985) ที่สำคัญความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะแสดงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันออกมาอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งด้านคำพูดและพฤติกรรม (Coopersmith, 1981) ซึ่งจะกลายเป็นลักษณะสำคัญของบุคลิกภาพตามมา (Pervin, 1980) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นบุคคลที่มีความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองมีค่า มีความสามารถ (Coopersmith, 1981; Schulz, 1971) กล้าเปิดเผยตนเองให้ผู้อื่นรู้จัก รู้สึกมั่นคงปลอดภัยสูง (Hamacheck, 1978) ยอมรับตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น กล้าแสดงความคิดเห็น และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น (Hill & Smith, 1990) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ ดังนั้นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจึงมักประสบผลสำเร็จในการดำเนินชีวิต (Satir, 1991)

นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะรู้สึกชื่นชมและพึงพอใจในตนเอง มองตนเองทางบวก รู้ว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ และใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต อันก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม (Taft, 1985) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้ดีจะรู้สึกพึงพอใจและชื่นชมในความสามารถของตนเอง ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง หลีกเลียงความรุนแรงของปัญหา สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังหรือท้อแท้ใจได้ จึงทำให้บุคคลนั้นประสบผลสำเร็จ มีความสุข ดำเนินชีวิตได้ตามปรารถนา ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำก็จะไม่เชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองไร้ค่า มีปมด้อย จึงมักใช้กลไกการป้องกันตนเอง (Branden, 1985) รู้สึกไม่มีความสุข ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หัวน้ใจหวาดต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่น ไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาได้ มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Taylor, 1982) มักประสบความล้มเหลวในการดำเนินชีวิต (Branden, 1985) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จ

### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมีคุณค่าในตนเอง**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกหลายประการ ดังนี้

1. เพศ พบว่า เพศชายมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีลักษณะชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทายความสามารถ ทำให้มีทักษะของการทำงาน มีโอกาสได้รับความสำเร็จในอาชีพมากกว่าเพศหญิง มีผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้เพศหญิงยังได้รับการปฏิบัติทางสังคมในฐานะเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องได้รับการดูแลจากเพศที่เข้มแข็งกว่า ทำให้เมื่อประเมินตนเองแล้วจะพบว่า ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชาย (Stanwyck, 1983)

2. อายุ เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้พัฒนาตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพัฒนาสูงขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอายุกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986)

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเป็นสามีหรือภรรยาเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนม มีระยะเวลาของความสัมพันธ์นานเพียงพอ ซึ่งรวมไปถึงเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของบุคคลนั้น มีส่วนช่วยในการตัดสินใจ ช่วยแก้ไขปัญหาลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นในผู้ที่แต่งงานจึงมีความรู้สึกมั่นคง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Meisenhelder, 1985 อ้างถึงใน พรศุสิต คำมีสินนท์, 2550)

4. สัมพันธภาพของครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีส่วนในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ครอบครัวใดมีความอบอุ่น มีความเข้าใจกัน มีการใช้เหตุผล บิคารมราคา

มีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อบุตร จะทำให้บุตรมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Coopersmith, 1984)

5. สถานการณ์ทำงาน เนื่องจากสังคมจะให้การยอมรับบุคคลที่มีงานทำมากกว่า ผู้ที่ว่างงาน ทำให้ผู้ที่มิงานทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกเป็นอิสระ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้นตามตำแหน่งของหน้าที่การงานที่สูงขึ้นด้วย (Hoffman et al., 1988 อ้างถึงใน พรคุดิต คำมีสินนท์, 2550)

6. ระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากบุคคลเมื่ออยู่ในสภาพเจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง บทบาทและวิธีการดำเนินชีวิตจากเดิม โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการถูกคุกคามจากความรุนแรงของโรค ยิ่งระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาการรักษาเป็นเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก ทำให้ความมั่นใจในความสามารถลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงต่ำลง (Primomo, 1990)

7. ปัจจัยด้านสังคม Rosenberg (1965) กล่าวว่า ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมาก ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่ามิผู้ให้ความรัก เอาใจใส่ดูแล ยกย่องและมองเห็นคุณค่า โดยเฉพาะเมื่อบุคคลอยู่ในสภาพเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้มีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลตนเองอย่างดี และให้ความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีค่า และมีความสุขในชีวิต (Muhlenkamp & Sayles, 1986)

8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Burckhard, 1985)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของ บุคคลดำเนินไปในด้านดีและประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองกระทำ ก็จะทำให้ระดับความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น แต่ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว หหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจที่เคยมี ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะต่ำลง (Brundage, 1994 อ้างถึงใน พรคุดิต คำมีสินนท์, 2550) ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็น

### การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง สามารถให้และรับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคม พอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลัง มีกำลังใจในการรักษา มีความรู้สึกและทักษะในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Lecomte et al., 1999) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานการณ์ และบทบาทในสังคมของบุคคล บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีพฤติกรรมและการปรับตัวในสังคมไม่ดี ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองไร้ค่าหรือไม่มีค่า มีการรับรู้ไม่ดี และเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง (Rosenberg, 1965) ดังนั้นจึงจำเป็นสำหรับการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยมีองค์ประกอบหลักสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. การได้รับความนับถือ การยอมรับ ความสนใจ ความเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการยอมรับจากสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป (ขวัญสุภา บุญทด, 2554) ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้มีการพูดคุยสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความสนใจ และความเอาใจใส่มากขึ้น
2. การประสบความสำเร็จตามจุดประสงค์ ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งในสังคม ดังนั้นในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ลดภาระของผู้ดูแล ก็จะสามารถอยู่ในสังคมได้ และส่งผลให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Muhlenkamp & Sayles, 1986)
3. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการของตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และรับประทานยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับป่วยซ้ำ (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551; Sadock & Sadock, 2000)
4. การไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น การไม่สนใจต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของคนอื่น ๆ จากการทำผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) และผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย บางรายไม่สามารถจัดการกับอารมณ์หรือผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้ (วุฒินิ ช่างมิ่ง, 2546)



ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างทักษะการผ่อนคลายความเครียดก็จะสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ ได้

จากแนวทางดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทด้วย เนื่องจากเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า (Walz, 1992) จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้บุคคลมีความชื่นชมและพึงพอใจในตนเอง มองตนเองทางบวก รู้ว่าตนเองมีความสามารถและใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต อันก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม (Taft, 1985) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Coopersmith, 1981) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง หลีกเลียงความรุนแรงของปัญหาได้เป็นอย่างดี มีความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาใคร สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถรับกับสถานการณ์ที่ทำให้ตัวเองรู้สึกผิดหวังได้ดี (พรดุลิต คำมีสินนท์, 2550) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในกิจกรรมตาม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม คาดว่าผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ช่วยลดการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

### โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งกายและจิตสังคม ภายใต้อภิปรัชญาการดูแลตนเองของ Orem (1995) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ อย่างมีเป้าหมายของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพหรือความผาสุกนั้น ๆ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน หลังจากรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดูแล และจัดการกับสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันต่อที่บ้าน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การเข้าใจถึงภาวะของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสภาพของโรค เพื่อดำรงรักษาสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในด้านทั่วไปและด้านเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม เพื่อเสริมสร้างทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ครอบคลุมในด้านดังกล่าว โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของสังคม การจัดการกับอารมณ์ และการผ่อนคลายความเครียด การเสริมสร้างความรู้สึกรัก มีคุณค่าในตนเอง และการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขความไม่สุขสบายจากยาที่รับประทาน การสังเกตอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับป่วยซ้ำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ปัจจุบันพบการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นรายบุคคลค่อนข้างน้อย แต่พบว่า มีความพยายามในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549) โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมเหมาะสมมากกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พรสวรรค์ พลุกระจำง, 2550) นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบใหม่ ซึ่งเป็น โปรแกรมการฝึกทักษะการทำหน้าที่ของบุคคลและได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังมีศักยภาพในทักษะการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thomas, 2005) และยังพบว่า การเพิ่มทักษะทางสังคม และการส่งเสริมความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอากรทางจิตลดลง และมีความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (สุภาพ ศิลารักษ์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า การจัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายโปรแกรมซึ่งส่วนใหญ่จะส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นเพียงบางด้านเท่านั้น และโปรแกรมส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรม ในลักษณะรูปแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในหรือกลุ่มผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองได้ไม่ครอบคลุม เห็นได้จากการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท ออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้เตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว และชุมชนขณะที่ยังมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง และผู้ป่วยต้องอาศัยอยู่ลำพัง โดยไม่มีญาติดูแล ทำให้กลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรม การดูแลตนเองแบบองค์รวมทั้งกายและจิตสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย จิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย โดยรูปแบบของ โปรแกรมจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบรายบุคคล ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasiexperimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ (Two group pre-post test and follow-up design) โดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแล แบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค The 10<sup>th</sup> Edition of International Classification Disease (ICD 10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ซึ่งปัจจุบันดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด ปราชินบุรี ทั้งระบบมารับยาด้วยตนเองที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกและระบบรับยาไปรษณีย์ (โครงการยาใจใกล้บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เป็นผู้รับยาและนำไปให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน) จากสถิติพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยจิตเภท ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 796 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในระบบที่มารับยาด้วยตนเองที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยจิตเภทในระบบรับยาไปรษณีย์ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (F 20) ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรค ICD 10 (The 10<sup>th</sup> Edition of International Classification Disease) ขององค์การ อนามัยโลก (WHO, 2006)
2. มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล ตนเองได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. เป็นผู้ที่มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถ ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ โดยการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาลเมืองปราชินบุรี

4. เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองปราจีนบุรี โดยดูจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจิตเภท แผนกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
5. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจสามารถตอบคำถามได้
6. สนใจ ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนเสร็จสิ้นโปรแกรม

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครบทั้ง 6 ครั้ง
2. มีอาการกำเริบเจ็บป่วย โดยประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hunger (1999) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน

#### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการดังนี้

1. จัดแบ่งชุมชนของเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี จำนวน 12 ชุมชน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่มีเขตติดต่อกัน เพื่อป้องกันและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน หลังจากนั้นจับฉลากเพื่อมอบหมายเขตพื้นที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดพื้นที่ A เป็นกลุ่มทดลอง พื้นที่ B เป็นกลุ่มควบคุม
2. สำรวจและจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ A และ B พบว่า พื้นที่ A มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน พื้นที่ B มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 17 คน
3. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทั้งสองพื้นที่ด้วยการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ของ Overall and Gorham (1962) และแปลเป็นภาษาไทย โดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) ใช้สำหรับประเมินอาการทางจิตในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งแบบประเมินอาการทางจิตนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ใช้สำหรับประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจะวัดอาการทางจิตที่มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 108 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเป็น 6 ระดับ ดังนี้

0-18 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อยเป็นบางครั้ง

19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย

37-54 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตปานกลาง

55-72 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตค่อนข้างสูง

73-90 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

91-108 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงมาก

หากผู้ป่วยจิตเภทประเมินอาการทางจิตแล้วมีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตเล็กน้อย ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นข้อความคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ แหล่งรายได้หลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย ยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิต โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ มยุรี กัลป์วงษ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem (1995) เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น

การรับประทานอาหารและน้ำ การทำความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไป การแต่งกาย การพักผ่อน นอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการ ไข้ยา การขี้ถ่าย และการออกกำลังกาย จำนวน 19 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4
ปฏิบัติปานกลาง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1

การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าคะแนนระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับความสามารถ ในการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

19-37 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

38-66 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

67-95 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ 0.93-0.94 (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) (Rosenberg's self-esteem scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ลักษณะของแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถาม ด้านบวก 5 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	4	1
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3	2
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

การแปลผลของแบบสอบถาม แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำแสดงว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 10-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-30 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 31-40 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผ่านการทดสอบความตรง และถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในประชากรที่หลากหลาย และมีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.81-0.84 (สินิทธี อนันท์วัฒน์, 2551; หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554)

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) โดยนำแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย มาประยุกต์และสร้าง โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนำไปเป็นแนวทางในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และได้นำกิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมาเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ได้ดังนี้



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง  
ของ Orem

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995)	กิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
<p>พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านอาหาร น้ำ และอากาศ</li> <li>2. ด้านการขับถ่าย</li> <li>3. ด้านความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกาย</li> <li>4. ด้านการพักผ่อนและออกกำลังกาย</li> <li>5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น</li> <li>6. ด้านการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ</li> </ol>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 “เปิดประตูใจไขปัญหา” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ และเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 2 “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 4 “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป โดยการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 5 “อารมณ์ดีชีวิตมีสุข” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองที่เหมาะสม</p>
<p>พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ของชีวิต</li> <li>2. การจัดการกับความเครียด</li> </ol>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 3 “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ</p>
<p>พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรู้จักบุคคลที่สามารถช่วยเหลือ</li> </ol> <p>เมื่อมีปัญหาสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. การมีความรู้ความเข้าใจต่อผลและพยาธิสภาพของโรคจิตเภท</li> </ol>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 3 “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995)	กิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม
3. ด้านการรับประทายตามแผนการรักษา	กิจกรรมครั้งที่ 6 “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป”
4. การรับรู้และการป้องกันความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา	เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการ
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย โดยสังเกตอาการเตือน และการจัดการกับอาการเตือนเบื้องต้น	เตือนก่อนอาการกำเริบ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ รวมทั้งสรุป
6. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย	กิจกรรมทั้งหมด และประเมินผล

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็น โปรแกรมที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง การฝึกปฏิบัติ และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ และนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ขณะอยู่ที่บ้านในภาวะที่เจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาด้วยยา โดยใน โปรแกรมนั้นประกอบด้วย กิจกรรม 6 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท เป็นรายบุคคล และปฏิบัติกิจกรรมตาม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมอย่างครบถ้วนทั้ง 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งกิจกรรมแต่ละครั้งมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “เปิดประตูใจไขปัญหา” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ภาวะสุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน และเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษา เกิดความตระหนักและเอาใจใส่ในพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

กิจกรรมครั้งที่ 2 “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้าง การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการเปิด โอกาสให้ผู้ป่วย ทบทวนตนเอง ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้ศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ช่วยสองมือคือพลังสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยา ปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากยาที่รับประทาน ให้ความรู้ ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นและเสริมสร้างทักษะการรับประทานยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องตามชนิดของยา ถูกขนาด และถูกเวลา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ รวมทั้งทราบถึงระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจิต

กิจกรรมครั้งที่ 4 “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป โดยการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่ว ๆ ไปให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดตามศักยภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้ และรู้จักปรับตัวให้อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

กิจกรรมครั้งที่ 5 “อารมณ์ดีชีวิตมีความสุข” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองที่เหมาะสม กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และประสบการณ์การจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการจัดการความเครียดในอดีตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเทคนิคการฝึกการหายใจได้

กิจกรรมครั้งที่ 6 “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบ กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกำเริบ สาเหตุ สัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการเตือนได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเอง สังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ

และสามารถจัดการกับอาการเตือนเบื้องต้นได้ และเรียนรู้ถึงการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตชุมชน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรม และนำข้อคิดเห็นมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและแบบประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 30 คน แล้วมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนการวิจัย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามรหัสจริยธรรมที่ 07-08-2559
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตัว และให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายรายละเอียดของการทดลองวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยต่อส่วนรวม ตลอดจนอธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้หรือเมื่อเข้าร่วมการทำวิจัยแล้ว หากขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อม รู้สึกอึดอัด หรือต้องการยุติจากการเข้าร่วมการวิจัย สามารถบอกให้ผู้วิจัยทราบได้ตลอด ผู้วิจัยได้ให้ความมั่นใจต่อกลุ่มตัวอย่างว่า ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ซึ่งจะเป็นการเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามถึงสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม และมีเวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

5. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในระหว่างนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะยุติจากการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

6. หลังจากผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมให้กับกลุ่มควบคุมที่สมัครใจเช่นเดียวกัน

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชีแจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในรายละเอียดด้านต่าง ๆ

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทำหน้าที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียด

ในการเป็นผู้ช่วยวิจัย การเก็บรักษาความลับ การสอบถามในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายบทบาทหน้าที่ในการเก็บแบบประเมิน และการเตรียมอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การแจกใบงาน อุปกรณ์ และเปิดสื่อการสอน เป็นต้น และทำความเข้าใจแบบสอบถามลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อโดยทดลองฝึกการใช้แบบสอบถาม จำนวน 5 คน ภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง และตรวจสอบโดยทำการวัดความเที่ยง (Interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย ได้ผลคะแนนเท่ากัน

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งระบบรักษาด้วยตนเอง และระบบรักษาไปรษณีย์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 24 คน หลังจากนั้นทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลการวิจัย นัดหมายวัน เวลา และสถานที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล สำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามขั้นตอนดังนี้

### 2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วัน เวลา สถานที่เข้าร่วมโปรแกรมโดยละเอียด และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ระยะทดลอง หลังจากผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแล้วก็ได้ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ซึ่งแต่ละคนได้รับกิจกรรมคนละ 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้ วันเสาร์และวันอาทิตย์ กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมวันละ 4 คน ช่วงเวลา 09.00 น.-12.00 น. จำนวน 2 คน และ 13.00 น.-16.00 น. จำนวน 2 คน และวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี ช่วงเวลา 17.00 น.-18.30 น. วันละ 1 คน หากวันใดที่กลุ่มทดลองไม่ได้รับกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ก็จะได้รับกิจกรรมในวันศุกร์ในสัปดาห์เดียวกัน โดยกลุ่มทดลองแต่ละคนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมครบตามโปรแกรม 6 สัปดาห์

ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในรูปแบบการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล และได้ปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม จนครบ 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “เปิดประตูใจไขปัญหา” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน และเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

กิจกรรมครั้งที่ 2 “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 4 “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป โดยการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

กิจกรรมครั้งที่ 5 “อารมณ์ดีชีวีมีสุข” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและเมื่อเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 6 “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ

2.1.3 ระยะหลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองด้วยการตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

2.1.4 ระยะติดตามผล หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

## 2.2 กลุ่มควบคุม

2.2.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยการให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง (Pre-test)

2.2.2 ระยะเวลาทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับจากพยาบาลวิชาชีพของสถานบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี โดยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ การรับประทานยา และการดูแลสภาพความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างน้อยรายละหนึ่งครั้งต่อปี หรือตามสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ในช่วงระยะเวลาเดียวกับกลุ่มทดลองในระยะเวลาทดลอง

2.2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 6 สัปดาห์ ในช่วงระยะเวลาเดียวกับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมในระยะทดลอง 6 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

2.2.4 ระยะเวลาติดตามผล ในระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 2





ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สร้างคู่มือลงรหัสข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่า Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient อยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามิเตอร์
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
3. คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง  
คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง  
จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ( $n = 24$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 12$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 12$ )		$X^2$	$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					0.40 <sup>++</sup>	0.27
21-30 ปี	0	0	1	8.33		
31-40 ปี	1	8.33	4	33.33		
41-50 ปี	6	50.00	3	25.00		
51-60 ปี	5	41.67	4	33.33		
	$(\bar{X} = 48.58; SD = 6.85)$		$(\bar{X} = 48.58; SD = 6.85)$			
เพศ					1.00 <sup>+</sup>	0.50
ชาย	7	58.33	8	66.67		
หญิง	5	41.67	4	33.33		
สถานภาพสมรส					0.28 <sup>++</sup>	0.40
โสด	8	66.67	5	41.67		
คู่	1	8.33	3	25.00		
หม้าย/ หย่า/ แยก	3	25.00	4	33.33		
ระดับการศึกษา					0.47 <sup>++</sup>	0.15
ประถมศึกษา	4	33.33	2	16.67		
มัธยมต้น	2	16.67	4	33.33		
มัธยมปลาย/ ปวช.	3	25.00	6	50.00		
สูงกว่ามัธยมปลาย	3	25.00	0	0.00		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		X <sup>2</sup>	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					0.31 <sup>++</sup>	0.51
ไม่มีอาชีพ	7	58.33	4	33.33		
มีอาชีพ	5	41.67	8	66.67		
- รับจ้าง	3	25.00	5	41.67		
- ค้าขาย	2	16.67	2	16.67		
- ราชการ	0	0.00	1	8.33		
รายได้หลัก					0.41 <sup>+</sup>	0.21
ตัวผู้ป่วยเอง	5	41.67	8	66.67		
ครอบครัว/ญาติ	7	58.33	4	33.33		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					1.00 <sup>+</sup>	0.67
อยู่คนเดียว	4	33.33	4	33.33		
ครอบครัว/ญาติ	8	66.67	8	66.67		
ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต					1.00 <sup>+</sup>	0.50
> 2 ปี-5 ปี	4	33.33	5	41.67		
6 ปีขึ้นไป	8	66.67	7	58.33		
มีโรคทางกายอื่นร่วม					0.45 <sup>++</sup>	0.19
ไม่มี	8	66.67	8	66.67		
มี	4	33.33	4	33.33		
- ความดันโลหิตสูง	4	33.33	1	8.33		
- เบาหวาน	0	0.00	2	16.67		
- ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	0	0.00	1	8.33		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		X <sup>2</sup>	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การใช้สารเสพติด					0.40 <sup>++</sup>	0.19
ไม่มี	8	66.67	7	58.33		
มี	4	33.33	5	41.67		
- บุหรี่	1	8.33	4	33.33		
- สุรา	1	8.33	1	8.33		
- บุหรี่/ สุรา	2	16.67	0	0.00		

<sup>+</sup>Fisher's exact test, <sup>++</sup>Cramer's V

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.67 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.58 ปี สำหรับเพศเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 66.67 การศึกษามีทุกระดับตั้งแต่จบชั้นประถมศึกษาถึงปริญญาตรี การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 58.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและญาติพี่น้องและรายได้หลักได้รับจากครอบครัวและญาติพี่น้องเช่นกัน ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกายอื่นร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 66.67

ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีอายุ 31-40 ปี และ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.42 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 สถานภาพโสด ร้อยละ 41.67 ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมถึงระดับอนุปริญญา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพและมีรายได้หลักจากตนเอง อาศัยอยู่กับครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.33 ไม่มีโรคทางกายอื่นร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 66.67

จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต การมีโรคทางกายร่วม และประวัติการใช้สารเสพติด

ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน**

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
ก่อนการทดลอง	63.83	3.59	63.92	2.64
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	66.50	3.83	63.58	1.93
ติดตามผล 1 เดือน	68.75	3.11	64.00	2.52

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 63.83 ( $SD = 3.59$ ), 66.50 ( $SD = 3.83$ ) และ 68.75 ( $SD = 3.11$ ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 63.92 ( $SD = 2.64$ ), 63.58 ( $SD = 1.93$ ) และ 64.00 ( $SD = 2.52$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	12	63.83	3.59	-.07	22	.95
กลุ่มควบคุม	12	63.92	2.64			

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) โดยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ( $t_{22} = -.07, p = .95$ )

### ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

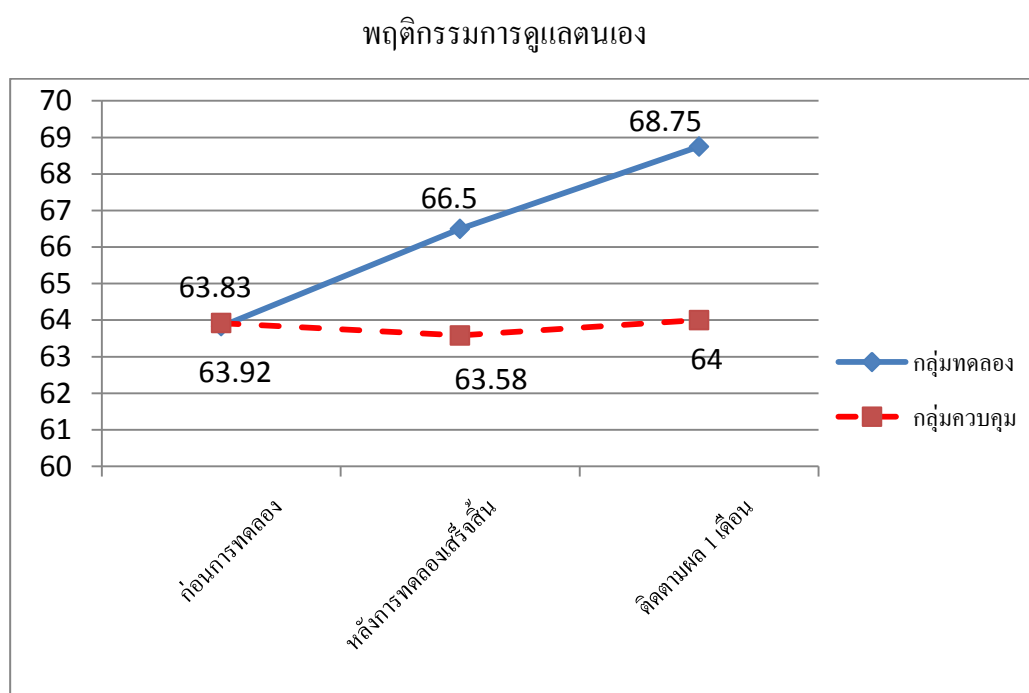
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	305110.68	305110.68	14063.18	< .001
ความคลาดเคลื่อน	22	477.31	21.70		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.55	75.11	48.48	13.83	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1.55	71.44	46.12	13.16	< .001
ความคลาดเคลื่อน	34.08	119.44	3.50		

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) โดยพบว่า วิธีการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{1,22} = 14063.18, p < .001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลา ส่งผลให้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{2,34,08} = 13.16, p < .001$ ) แสดงว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลา ในการทดลอง โดยมีระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตามรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละระยะเวลาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 63.83, SD = 3.59$ ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 63.92, SD = 2.64$ ) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 66.50, SD = 3.83$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 63.58, SD = 1.93$ ) สำหรับในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 68.75, SD = 3.11$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม

( $\bar{X} = 64.00$ ,  $SD = 2.52$ ) เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลการวิเคราะห์ยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่ทำการทดลอง โดยพบว่า เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปกลับไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาในการทดลองที่แตกต่างกันนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าระยะเวลาในการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง	Mean	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	63.83	-	1.17*	2.50*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	66.50	-		1.33**
ระยะติดตามผล	68.75	-		

\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .05$

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
ก่อนการทดลอง	27.92	3.32	27.75	3.11
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	33.83	3.51	27.42	2.94
ติดตามผล 1 เดือน	36.17	3.63	27.75	3.05

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 27.92 ( $SD = 3.32$ ), 33.83 ( $SD = 3.51$ ) และ 36.17 ( $SD = 3.63$ ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 27.75 ( $SD = 3.11$ ), 27.42 ( $SD = 2.94$ ) และ 27.75 ( $SD = 3.05$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	12	27.92	3.32	.13	22	.90
กลุ่มควบคุม	12	27.75	3.11			

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test) โดยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ( $t_{22} = .13, p = .90$ )

### ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

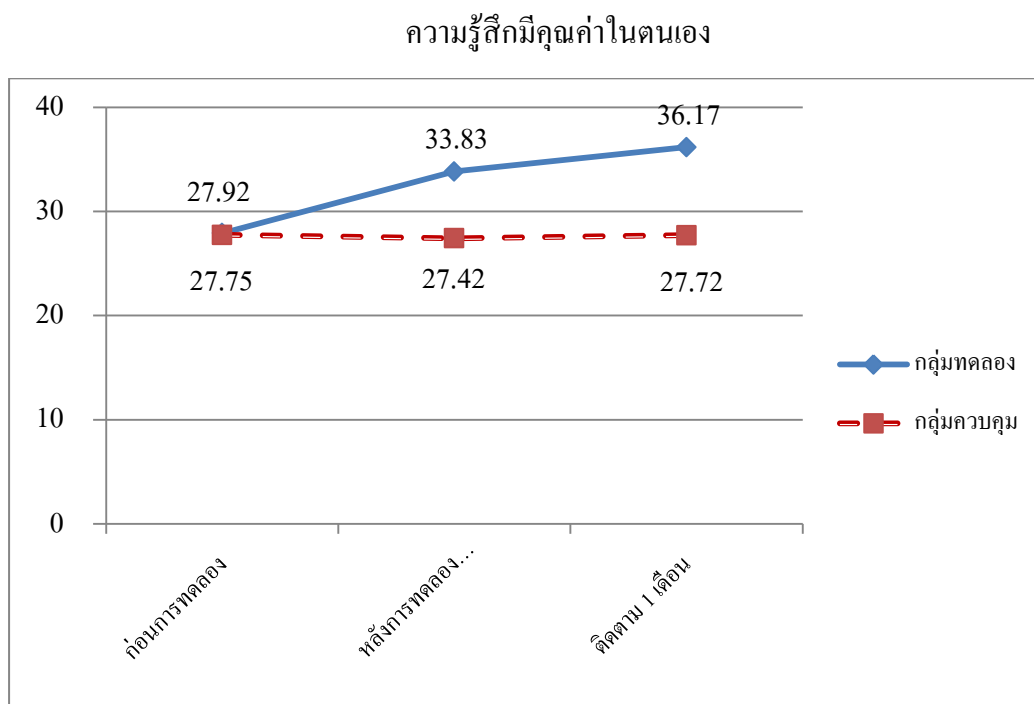
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	65401.39	65401.39	2422.50	.000*
ความคลาดเคลื่อน	22	593.94	27.00		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.57	212.69	135.42	41.88	.000*
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1.57	222.25	141.50	43.76	.000*
ความคลาดเคลื่อน	34.56	111.72	3.23		

\*  $p < .001$

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) โดยพบว่า วิธีการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{1,22} = 2422.50, p < .001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{1,57,34,56} = 43.76, p < .001$ ) แสดงว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลาในการทดลอง โดยเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตามรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละระยะเวลาดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 4 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 27.92, SD = 3.32$ ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 27.75, SD = 3.11$ ) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{X} = 33.83, SD = 3.51$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 27.42, SD = 2.94$ ) สำหรับในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{X} = 36.17, SD = 3.63$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 27.75, SD = 3.05$ ) เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลการวิเคราะห์ยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่ทำการทดลอง โดยพบว่า เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปกลับไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาในการทดลองที่แตกต่างกันนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ซึ่งส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง	Mean	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	27.92	-	2.79*	4.12*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	33.83	-		1.33**
ระยะติดตามผล	36.17	-		

\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .05$

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 และ .83 และโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์บันทึกข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที (Independent *t*-test) และวิเคราะห์ด้วยความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรน (Bonferroni)

#### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$



2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวดี วงษ์แสง (2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และสอดคล้องกับ เนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคัมบำบัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ พรศุสิต คำมีสินนท์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ว่า บุคคลส่วนใหญ่มีความริเริ่มตั้งใจกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีสามประการ ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ เอาใจใส่ในตัวเองลดลง และเกิดความพร่อง ในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม

ซึ่งมีการประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง หลังจากนั้น เมื่อทราบความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วจึงให้การพยาบาลแบบรายบุคคล ตามปัญหาและความต้องการซึ่งแตกต่างกันไป โดยมีกรให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสม กับศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ทักษะการดูแลตนเองจนสามารถทำได้ ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างกิจกรรม “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” หลังจากผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมแล้วมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้ดีขึ้น เช่น จากการทำอาหารที่อบน้ำ แปรงฟันนาน ๆ ครั้ง ก็สามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้งขึ้น การแต่งกายสะอาดเหมาะสม มีการล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถ ดูแลความสะอาดของบ้านให้เรียบร้อยขึ้น

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมครบถ้วนทั้ง 6 กิจกรรมแล้ว จะได้รับการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามความพร้อมในการดูแลตนเองที่ประเมินไว้ ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองโดยทั่วไป ดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการ และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น รับประทานยา ได้ตรงเวลาและต่อเนื่องมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ ความเครียด หรือพฤติกรรมของตนเองได้ มากขึ้น ไม่มีอาการเตือนหรืออาการกลับเป็นซ้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ทำให้ได้รับคำชื่นชมจากญาติ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงรู้สึกดีกับตนเอง ไม่รู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระของผู้อื่น จึงเกิดความรู้สึกเชื่อมั่น กล้าพูดคุยกับผู้อื่น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของ สังคมได้มากขึ้น ทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วม โปรแกรม ฯ ดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของการประเมินกิจกรรม “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” ที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “คนเราต้องพยายามดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด แล้วเราก็จะเกิดความภาคภูมิใจ” และผู้ป่วยอีกราย บอกว่า “เราต้องทำงานหาเงินได้เองครับเราจึงจะรู้สึกว่าตัวเรามีคุณค่า” ยังมีญาติของผู้ป่วยกล่าวว่า “ตั้งแต่พยาบาลเข้ามาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ น้องผมดีขึ้นมากเลย” แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมครบทั้ง 6 ครั้ง จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $< .001$  เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี วงษ์แสง (2548) พบว่า ผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และการศึกษาของ เนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิต การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้ป่วยได้รับความรู้ และการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามความพร้อมของการดูแลตนเองที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายจนครบ 6 ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากการประเมินผลในกิจกรรม “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” ที่ผู้ป่วยทุกคนนำยาที่ตนเองรับประทานเป็นประจำมาจัดและปฏิบัติตามปฏิทินการรับประทานยาเป็นสัปดาห์ได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกได้ว่าหากไม่รับประทานยาจะมีผลต่อตนเอง คือ นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฟุ้งซ่าน คุ้มคลั่ง เชื่องซึม เดินไปเรื่อย ๆ ไม่มีจุดหมาย หากมีอาการข้างเคียงจากยาตนเองสามารถแก้ไขได้อย่างไร และหากมีปัญหา ด้านสุขภาพจิตจะต้องไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน นอกจากนี้จากกิจกรรม “อารมณ์ดีชีวิมีสุข” ที่ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเทคนิคการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง และจากกิจกรรม “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบซ้ำได้ และบอกได้ว่าปัจจัยที่ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ ได้แก่ การขาดยา ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ฯ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสองรายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และอีกหนึ่งรายสามารถเลิกดื่มสุราได้

นอกจากนี้การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมที่ละขั้น เริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปหากิจกรรมที่ซับซ้อน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย โดยประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกทักษะด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น รับประทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ไม่มีอาการกำเริบ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้มากขึ้น จึงรู้สึกมีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น ไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกมั่นใจเมื่อต้องออกนอกบ้าน และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ (2557) ที่พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี จะไม่รู้สึกรับภาระในการดูแลจากผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่กลับป่วยซ้ำบ่อย ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ในการนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชอื่นหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผลการศึกษาค้นคว้าเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารในหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุขชุมชน ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปประยุกต์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น
2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะอย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

## บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปี 2559*. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2550). *รายงานการวิจัยเรื่องแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญสุดา บุญทด. (2554). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวนขวัญ สิ้นธิภมร. (2552). *การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2549). *การศึกษาการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี*. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 เรื่องจากหลังคาแดงสู่ชุมชน (หน้า 73) กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกรู้คุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรคูสิต คำมีสินนท์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ ไชยสะอาด และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารภาษาไทยออนไลน์*, 28(1), (43-55).
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2547). *ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 3(12), 189-198.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. (2550). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*. ใน *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องสุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง* (หน้า 138). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). *ตราบาปและโรคทางจิตเวช*. *วารสารสวนปรุง*, 13(1), (17-33).
- พันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ และทวี ตั้งเสรี. (2536). *คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป*. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซ็ต.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

- ภูมมาชาติ แสงเขียว. (2542). *การรับรู้และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). *สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มยุรี กัลบัวงษ์. (2552). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์คุษภักดิ์บัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มยุรี เพชรอักษร. (2532). *กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2543). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). *ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รัชณี อุปเสน. (2541). *การศึกษายาบำบัดและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). *การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วยุณี ช้างมิ่ง. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการ  
 จัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิริศรา ใจคำปิ่น. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้  
 สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก  
 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒิกกร จันทรงยี. (2549). *ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง  
 จังหวัดเชียงใหม่*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต  
 และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ทองบ่อ. (2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิต  
 นานาชาติ ครั้งที่ 5 (หน้า 212)*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.  
 กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะแห่งการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*.  
 กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: คลังนานา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *คู่มือจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สินิทธิ อนันตวัฒน์. (2551). *การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็น  
 โรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ ศีลารักษ์. (2556). การเพิ่มทักษะทางสังคมและการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสวีกุล จำสนอง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนงค์ ธรรมโรจน์. (2542). รายงานการวิจัย เรื่องการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.  
อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 12(1), 14-23.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุรา ทิพย์ประจักษ์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยคินคำ โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ และวิมล นุชสวาท. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 13-25.

- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.
- Branden, N. (1985). *Honoring the self*. New York: Bantam Books.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., & Pickler, D. (1991). National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 48(3), 239-246.
- Burckhard, S. C. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 35(3), 154-159.
- Carpenito, L. J. (1997). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Carson, V. B. (1989). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia W.B: Saunders.
- Chesla, C. A. (1996). Clients with schizophrenia and other psychotic disorder. In H.S. Wilson, & C. R. Tineisl (Eds). *Psychiatric Nursing* (5<sup>th</sup> ed.). (pp. 297-322). Menlo Parts: Addison Wesley Nursing.
- Chou, K. R., Lin, S. K., & Chu, H. (2002). The effect of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Coopersmith, S. (1981). *SEI: Self-esteem inventories: Palo Alto*. California: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Coring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspective. *Psychiatric services*, 58(2), 240-244.
- Draine, J. (1997). *The image of madness: Attitude toward psychiatry, psychiatrist and psychiatric treatment*. London: Karger.

- Dickerson, F. B., Parente, F., & Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social function in outpatients with schizophrenia. (Electronic version). *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1509-1519.
- Gordon, T. (1989). *Teaching children self-discipline*. New York: Times Books.
- Hamacheck, D. E. (1978). *Encounters with the self* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Holt Rinehart & Winston.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self care nursing: Promotion of health* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Appleton & Lange.
- Kaplan, H. L., & Sadock, J. B. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry VI* (6<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. L., & Sadock, J. B. (1998). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. L., & Sadock, J. B. (2000). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral science and clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kennedy, M. G., Schepp, K. G., Frederica, W., & O'Connor, F. W. (2000). Self-management and relapse in schizophrenia. *Journal of Archives of Psychiatric Nursing, 14*(6), 266-275.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 30*(2), 279-293.
- Leche, R. A., Moore, L., Grosby, L., & Hamilton, D. (1994). *Pharmacology for nursing care*. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Lecomte, T., Cry, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a Self-Esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(7), 406-413.
- Liberman, R. P. (1992). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Linstrom, E., & Bingerfors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy. *Schizophrenia Pharmacoeconomics, 18*(2), 105-124.
- Mallakh, P. E. (1998). Treatment models for clients with co-occurring addictive and mental disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(2), 71-80.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research, 35*(6), 334-338.

- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concept of practice* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year book.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year book.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale (BPRS). In W. Guy (Ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (pp. 157-169). Washington, DC: Public Health Service.
- Pervin, L. A. (1980). *Personality: Theory, assessment and research*. New York: Wiley & Sons.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Primono, J. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationships among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13(3), 153-161.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Satir, V. (1991). *The satir model family therapy and beyond*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Schulz, W. C. (1971). *Guide to element B. Mill Valley*. California: Western Surfing Association.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patient: Part I the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-9.
- Stanwyck, D. J. (1983). Self esteem through the lifespan. *Family and community health*, 6(4), 11-18.
- Swartz, A., Marvin, S., Swanson, J. W., & Wagner, H. R. (2006). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and no adherence to medication. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 354-360.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A Nursing perspective. *Advance in Nursing Science*, 8(1), 77-84.

- Taylor, M. C. (1982). The need for self-esteem. In H. Yusa, & M. B. Walse (Eds.), *Human needs and the nursing process* (pp. 117-153). Norwalk: Appleton Century Crofts.
- Thomas, L. (2005). Development and Pilot testing of a New Psychosocial Intervention for Older Latios With Chronic Psychosis. *Schizophrenia Bullentin*, 31(4), 922-930.
- Videbeck, L. S. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Videbeck, L. S. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Walz, R. G. (1992). *Student self-esteem: A vital element of school success (1)*. Michigan: Counseling and Personel Survice.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Ziedonis, D., Yanos, P. T., & Silverstein, S. M. (2007). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. New Jersey: Elsevier.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทน์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์พยาบาล  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. นายแพทย์พิสิษฐ์ ชัยประเสริฐสุด จิตแพทย์  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร  
จังหวัดปราจีนบุรี
3. นางปทุมรัตน์ เกตุเล็ก พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง  
(APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช) โรงพยาบาลประจันตคาม  
จังหวัดปราจีนบุรี



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือสำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS])

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเป็น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

**แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS])**

ชื่อผู้ป่วย ..... วันที่ .....

Rating key      0 = ไม่มีอาการ              1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง      2 = มีอาการเล็กน้อย  
                          3 = อาการปานกลาง              4 = อาการค่อนข้างรุนแรง              5 = อาการรุนแรง  
                          6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) -รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย หรือโรคทางกายหรือไม่	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. Anxiety.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.....							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
15.....							
16.....							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) -ทำที่ลุกถี่ลุดกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) -สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							
รวมคะแนน							

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่.....

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

#### คำชี้แจง

1. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ท่านได้ตอบ แบบประเมินตามความรู้สึกเกี่ยวกับตัวของท่าน ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อไม่มีถูกหรือผิด จึงขอความ กรุณาท่านตอบแบบประเมินผลของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกของตนเอง ให้มากที่สุด

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินผลของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ จะถือเป็นความลับ ข้อมูล จะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

3. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบประเมินแต่ละส่วน

4. โปรดตอบแบบประเมินทุกส่วนทุกข้อเพื่อให้คำตอบของท่านนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย ผลของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินผลของโปรแกรม การดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางยุพาพรรณ มหา

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1. ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี ..... เดือน
2. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่.....
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาโท
5. ท่านนับถือศาสนา
 

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> พราหมณ์
<input type="checkbox"/> ฮินดู	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก ได้แก่
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
7. แหล่งที่มารายได้หลักของท่าน ได้รับจาก..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

<input type="checkbox"/> ตัวผู้ป่วยเอง	<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา
<input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา	<input type="checkbox"/> บุตร
<input type="checkbox"/> พี่/น้อง	<input type="checkbox"/> สวัสดิการต่าง ๆ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

8. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียวตามลำพัง | <input type="checkbox"/> บิดา        |
| <input type="checkbox"/> มารดา               | <input type="checkbox"/> สามี/ ภรรยา |
| <input type="checkbox"/> บุตร                | <input type="checkbox"/> ญาติ        |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....    |                                      |

9. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ..... ปี ..... เดือน

10. ยารักษาอาการทางจิตที่ท่านได้รับในปัจจุบัน ได้แก่

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

11. มีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

12. ประวัติการใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อเดียว (กรุณาตอบทุกข้อคำถาม)

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. แปรงฟันก่อนรับประทานอาหารเช้าและก่อนเข้านอน	.....	.....	.....	.....	.....
2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. สวมใส่เสื้อผ้า.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....	.....	.....
6. ....	.....	.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. ....	.....	.....	.....	.....	.....
9. ....	.....	.....	.....	.....	.....
10.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
17.....	.....	.....	.....	.....	.....
18.....	.....	.....	.....	.....	.....
19 ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่.....	.....	.....	.....	.....	.....
รวมคะแนน					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก  
ที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละคำถามให้ท่านเลือกตอบ  
เพียงข้อเดียว (กรุณาตอบทุกข้อคำถาม)

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	ตลอด เวลา	บ่อย	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดี.....				
3. ฉัน.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง				
รวมคะแนน				



## โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม เป็นโปรแกรมที่ใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดย นางยุพาพรรณ มหา รหัส 54920291 นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งควรได้รับคำแนะนำจากผู้พัฒนาโปรแกรม ฯ ก่อน

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (1995) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือ สิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพหรือความผาสุก นั้น ๆ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติ จะแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการ ซึ่งการนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทต้องประยุกต์ให้เข้ากับประเด็น ปัญหาและลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน หลังจากรักษา ในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงต้อง รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันต่อที่บ้าน ทั้งในเรื่องการรับการรักษาโรค การเข้าใจถึงภาวะของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสภาพของโรค เพื่อดำรงรักษาสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านทั่วไป และการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนา โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ให้ครอบคลุมในด้านดังกล่าว โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของสังคม การผ่อนคลายความเครียด การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเสริมสร้าง ทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย เช่น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขความไม่สุขสบาย จากยาที่รับประทาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน

ของการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับป่วยซ้ำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### กลุ่มเป้าหมาย

โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมนี้นี้พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ในระบบมารับยาด้วยตนเองที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก และระบบโครงการยาใจใกล้บ้าน (ยาไปรษณีย์) ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

### วัตถุประสงค์

1. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา และมีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

### ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ในวันจันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี เสาร์ และอาทิตย์ จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล และปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมอย่างครบถ้วน เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะ การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ และนำไปใช้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านในภาวะที่เจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาด้วยยา โดยรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมในแต่ละครั้งมีดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 เปิดประตูใจไขปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างเสริมคุณค่าพัฒนาตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 3 ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ กิจกรรมครั้งที่ 4 เรียนรู้ดูแลตนเองได้ กิจกรรมครั้งที่ 5 อารมณ์ดีชีวิมีความสุข และกิจกรรมครั้งที่ 6 รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป

## สถานที่

บ้านของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองได้
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น
3. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้มากขึ้น
4. ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

## กิจกรรมครั้งที่ 1 “เปิดประตูใจไขปัญหา”

### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย.....

.....

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ.....
2. เพื่อ.....
3. ....

### ระยะเวลา

60-90 นาที

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 โรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 1.....

### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ  
รวมทั้งสนทนาด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป.....
2. ชี้แจงรายละเอียด.....
3. ....

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน.....
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ.....
3. ....

## กิจกรรมครั้ง 2 “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง”

### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งความเจ็บป่วยดังกล่าวก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การดูแลตนเอง.....  
.....

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ.....
2. เพื่อ.....
3. ....

### ระยะเวลา

60-90 นาที

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้สึกรู้จักคุณค่าในตนเอง.....
3. ใบงานที่ 1 ความรู้สึกรู้จัก.....
4. ....

### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภท สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป บอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้.....
2. ....

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกรู้จัก.....
2. ....

### กิจกรรมครั้งที่ 3 “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ”

#### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง.....

.....

#### วัตถุประสงค์

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยา.....
2. เพื่อ.....
3. ....

#### ระยะเวลา

ครั้งที่ 3/ สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60-90 นาที

#### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการ.....
3. ใบงานที่ 1 ความแตกต่างของการรับประทานยา.....
4. ....

#### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภท สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป .....
2. เปิดประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยที่ทำให้.....
3. ....

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา.....
2. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการ.....
3. ....

## กิจกรรมครั้งที่ 4 “เรียนรู้ดูแลตนเองได้”

### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเอาใจใส่หรือการดูแล.....

.....

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแล.....
2. เพื่อ.....
3. ....

### ระยะเวลา

60-90 นาที

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 การดูแล.....
3. ใบงานที่ 1 .....
4. ....

### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย.....
2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมดูแล.....
3. ....

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือ.....
2. สังเกตการมีสัมพันธภาพที่ดีกับ.....
3. ....

### กิจกรรมครั้ง 5 “อารมณ์ดีชีวีมีสุข”

#### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางรายไม่สามารถจัดการกับอารมณ์  
หรือหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้.....  
.....  
.....

#### วัตถุประสงค์

1. ประเมินระดับความเครียด.....
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้.....
3. ....

#### ระยะเวลา

ครั้งที่ 5/ สัปดาห์ที่ 5 ระยะเวลา 60-90 นาที

#### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 วิธีการ.....
3. เทปเสียง.....
4. ....

#### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภท สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป.....
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียด.....
3. ....

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบอกถึงปัญหาที่.....
2. ผู้ป่วย.....
3. ....



## กิจกรรมที่ 6 “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป”

### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดอาการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำได้สูง .....

.....

### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดอาการกำเริบ .....
2. เพื่อให้ผู้ป่วย.....
3. ....

### ระยะเวลา

60-90 นาที

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 อาการเตือนก่อน.....
3. ใบความรู้ที่ 2.....
4. ....

### ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยจิตเภท สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป .....
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือน.....
3. ....

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลง.....
2. ผู้ป่วย.....
3. ....

ภาคผนวก ค  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึก  
มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-09-2559

ชื่อผู้วิจัย นางยุพาพรรณ มหา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัย  
ได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุม  
อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ใน  
เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี สมครใจ ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย  
ครั้งนี้ได้จนเสร็จสิ้น โปรแกรม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่านจำนวน 12 คน  
ใช้เวลารวม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับฟังผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งสิทธิการเข้าร่วม  
หรือปฏิเสธการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะ让您ทำกิจกรรมตาม โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม  
ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เปิดประตูใจไขปัญหา ครั้งที่ 2 เสริมสร้าง  
คุณค่าพัฒนาตนเอง ครั้งที่ 3 ด้วยสองมือ คือ พลังสุขภาพ ครั้งที่ 4 เรียนรู้ดูแลตนเองได้ ครั้งที่ 5  
อารมณ์ดีชีวิตมีความสุข และครั้งที่ 6 รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป ซึ่งกิจกรรมจะใช้เวลา ครั้งละ 60-90 นาที  
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และมีการติดตามผลหลังเสร็จสิ้น 1 เดือน

**ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้** เพื่อช่วยให้ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างมีความสุข

**การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ** การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มี ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

**หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด** สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางยุพาพรรณ มหา หมายเลขโทรศัพท์ 08-9215-7492 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-390462

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางยุพาพรรณ มหา

ผู้วิจัย

**หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้** ท่านจะสามารถแจ้ง ให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์/ พยาบาลประจำตัวท่าน หรือบุคคลที่ท่าน ไว้วางใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึก  
มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-09-2559

ชื่อผู้วิจัย นางบุษพาพรรณ มหา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัย  
ได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุม  
อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ใน  
เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี สมัครงใจ ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย  
ครั้งนี้ได้จนเสร็จสิ้น โปรแกรม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่าน  
จำนวน 12 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูล  
ส่วนบุคคล ทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สามารถ  
ซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มควบคุมนี้ผู้วิจัยจะให้การรักษาตามปกติ ในขณะที่  
กลุ่มควบคุมมารับยาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการติดตามการรับประทานยาต่อเนื่อง แนะนำให้สังเกต  
อาการผิดปกติที่ควร ไปพบจิตแพทย์ สอบถามเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินชีวิตขณะอยู่ที่บ้าน และ  
ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้  
และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางยุพาพรรณ มหา หมายเลขโทรศัพท์ 08-9215-7492 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-390462

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางยุพาพรรณ มหา

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์/ พยาบาลประจำตัวท่าน หรือบุคคลที่ท่านไว้วางใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองและความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม..... พยาน  
(.....)

ลงนาม..... ผู้ช่วยผู้วิจัย  
(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางยุพาพรรณ มหา)

**ภาคผนวก ง**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

**จดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล**





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม的自我ดูแลและความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท  
The Effect of Holistic Caring Program on Self Care Behaviors and Self Esteem among Patients with Schizophrenia

ชื่อนิสิต นางอุพาพรรณ มหา

รหัสประจำตัวนิสิต 54920291

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 08 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 24 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๙๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๙ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สาธารณสุขอำเภอเมืองปราจีนบุรี และผู้อำนวยการกอง  
สาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางยุพาพรรณ มหา รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๒๙๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร้อยเอกหญิงชนิดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการหลงเหลือ ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี โดยแบ่งดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ | จำนวน ๓๐ ราย |
| ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย     | จำนวน ๒๔ ราย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๕๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๙ ๒๑๕ ๗๕๙๒

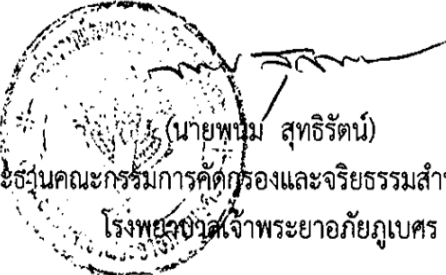


เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โดยคณะกรรมการการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

- ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่า  
ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางยุพาพรรณ มหา
- รหัสโครงการ : IRB - BHUBEJHR - ๐๗๐
- วันที่รับรอง : ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙


 (นายพนม สุทธิรัตน์)  
 ประธานคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย  
 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

วันที่รับรอง ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๐๒๓๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ด้วย นางยุพาพรรณ มหา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๒๕๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร้อยเอกหญิงชนิดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก นายแพทย์พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว อย่างดียิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๙ ๒๑๕ ๗๔๙๒

สำเนาเรียน นายแพทย์พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๐๖๑๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

สี่ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจันตคาม

ด้วย นางยุพาพรรณ มหา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๒๙๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร้อยเอกหญิงชนัดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพพุ่มรัตน์ เกตุเล็ก บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว อย่างดียิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๙ ๒๑๕ ๗๔๙๒

สำเนาเรียน พยาบาลวิชาชีพพุ่มรัตน์ เกตุเล็ก