

พฤติกรรมกรดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



นางสาวเสวิกุล จำสนอง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5571-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF-CARE BEHAVIORS AND FACTORS RELATED SELF-CARE BEHAVIORS
OF SCHIZOPHRENIC INPATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL
AND SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY



Miss Sewikul Jumsanong

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5571-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โดย	นางสาวเสวิกุล จำสนอง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์นพดล วานิชฤดี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพันธ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์นายแพทย์นพดล วานิชฤดี)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวิธรรณ นิเวตพงศ์)

เสวิกุล จำสนอง : พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (SELF-CARE BEHAVIORS AND FACTORS RELATED SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC INPATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY) อ. ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ , อ. ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์ นพดล วานิชฤดี ; 97 หน้า. ISBN 974-17-5571-6

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PQR Part II) ของแบรนต์และไวน์เนอร์ท แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา T-test , One-way ANOVA , Pearson' s product moment correlation coefficient และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในช่วงระยะเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 และพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและมีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอื่น ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 20.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา 2546	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4575272330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : SELF-CARE BEHAVIORS / SCHIZOPHRENIC INPATIENT

SEWIKUL JUMSANONG : SELF-CARE BEHAVIORS AND FACTORS RELATED
 SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC INPATIENTS AT KING
 CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND SOMDET CHAOPRAYA
 INSTITUTE OF PSYCHIATRY. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. DECHA
 LALITANANTPONG,M.D, THESIS COADVISOR : NOPADOL WANITRUEDEE,M.D,
 97 pp. ISBN 974-17-5571-6

The purpose of this descriptive research is to study self-care behaviors and factors related self-care behaviors of schizophrenic patients. The subject of this study include 95 schizophrenic patients who had admitted to King Chulalongkorn Memorial Hospital and Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The research instruments comprise the demographic data questionnaire, the questionnaire based on the social support (The Personal Resource Questionnaire : PQR part II) from Brand and Winenert, Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS and the self-care behaviors of schizophrenic patients questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics , t-test , one-way ANOVA , Pearson' s product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of schizophrenic patients had self-care behaviors (30 days before they had admitted to the hospital) at the medium level (62.1%). The predictive factors to self-care behaviors of schizophrenic patients were the social support and the education level. As patients with high level of the social support and having education level higher than secondary school would have self-care behaviors better than the others and both of them could predict self-care behaviors at 20.0% and $p < .05$ level.

Department	Psychiatry	Student's signature.....
Field of study	Mental Health	Advisor's signature.....
Academic year	2003	Co- Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ดำเนินและสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดำเนินงาน และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพัน และผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิวัตพันธุ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำอันช่วยให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการฝึกสอนการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา และขอระลึกถึงพระคุณของอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนผู้วิจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทรุ่นที่ 15 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมทั้งบุคคลที่อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ อันส่งผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งมีอาจกล่าวนามได้หมด ณ ที่นี้ ผู้วิจัยพึงระลึกถึงความดีของทุกท่านด้วยความประทับใจตลอดไป

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ณ
	สารบัญตารางภาคผนวก.....	ณ
บทที่		
1	บทนำ.....	1
	ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
	คำถามการวิจัย.....	2
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
	ขอบเขตการวิจัย.....	3
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
	ข้อจำกัดในการวิจัย.....	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	โรคจิตเภท.....	6
	เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-IV.....	11
	การรักษา.....	14
	แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	16
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	19
	ความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	23
	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	23
	ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	27
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29

สารบัญ (ต่อ)

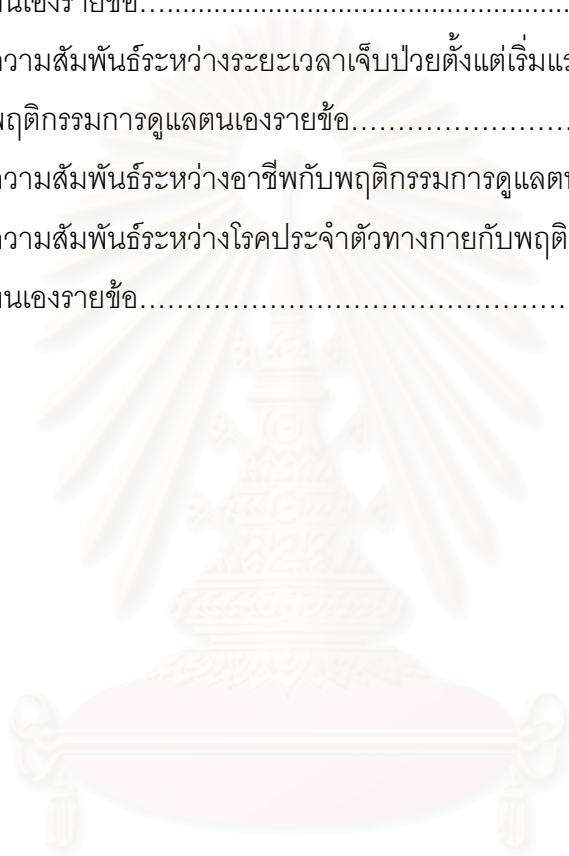
บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
	การรวบรวมข้อมูล.....	39
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
5	สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	54
	รายการอ้างอิง.....	68
	ภาคผนวก.....	73
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
	ภาคผนวก ข จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	85
	ภาคผนวก ค ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายชื่อ.....	91
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	97

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตาราง 1	อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท.....	9
ตาราง 2	ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท.....	14
ตาราง 3	จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากร.....	42
ตาราง 4	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	44
ตาราง 5	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม.....	45
ตาราง 6	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น.....	46
ตาราง 7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ.....	46
ตาราง 8	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	47
ตาราง 9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงกลุ่มกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม.....	50
ตาราง 10	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ระหว่างระดับการศึกษารายคู่ด้วย Scheffe.....	51
ตาราง 11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงปริมาณกับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม.....	51
ตาราง 12	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม.....	52
ตาราง 13	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	53
ภาคผนวก		
ตาราง 1	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	86
ตาราง 2	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	92
ตาราง 3	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	93

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
ตาราง 4	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	94
ตาราง 5	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	95
ตาราง 6	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	96
ตาราง 7	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวทางกายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ.....	96



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง พบได้มากที่สุดในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือพบประมาณร้อยละ 45-50 และร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วไปที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในเรื่องการรับรู้สภาพความเป็นจริง ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม⁽¹⁾ จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าเมื่ออัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 70 และในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด⁽²⁾

การเป็นโรคจิตเภททำให้มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการเมื่ออายุ 15-35 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการพยากรณ์โรคไม่ดี หากเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย การป่วยตั้งแต่อายุน้อยทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการอธิบายถึงความสามารถในการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นก่อนที่就会有อาการป่วยซ้ำ และค้นหาความช่วยเหลือเพื่อลดอาการดังกล่าว เบเกอร์ (Baker)⁽³⁾ พบว่า การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดจากความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดขึ้น สามารถระบุนำอาการนำก่อนการเจ็บป่วยได้ และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้อาการทางจิตแย่ลง และเฝ้าระวังอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ ซึ่งจากแนวคิดนี้สามารถนำมาอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการป้องกันการป่วยซ้ำ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน และเป็นการสมัครใจในการทำหน้าที่เพื่อดูแลตนเอง โดยอาศัยความสามารถของตนเองในการทำให้การดูแลตนเองบรรลุผลสำเร็จ⁽⁴⁾

เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท จะส่งผลกระทบต่อการใช้สัมพันธ์ระหว่างตัวผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในครอบครัว และกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว

ถ้าครอบครัวมีการยอมรับ เข้าใจ และให้การสนับสนุน ทั้งในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษา และการให้กำลังใจ ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุข และก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น จะมีความมั่นใจ ลดความเครียด หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Valentine, 2000 อ้างถึงใน มลิวัดย์ โมพี)⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรังและมีโอกาสป่วยซ้ำสูงนั้นควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และเป็นการลดภาระของญาติและผู้ดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งเป็นเพียงการศึกษาระดับของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกเท่านั้น

ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยใน ว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไร ในช่วงระยะเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ต้องเข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องเข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 95 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก โรคประจำตัวทางกาย ความรุนแรงของอาการทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุมณฑา บุญชัย ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อจำกัดการวิจัย

- การวิจัยครั้งนี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น
- การเก็บรวบรวมข้อมูลมีช่วงเวลาการเก็บข้อมูลจำกัด ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งหมดได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุระหว่าง 15-60 ปี สามารถพูดคุย สื่อสาร เข้าใจภาษาไทย และมีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตที่ประเมินด้วย BPRS ต่ำกว่า 30 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-Care Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้าน ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการปฏิบัตินี้เป็นกระทำโดยผู้ป่วยเอง ไม่ใช่การดูแลจากบุคคลอื่นในครอบครัว โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการในการดูแลตนเองของ Orem ที่ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ, ด้านการขับถ่าย, ด้านการดูแลทำความสะอาดร่างกาย, ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย, ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ

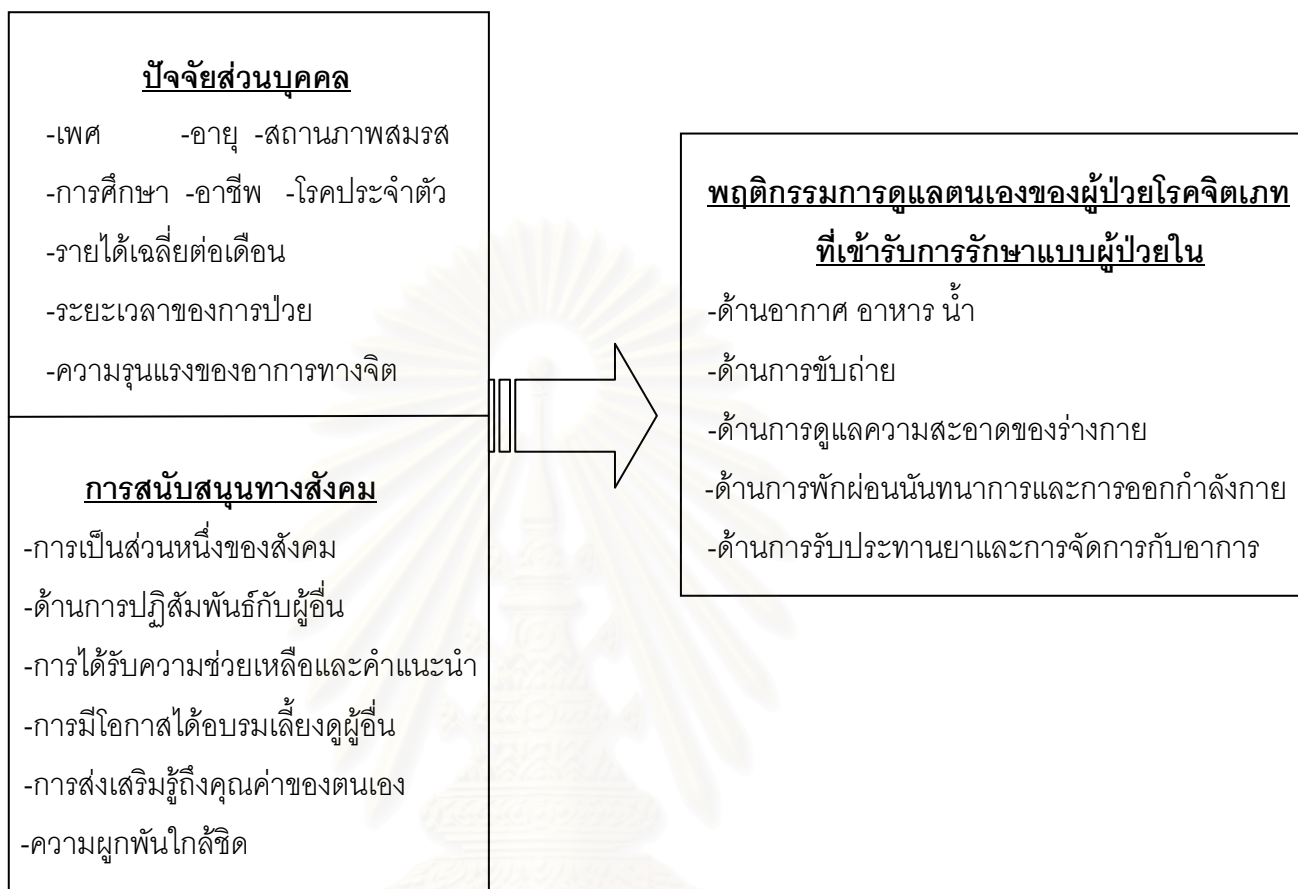
การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการช่วยเหลือ ปรึกษา ปรึกษา และสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ การมีโอกาสได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความผูกพันใกล้ชิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำญาติและผู้ดูแลให้คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียด โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior)

ส่วนที่ 1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ประวัติของโรคจิตเภท ^(1,7,8,9)

คราเปลิน (Emil Krapelin) เรียกชื่อโรคนี้ว่า Dementia precox โดยให้ความหมายว่าเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของความคิดเขาวงปัญญานี้ (dementia) มีอาการเฉียบพลัน รู้สึกรบกวนใจ โดยอาการเริ่มเป็นในอายุน้อย (early onset –precox) คือวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง Krapelin เชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย และเมตาบอลิซึม ⁽¹⁾

บลูเลอร์ (Eugene Bleuler) ได้ใช้ชื่อเรียกว่า “Schizophrenia” แทนคำว่า “Dementia precox” เพราะลักษณะสำคัญของโรคคือ มีความแตกแยกของความคิด และอาการของผู้ป่วย โดยได้แบ่งอาการของโรคออกเป็นอาการหลัก และอาการรอง ได้แก่

1. อาการหลัก (Primary symptoms) อาการหลักของ Bleuler มีอยู่ 4 A (Bleuler 's four A's) ได้แก่
 - 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องทางความคิด (loosening of association)
 - 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affect)
 - 1.3 หมกมุ่นในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (autism)
 - 1.4 มีพฤติกรรมหรือความคิดสองจิตสองใจ (ambivalence)
2. อาการรอง (Secondary symptoms) ได้แก่
 - 2.1 อาการหลอน (hallucination)
 - 2.2 อาการหลงผิด (delusion)

ชไนด์เดอร์ (Kurt Schneider) เป็นผู้รวบรวมอาการสำคัญเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ซึ่งเรียกว่า “Schneiderian First-Rank symptoms (SERS)” ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของชไนด์เดอร์ ได้แก่

1. การได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Audible thoughts)
2. มีเสียงคนพูดโต้เถียงกันในเรื่องที่มีมักจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Voices arguing or discussing or both)
3. มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย (Voice commenting)
4. เชื่อว่ามีแรงจากภายนอกมากระทำต่อร่างกายของผู้ป่วย (Somatic passivity experiences)
5. เชื่อว่าความคิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป (Thought withdrawal and other experiences of influenced thought)
6. ความคิดของผู้ป่วยแพร่กระจายสู่ภายนอก (Thought broadcasting)
7. มีการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติไปแบบหลงผิด (Delusional perceptions)
8. อื่น ๆ เช่น ความต้องการ หรือการกระทำของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการกระทำของสิ่งภายนอก (All other experiences involving, made affects, and made impulse)

ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ที่จัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 1980 ได้รวบรวมเอาหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยชไนด์เดอร์ ซึ่งบรรยายถึงลักษณะอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยมาเป็นครั้งที่ 4⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นนิยามในปัจจุบัน โดยทำให้คำจำกัดความของโรคจิตเภทแคบลงกว่าเดิม

ระบาดวิทยา

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องที่ยาก และอาจสรุปไม่ได้เป็นตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากมีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย แต่พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์ของโรค (incidence) มีประมาณร้อยละ 0.01-0.07 ความชุกของโรค (prevalence) มีประมาณร้อยละ 0.06-0.71 และความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) มีประมาณร้อยละ 0.09 -1.10⁽⁸⁾ และเมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์จำเพาะอายุและเพศ พบว่า เพศชายจะเริ่มป่วยเร็วกว่าเพศหญิง

2. อายุ เพศ และเชื้อชาติ อายุเฉลี่ยที่พบว่าเริ่มมีอาการอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี ในเพศชาย และ 25 -35 ปี ในเพศหญิง โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 90 จะมีอายุอยู่ในช่วง 15-55 ปี⁽⁹⁾ พบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นชาวผิวดำมากกว่าชาวผิวขาว

3. ฤดูกาลที่กำเนิด จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเกิดในช่วงฤดูหนาวและต้นฤดูใบไม้ผลิมากกว่าในปลายฤดูใบไม้ผลิและฤดูร้อน ซึ่งเชื่อว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางตัวที่พบบ่อยในฤดูหนาว⁽¹⁰⁾

4. เศรษฐกิจทางสังคมและวัฒนธรรม ในประเทศอุตสาหกรรมมักพบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า อาการป่วยทำให้มีเศรษฐกิจต่ำลง หรือเป็นเพราะความเครียดจากการมีเศรษฐกิจต่ำอาจทำให้เกิดโรคจิตเภท นอกจากนี้การอพยพย้ายถิ่น (immigration) หรือการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้มากขึ้น ซึ่งการวินิจฉัยโรคจะขึ้นอยู่กับสภาพสังคมหรือวัฒนธรรมที่เป็นตัวตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นผิดปกติไปจากสังคมหรือไม่⁽⁷⁾

5. อัตราการครองเตียง ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการครองเตียงประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด⁽⁹⁾ ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของสงัน สุวรรณเลิศ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลศรีธัญญาระยะเวลาดั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในระยะยาวมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 42.2 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในโรงพยาบาล

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)⁽¹⁰⁾

1.1 สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

1.2 การวิภาคของสมอง (Neuroanatomy) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricular โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และบริเวณช่องว่างในสมอง (periventricular)

1.3 ประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiology) พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe)

2. พันธุกรรม (Genetic factors)

จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าพันธุกรรมมีส่วนสัมพันธ์กับสาเหตุของการเกิดโรค นั่นคือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท อาทิ คนในครอบครัว บุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด มีโอกาสเกิดโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป และถ้ามีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากก็ยิ่งเพิ่มโอกาสของการเกิดโรคสูง⁽¹¹⁾

ตาราง 1 อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
ประชากรทั่วไป	1
พี่น้องของผู้ป่วย	8
บุตรของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรคจิตเภท	12
แฝดไข่คนละใบของผู้ป่วย	12
บุตรของพ่อและแม่เป็นโรคจิตเภท	40
แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วย	47

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

3.1 ด้านปัจเจกบุคคล (The individual patient) มีทฤษฎีต่าง ๆ พยายามอธิบายไว้ดังนี้

3.1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการขาดมารดาหรือการเลี้ยงดูที่เหมาะสมในระยะ oral stage Magaret Mahler อธิบายว่าในวัยทารกต้องพึงพิงมารดาทุกอย่าง ในช่วงนี้ถ้าเด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะทำให้ทารกมีความผูกพันใกล้ชิดกับมารดา และต่อมาทารกจะสามารถแยกได้ว่าเขาไม่ใช่คนเดียวกับมารดา สามารถแยกระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมและพัฒนาไปเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน นักจิตวิเคราะห์บางท่านสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีการทำงานของอีโก้ (ego) ในช่วงต้นของชีวิตที่บกพร่องทำให้ทารกมีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) และก้าวร้าว (aggression) สูงอยู่ในจิตใต้สำนึก ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกเสียไป ส่งผลให้บุคลิกของบุคคลนั้นพัฒนาไปเป็นลักษณะทนต่อความกดดันได้น้อย โดยอาการของโรคอาจเริ่มเกิดในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่จำเป็นต้องมี ego ที่เข้มแข็ง เพื่อก้าวผ่านพัฒนาการในด้านความเป็นตัวของตัวเอง และแยกเป็นอิสระจากบิดา-มารดา สามารถควบคุมตนเองได้⁽⁹⁾

3.1.2 ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory) เชื่อว่าอาการทางจิตเกิดจากการติด (fixation) กับพัฒนาการระยะใดระยะหนึ่ง เนื่องจากการที่บุคคลไม่สามารถผ่านความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้นได้ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไปได้ ดังนั้นแม้ว่าอายุของบุคคลจะผ่านระยะของพัฒนาการนั้นไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจจะยังคงอยู่นอกจากนี้อาการทางจิตอาจเกิดจากบุคคลต้องเผชิญหน้ากับความคุกคามหรือเมื่อบุคคลมีความลำบากในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้น เช่น เมื่อบุคคลได้รับความผิดหวังหรือมีความคับข้องใจอย่างมากจึงถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตใจในระยะต้นของชีวิต (regression) เพื่อช่วยให้ความกดดันลดลง เช่นการใช้จินตนาการ (fantasy) ซึ่งกลไกทางจิตที่ใช้ นั่นถือว่าไม่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่^(12,13)

3.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) เชื่อว่าเกิดจากการเรียนรู้ของเด็กโดยการเลียนแบบวิธีคิดและปฏิกิริยาของบิดามารดาที่มีปัญหาทางอารมณ์หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่ดี⁽⁹⁾

3.2 ด้านครอบครัว (Patient's family)

3.2.1 การสื่อสารที่ผิดปกติหรือแบบสองนัย (double blind) Gregory Bateson อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันทั้งในด้านพฤติกรรม ทักษะคิด และความรู้สึก อาการของโรคจึงเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสับสนและพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยการถอยหลังไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิต เช่น การมีหูแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเป็นโลกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเองและสามารถเข้าใจได้⁽⁹⁾

3.2.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีลักษณะชู้ตมิวซอล (Pseudomutual family) คือครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะภายนอกเหมือนมีความผูกพันรักใคร่ แต่ที่จริงแล้วสมาชิกจะไม่เป็นตัวของตัวเองเพราะสมาชิกทุกคนต้องคิด รู้สึก และกระทำในที่เหมือนกัน การสื่อสารในครอบครัวมีลักษณะแปรวนแปร (communication deviance) นั่นคือมีลักษณะกำกวมไม่เนื่องและไม่คงเส้นคงวา⁽¹³⁾ อาการแสดงของผู้ป่วยอาจแสดงถึงความปรารถนาที่จะเป็นของตัวเอง

3.3.3 การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High expressed emotion : high EE) จากการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่พบว่า ถ้าในครอบครัวมีสมาชิกที่ลักษณะของการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) หรือมีลักษณะเข้ามาวุ่นวายกับชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไป (over involvement) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีลักษณะตรงข้าม⁽¹⁴⁾

4. Stress – Diathesis model

เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้น โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน⁽¹⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ตาม DSM - IV^(1,7)

- A. ลักษณะอาการสำคัญ พบว่า มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป โดยในแต่ละอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากการรักษาได้ผล)
1. อาการหลงผิด
 2. อาการประสาทหลอน
 3. disorganization speech (เช่น พูดจาไม่รู้เรื่อง)
 4. มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด
 5. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)
- หมายเหตุ: เพียงอาการเดียวในเกณฑ์ A ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่ 2 เสียงพูดจาโต้ตอบกัน
- B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ในช่วงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่เกิดความผิดปกติในด้านต่างๆ อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น งาน ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือการดูแลตนเองต่ำกว่าระดับก่อนป่วยอย่างมาก (หรือถ้าเริ่มอาการวัยเด็กหรือวัยรุ่น ระดับพัฒนาการทางมนุษย์สัมพันธ์ การเรียน หรืออาชีพ ไม่บรรลุเป้าหมายอย่างที่คาดไว้)
- C. ระยะเวลา มีอาการแสดงต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งใน 6 เดือนต้องมีอาการตามข้อ A. อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่า หากการรักษาได้ผล) และอาจมีช่วงเวลาของอาการ prodrome หรือ residual ซึ่งในช่วงระยะเวลา prodrome หรือ residual นี้ อาการแสดงความผิดปกติอาจแสดงเพียง negative symptoms หรืออาการ 2 อย่างหรือมากกว่าในข้อ A. เป็นแบบเบาลง (เช่น มีความเชื่อแปลก ๆ ประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่ธรรมดา)
- D. อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วย Schizoaffective และ mood disorder โดยไม่พบ major depressive manic หรือ mixed episode ในช่วง active phase หรือถ้ามีระยะเวลาทั้งหมดของ mood syndrome สั้นกว่าระยะเวลาของ active และ residual phase

- E. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากภาวะผิดปกติทางกายทั่วไปหรือจากสาร
- F. ถ้ามีประวัติ Autistic disorder หรือ Pervasive developmental disorder อื่นอยู่ก่อนจะวินิจฉัย Schizophrenia ร่วมด้วย เมื่อพบอาการหลงผิด/ประสาทหลอนเด่นชัดอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่า หากการรักษาได้ผล)

ชนิดของโรคจิตเภท ตาม DSM-IV ⁽¹⁾ แบ่งโรคจิตเภทออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. Paranoid type มีลักษณะเด่นของอาการหลงผิด 1 ชนิด หรือมากกว่า หรือพบอาการหูแว่วบ่อย โดยไม่พบลักษณะเด่นของ disorganized type
2. Disorganized type มีลักษณะเด่นของ Disorganized speech, Disorganized behavior และ flat หรือ inappropriate affect และเข้าไม่ได้กับ catatonic type
3. Catatonic type มีลักษณะเด่นอย่างน้อย 2 อย่างในลักษณะต่อไปนี้ คือ
 - 1) อยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหวอาจเป็นเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง หรือ stupor
 - 2) เคลื่อนไหวมากแบบไม่มีจุดหมาย (purposeless excitement)
 - 3) extreme negativism หรือไม่ยอมพูด (mutism)
 - 4) เคลื่อนไหวแปลก ๆ เช่น bizarre posturing, stereotyped movement, mannerism อย่างมาก
 - 5) echolalia หรือ echopraxia
4. Undifferentiated type มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อ A แต่ไม่ได้จัดเป็นชนิดของ Paranoid, Disorganized หรือ Catatonic type
5. Residual type ไม่พบอาการเด่นของความคิดหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราว พฤติกรรมแปลก ๆ หรือ catatonia แต่พบหลักฐานของความผิดปกติที่ต่อเนื่องมา ซึ่งพิจารณาจากการพบอาการด้านลบ (negative symptom) หรืออาการแบบน้อย ๆ หรือทุเลาลงของข้อ A ของโรคจิตเภท 2 อาการหรือมากกว่า เช่น ความคิดแปลก ๆ การรับรู้แปลก ๆ

ระยะอาการของโรคจิตเภท ⁽¹⁾ โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. Prodromal phase เป็นระยะก่อนหน้า active phase อาจกินเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน หรืออาจเป็นปี ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวออกจากสังคม เก็บตัว บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่ค่อยสนใจตัวเอง การแต่งกายและสุขอนามัยส่วนตัวเลวลง อาจสนใจเชื่อถือไสยศาสตร์ หรือมีอาการ

ทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้องแบบแปลก ๆ มีการเสื่อมลงในหน้าที่การงานด้านต่าง ๆ หรือเรื่อง
เรียน

2. Active phase ปรากฏอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาไม่
ปะติดปะต่อ พฤติกรรมเพี้ยน อารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น

3. Residual phase ไม่พบอาการเด่นของอาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาไม่
ปะติดปะต่อ พฤติกรรมแปลก ๆ หรือตัวแข็งตรง (catatonia) แต่อาจพบมีอาการไม่รุนแรง
(attenuated form) ของอาการ positive symptom หรือพบ negative symptom

การจำแนกชนิดของอาการทางจิต (Psychosis) อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1.อาการด้านบวก (positive symptom) เช่น ความคิดหลงผิด ความคิดกระจัด
กระจายไม่ต่อเนื่อง ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด อารมณ์ไม่เหมาะสม

2.อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น อารมณ์เฉยเมย พุดน้อยมาก ขาด
แรงจูงใจ แยกตัว

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

การดำเนินโรค (course) อาการของโรคมักเริ่มเกิดในช่วงวัยรุ่นโดยจะมีอาการนำของโรค
(prodromal symptoms) มาก่อนเป็นวันหรือเป็นเดือน แล้วตามด้วยอาการที่เด่นชัด ซึ่งมักเกิดจาก
ปัจจัยกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น การเสียชีวิตของบุคคล
ใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงสถานที่ การใช้สารเสพติด เป็นต้น อาการนำอาจเกิดอยู่เป็นปีโดยไม่มี
อาการทางจิต หลังเกิดอาการครั้งแรก ผู้ป่วยจะค่อย ๆ มีอาการดีขึ้น และมักมีอาการกำเริบเป็นครั้ง
คราวไม่หายสนิท โดยในการกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้งจำทำให้มีอาการแยลงเรื่อย ๆ

การพยากรณ์โรค (prognosis) จากการติดตามผลการรักษาโรคจิตเภทพบว่า เกณฑ์การ
วินิจฉัยและวิวัฒนาการของการรักษาโรคเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในปี 1994 Hegarty และคณะ⁽¹⁵⁾
ศึกษาในช่วง 10 ปีผ่านมาพบว่าจากการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไปประมาณ 5 ปี มี
ผลการรักษาที่ดีขึ้นเป็นที่พอใจ ร้อยละ 36.4 นั่นคือ ผู้ป่วยร้อยละ 20-30 สามารถที่จะกลับไป
ดำรงชีวิตตามปกติได้ ร้อยละ 20-30 ยังคงมีอาการอยู่บ้าง และร้อยละ 40-60 มีอาการ
ค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต⁽⁹⁾ การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ
ปัจจัยต่าง ๆ ที่มากระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท ^(1,9)

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
-เริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก	-เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย
-มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคเด่นชัด	-ไม่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคอย่างเด่นชัด
-อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	-อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
-มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	-อารมณ์เรียบเฉย แยกตัว
-ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatonic	-ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือ undifferentiated
-มีอาการด้านบวก	-มีอาการทางลบ
-ก่อนเกิดโรคมีประวัติความสัมพันธ์ทางสังคม ทางเพศ และการทำงานที่ดี	-ก่อนเกิดโรคมีประวัติความสัมพันธ์ทางสังคม ทางเพศ และการทำงานที่ไม่ดี
-มีประวัติโรคความผิดปกติทางอารมณ์ใน ครอบครัว	-มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
-สมรส หรือมีญาติช่วยเหลือดูแล	-โสด ไม่มีญาติช่วยเหลือดูแล
-เป็นมาไม่นานก่อนการรักษา	-เป็นมานานก่อนการรักษา

การรักษา ^(1,10)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน การรักษาจึงต้องใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน เพื่อจะช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และแต่ละวิธีจะมีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกที่ต่างกัน

1. การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)

ปัจจุบันยาต้านโรคจิต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ คือ

กลุ่มที่ 1 Dopamine receptor antagonist เช่น Chlorpromazine, Thioridazine, Haloperidol เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 Serotonin dopamine antagonist (SDA) เช่น Risperidone

กลุ่มที่ 3 Clozapine

- การรักษาในระยาระรุนแรง (active phase) ของโรค เพื่อช่วยรักษาอาการสำคัญต่าง ๆ เช่น ประสาทหลอนและหลงผิด โดยยาแต่ละตัวให้ผลใกล้เคียงกันจะต่างกันก็เพียงผลข้างเคียง (side effect) ของยา การให้ยารักษาโรคจิตควรใช้ยาตัวเดียวเพื่อป้องกันความสับสนเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา
- การรักษาในระยะยาวหรือระยะคงสภาพ หลังจากผ่านระยาระรุนแรงของโรคแล้ว การรักษาแบบคงสภาพในขนาดยาที่เหมาะสม จะทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

ระยะเวลาในการใช้ยาด้านโรคจิต

- กรณีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี
 - กรณีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีอาการทางจิตกำเริบ (acute exacerbation) 2 ครั้ง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี
 - กรณีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีอาการทางจิตกำเริบ (acute exacerbation) มากกว่า 2 ครั้ง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาลดตลอดชีวิต
- นอกจากนี้ยังสามารถใช้ยาตัวอื่นร่วมในการรักษาได้ เช่น Lithium ยาแก้อันชัก เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น หรือ Benzodiazepine เช่น Alprazolam, Diazepam

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า คือ การรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ ๆ ผ่านเข้าสมองของผู้ป่วยทำให้เกิดการชักแบบลมบ้าหมู (generalized seizure) และให้ยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) เพื่อกล้ามเนื้อคลายตัวเต็มที่ก่อนการผ่านกระแสไฟฟ้า ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีประโยชน์สำหรับการรักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิด เช่น โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น โดยในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะให้ผลดีในรายที่มีอาการครั้งแรก มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอาการ catatonic ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ยาได้ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น

3. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

ส่วนใหญ่จะใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิต ซึ่งการรักษาทางจิตสังคมจะมีบทบาทมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และมีอาการด้านลบเท่านั้น (negative symptoms) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาที่มุ่งไปที่ระดับจิตใต้สำนึก มีขีดจำกัดและไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรคส่วนใหญ่จะใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เน้นที่การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและ

พฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ให้เข้มแข็ง ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง บางครั้งอาจจะเป็นการให้คำแนะนำ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

3.2 จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะมีส่วนทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจกัน เรียนรู้วิธีการ ปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม และช่วยแก้ไขความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ผิดปกติ เช่น การควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป หรือการแสดงอารมณ์ที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อกัน⁽¹³⁾

3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

3.4 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Milieu therapy) เป็นการรักษาโดยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมของห้องผู้ป่วยให้น่าอยู่ มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ การงาน และสังคมให้กับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยโครงสร้างของสัมพันธภาพอาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว อย่างเช่น คู่สมรส บิดา-มารดากับบุตร และญาติสนิท หรืออาจเป็นบุคคลในเครือข่ายของสังคม อย่างเช่น เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือ มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

คอบบ์ (Cobb)⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมีความผูกพันกันโดยการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

เฮาเวิร์ส (House cited in Brown)⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ไวส์ (Weiss cited in Brand & Weinert)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น

โอเร็ม(Orem)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด การได้รับคำแนะนำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นคง จะทำให้มีความหวังเกิดขึ้น การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ และบริการต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

นอร์เนค (Norbeck)⁽²⁰⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวอาจเป็นความใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือในรูปสิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เบิร์กแมน และ ซิม (Berkman & Syme)⁽²¹⁾ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อว่าบุคคลที่แยกตัวจากสังคมจะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีโอกาสเจ็บป่วยได้

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender)⁽²²⁾ ได้แบ่งระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

- 1.การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด
- 2.การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์

3. การสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religion organization or Denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน จากพระ นักบวช หมอสอนศาสนา หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

4. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแหล่งแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และมีความสำคัญ เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับการครอบครัว และกลุ่มเพื่อนสนิทไม่เพียงพอ

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organization support system not directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต

บราวน์ (Brown)⁽¹⁷⁾ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางในการปฏิบัติ หรือทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา

4. การสนับสนุนทางด้านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การยืนยัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับเกิดความมั่นใจและนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

ซาราฟิโน (Sarafino)⁽²³⁾ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความจริงใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยต่อบุคคล การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนคอยดูแลเอาใจใส่ มีความเชื่อมั่น และมีคนรักในภาวะที่เกิดความเครียดหรือมีปัญหา

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem support) หมายถึง การได้รับความเชื่อถือ การยอมรับ และสนับสนุนความรู้สึกของบุคคล รวมทั้งการยกย่องเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ รวมทั้งมีผู้อื่นยอมรับและเห็นคุณค่า

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Tangible or Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการให้หรือยืมเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการช่วยเหลือ กิจกรรมต่าง ๆ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทาง ที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่หรือ ตอบสนองการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือแม้กระทั่ง แพทย์ พยาบาล ก็มีผลสำคัญที่จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน

หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender)⁽²²⁾ ได้เสนอแนวคิดและกลไกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถือว่าเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ
3. มีการป้องกัน ยืนยัน รับรอง หรือทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์กับการกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม
4. เป็นกันชนหรือที่รองรับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤติในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์ และการสนองตอบทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วยและเป็นการป้องกันโรค

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับ ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีต่อสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้เผชิญเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัว การเผชิญปัญหากับความเครียดของบุคคล และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเอง (Self-Care)

ซัลลิแวน (Sullivan อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์)⁽²⁴⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเอง คือ การเอาใจใส่ตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัจจุบันเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัยมุ่งให้คนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ กระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการเคารพตนเอง รู้คุณค่า

ของตนเอง และเชื่อมความสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี ส่วนทางด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความอดทน กล่าวหาญ ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เสียก่อนจึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

ฮิลล์ และ สมิท (Hill & Smith) ⁽²⁵⁾ การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบในตนเอง ความอิสระ การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

เลวิน (Levine cited in Hill & Smith) ⁽²⁵⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตนเอง เพื่อตนเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและรักษาขั้นตอนด้วยตนเอง

เพนเดอร์ (Pender) ⁽²²⁾ กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง การดูแลตนเองจะต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

จอห์น (Johns) ⁽²⁶⁾ กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. การสอนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
2. สร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
3. ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

คินไลน์ (Kinlien อ้างถึงใน โปรยทิพย์ กลิพันธ์) ⁽²⁷⁾ กล่าวว่า รูปแบบการดูแลตนเอง (Self-care concept) มีติดตัวมนุษย์มาอยู่ก่อนแล้ว การกระทำและการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้หมายถึงการปล่อยทุกคนให้ทำอะไรด้วยตนเองเสมอไป แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลด้วย โดยอธิบายว่าผู้ใหญ่ส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กเล็กหรือเด็กก่อน

วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเป็นบางส่วน หรือบางคนอาจต้องช่วยทั้งหมดแล้วแต่กรณี

โอเร็ม (Orem) ^(19,28) กล่าวถึง ทฤษฎีการดูแลตนเองว่า เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจที่มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลของการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของการกระทำนั้น ๆ ในชีวิตประจำวัน และบุคคลยังสามารถนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลในการส่งเสริมหรือเป็นผลทางด้านลบต่อการกระทำตามหน้าที่ปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้จะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ ได้ด้วย

การดูแลตนเอง (Self-care) คือ กิจกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้อย่างมีเป้าหมาย เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวันโดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ ถ้าบุคคลสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพก็จะสามารถรักษาโครงสร้าง การหน้าที่ และพัฒนาการให้เป็นไปอย่างปกติสุข

โอเร็ม (Orem อ้างถึงในอดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ) ⁽²⁹⁾ กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. ระยะการพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ โดยมุ่งเน้นไปที่ตัวบุคคลในเชิงปกติสุข มากกว่าจะเน้นเรื่องโรคหรือการเจ็บป่วยจากกระบวนการวิถีชีวิตในบุคคล
2. ระยะการกระทำและผลของการกระทำ บุคคลต้องมีการตั้งเป้าหมายและวิธีการกระทำ เพื่อเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

โอเร็ม (Orem) ⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องการกระทำในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และเมื่อทำไปแล้วจะคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล โดยที่โอเร็ม ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care) เป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตของบุคคลตลอดชั่วชีวิตขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และความผาสุกโดยทั่วไปของบุคคล ประกอบด้วย

- ก. การได้รับอากาศอย่างเพียงพอ
- ข. การได้รับอาหารและน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ
- ค. การควบคุมการย่อยอาหารและการถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย
- ง. การรักษาสมดุลระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน
- จ. การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- ฉ. การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- ช. ส่งเสริมให้ตนเองได้ทำหน้าที่และการมีพัฒนาการในการดำเนินชีวิตอย่างปกติ

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care) เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของบุคคล ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของชีวิตที่มีความแตกต่างกัน และมีผลต่อพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย

- ก. การสร้างและดำรงรักษาสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการตามระยะพัฒนาการโดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเอง
- ข. การจัดหาและการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเองในสภาพแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคลหรือเพื่อบรรเทาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะคุกคามที่เป็นอันตรายต่อพัฒนาการของบุคคล

3. การดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน (Health Deviation of Self-care) ที่เกิดจากพันธุกรรม โครงสร้างการหน้าที่ที่ผิดปกติ รวมทั้งความบกพร่องที่เกิดจากการดูแลรักษา ประกอบด้วย

- ก. การแสวงหาและการยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการแพทย์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
- ข. เรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพ และผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- ค. ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรค
- ง. เรียนรู้ที่จะดูแลและป้องกันอาการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- จ. ปรับอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ภาพลักษณะในตนเอง (Self-image) ที่เป็นอยู่
- ฉ. เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับชนิดและความสำคัญของการกระทำที่จำเป็น ในการทำหน้าที่ของบุคคลเกี่ยวกับพัฒนาการและความผาสุกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยโรคจิตเภทการดูแลตนเองด้านร่างกายจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและการทำหน้าที่ของตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ⁽⁶⁾

ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านในระยะอาการหลงเหลือมีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง การดูแลตนเองในระยะนี้ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาและสารเสพติด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา ควบคุมอาการทางจิต ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับการรับประทานนั้นก็จะมีส่วนกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือจากสาเหตุอื่น ๆ

3. การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การทำงาน การศึกษา การใช้เวลารว่าง

4. การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง เพื่อรับการตรวจรักษาก่อนที่อาการจะรุนแรง

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะของพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจากระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดำเนินโรคเรื้อรัง มีโอกาสป่วยซ้ำมาก และระยะเวลาของการป่วยจะทำให้การทำงานที่ในด้านการงาน การเรียน และสังคมเสื่อมลง⁽¹⁰⁾ ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเองของร่างกายโดยทั่วไป และความจำเป็นในการดูแลตนเองตามอาการของโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องฝึกที่จะดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมที่

เหมาะสม มีแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพ ซึ่งจากแนวคิดการดูแลตนเองของโธเรียม จะประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้⁽³⁰⁾

1.ด้านอาหาร อากาศ น้ำ

อาหาร ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความบกพร่องในการรับประทานอาหาร เนื่องจากอาการของโรคทางด้านบวกและลบ เช่น อาการหวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ ตามปกติผู้ป่วยควรจะต้องดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ คือรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่และรับประทานให้เพียงพอทั้ง 3 มื้อตามความต้องการของร่างกาย เลือกรับประทานอาหารสด สะอาด หลีกเลี้ยงสารเสพติดทุกชนิด งดอาหารหรือควบคุมอาหารตามความจำเป็นของร่างกาย รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม⁽³¹⁾

อากาศ ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรหลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่มีอากาศไม่บริสุทธิ์ หรือในบริเวณที่แออัด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและหงุดหงิดได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยควรดูแลตนเองให้อยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก อยู่ห่างจากสิ่งแวดล้อมหรืองดเว้นจากพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่

น้ำ โดยปกติร่างกายต้องการน้ำที่สะอาดในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยผู้ใหญ่ควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี ทั้งนี้เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ช่วยขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย และโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทควรดื่มน้ำที่สะอาดและหลีกเลี่ยงจากเครื่องดื่มที่ให้โทษแก่ร่างกาย เช่น ชา กาแฟ และเครื่องดื่มกระตุ้นประสาท หรือเครื่องดื่มมีน้ำตาลต่าง ๆ เพราะสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคขึ้นได้

2.ด้านการขับถ่าย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการท้องผูก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน หรือขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นการที่จะป้องกันอาการท้องผูกที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยควรจะต้องรับประทานผักผลไม้ ดื่มน้ำ และออกกำลังกายให้มากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงจากการดื่มชา กาแฟ ฝึกรับถ่ายให้เป็นเวลา อีกทั้งควรมีการดูแลในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายด้วย

3.ด้านความสะอาดของร่างกายและการแต่งกาย

เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยขาดความสนใจสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือมีการแต่งกายไม่เหมาะสม⁽³²⁾ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีการดูแลตนเอง

โดยการอาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมส์ปาดหัว 2-3 ครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บมือเล็บยาว ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาดและเหมาะสมตามโอกาส และสวมรองเท้าก่อนออกนอกบ้าน

4. ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีการพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ เพราะเวลานอนหลับจะทำให้ร่างกายทุกส่วนทำงานน้อยลง จึงเป็นการวิธีการที่ดีที่สุดในการช่วยลดและขจัดความเครียด⁽³³⁾ โดยที่ผู้ป่วยควรจะนอนหลับกลางวันติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการนอนดึกและกลางวันควรนอนหลับได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง

การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และผ่อนคลายจากความตึงเครียด เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งส่งผลให้ต่อมไร้ท่อผลิตสาร endorphin ซึ่งสารนี้มีลักษณะคล้ายมอร์ฟิน แต่แรงกว่า 200 เท่า และไม่มีโทษต่อร่างกาย ดังนั้นการออกกำลังกายจะก่อให้เกิดความสุข ทำให้เซลล์ร่างกายแข็งแรงขึ้นสามารถต้านทานโรคได้ และทำให้ลดความเครียดของจิตประสาท

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เช่น การเล่นกีฬา การดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ หรือหางานอดิเรกเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ประดิษฐ์สิ่งของ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดช่วงเวลาที่ยหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง และเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย

5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีความสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สามารถสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้อื่นได้ จึงถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และเป็นการยากที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีการร่วมวงสนทนา รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ และช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและคุณค่าในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ควรเก็บตัวหรือแยกตัวอยู่ตามลำพัง เพราะจะก่อให้เกิดความบกพร่องในเรื่องทักษะทางสังคม ควรออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน พยายามให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนเองทำได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่าย

สังคมเมื่อจำเป็น เพราะผู้ป่วยไม่ควรมัวพะวงฟุ้งฟิงผู้อื่นมากเกินไป เนื่องจากจะไม่ส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล

6. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ และโรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถึงแม้ว่าอาการจะสงบลงแล้วแต่ก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ อีกทั้งยังมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ดังนั้นเพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงควรมีการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ดังนี้

6.1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการมารับการรักษาตรงตามเวลาที่จิตแพทย์นัดหมาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยไม่หยุด ลด หรือเพิ่มยาเอง ทั้งนี้เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพเต็มที่ในการควบคุม ยับยั้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การรับประทานยาต้านโรคจิตนั้นจะต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี ถ้ามีอาการทางจิตกำเริบ (acute exacerbation) ครั้งที่ 2 ครั้ง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี และถ้าผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (acute exacerbation) มากกว่า 2 ครั้ง จะต้องรับประทานยาตลอดชีวิต⁽¹⁾ จากการศึกษาของ Ruscher, Wit and Mazmania⁽³⁴⁾ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในปีแรก และมีแนวโน้มจะลดลงร้อยละ 15 ในปีต่อมา และ ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะกลับมาป่วยซ้ำภายในเวลา 6-8 เดือน หลังจากหยุดยา⁽³⁵⁾

6.2 การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรจะต้องสังเกตถึงความผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น อาการตัวแข็ง คอแข็ง ตัวสั่น อยู่ไม่นิ่ง คอแห้ง เคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อเกร็งจนทำให้รู้สึกตึงเครียด และเมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติ ผู้ป่วยควรจะต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที

6.3 การหลีกเลี่ยงจากการใช้สารเสพติด จากการศึกษาของ Mallak⁽³⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติดหรือสุราร้อยละ 51 และการติดสุรา ยา หรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและก่อให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงจนทำให้ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ อีกทั้งยังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าเดิม ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงควรดูแลตนเองโดยการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เพื่อเป็นการลดโอกาสของการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ

6.4 การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีโอกาสป่วยซ้ำได้สูง ดังนั้นผู้ป่วยจึงจะต้องสังเกตอาการเตือน เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิด

ฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป และจะต้องสามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Backer⁽³⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ทราบอาการนำก่อนอาการกำเริบ และพยายามหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติทำให้เกิดความทุกข์ จะช่วยลดโอกาสของการป่วยซ้ำลง และการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคได้⁽³⁷⁾

จากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทข้างต้นนี้ จะอาศัยหลักการตามแนวความคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นของโอเร็ม คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้และตัดสินใจกระทำด้วยสติปัญญา และศักยภาพของตนเอง ภายใต้ขอบเขตของวัฒนธรรมที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่จะต้องคำนึงถึง ดังนี้

1. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะส่งผลต่อพฤติกรรมได้นอกจากนี้เพศยังเป็นตั้งกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัวและสังคมด้วย และการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานของแต่ละเพศต่างกัน ก็ยังทำให้เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมในการดูแลด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกันออกไปอีก⁽²⁴⁾ จากการศึกษาของ Van Dogen (Van Dogen อ้างถึงใน รัชนี้ ศรีหิรัญ)⁽³⁸⁾ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการเข้าด้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาดีกว่าเพศชาย

2. อายุ เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน บุคคลได้มาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในการดำรงซึ่งกระบวนการของชีวิต ส่งเสริมความมั่นคงของโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของบุคคล ซึ่งพัฒนาการของบุคคลนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย นั่นคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนกระทั่งพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และเริ่มลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา⁽²⁸⁾ นอกจากนี้อายุยังมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกหรือการตอบสนองและความรุนแรงของโรคเรื้อรัง⁽³⁹⁾ จากการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์⁽⁴⁰⁾ พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะและความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและสังคมระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ และกำลังใจ จากการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์⁽⁴⁰⁾ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี สูงแข็ง⁽⁴¹⁾ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เพราะการศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด แบบแผนของความปลอดภัย และเป็นมรดกของสังคม การศึกษาจะช่วยฝึกฝนแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้าน การดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Cox and Orther อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์)⁽²⁴⁾ จากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ พบว่าประชาชนไทยภาคกลางที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมทางด้านการดูแลตนเองต่ำกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง

5. อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่กำหนดบทบาท แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลที่อยู่ในอาชีพหนึ่ง ๆ จะมีความแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากฐานะทางสังคม และทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ผู้ป่วยที่มีอาชีพและสามารถหาเลี้ยงตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจะทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.30

6. รายได้ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์⁽⁴⁰⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี สูงแข็ง⁽⁴¹⁾ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ที่บุคคลได้เรียนรู้ภายใต้ระบบสังคม และวัฒนธรรม⁽¹⁸⁾ การที่บุคคลมีภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานผู้ป่วยจะเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ มีการปรับตัวและมีวิธีการเผชิญปัญหา จากการศึกษาของสุเมธนา บุญชัย⁽³⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งมีครอบครัวที่ให้การสนับสนุน รวมทั้งได้รับความรู้และคำแนะนำจากจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง

8. โรคประจำตัวทางกาย จากภาวะสุขภาพที่เป็นโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย และภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหานั้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจจะต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งก็เป็นเรื่องยากต่อการปรับตัวอย่างมากแล้ว แต่ถ้าหากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายร่วมด้วยอีก ก็จะส่งผลกระทบต่อปรับตัวและการเผชิญปัญหามากขึ้นไปอีก

9. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าอบอุ่นปลอดภัย เป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น⁽¹⁸⁾ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ Hubbard, Muhlenkamp, Brown⁽⁴²⁾ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้อมจิตต์ สกุลพันธุ์⁽⁴³⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีวิชัย จำนวน 375 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.6 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.6 อยู่ในระดับปานกลาง และจากพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนระดับสูง ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย (ร้อยละ 81.6) ด้านการขับถ่าย (ร้อยละ 73.60) ด้านรับประทานยาและการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ (ร้อยละ 66.4) พฤติกรรมดูแลตนเองที่มีคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอาหาร อากาศ น้ำ (ร้อยละ 63.2) ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 63.5) และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ร้อยละ 64.0)

สมณฑา บุญชัย⁽³⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูง และจากพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า มีคะแนนระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย (ร้อยละ 95.92) ด้านอาหาร อากาศ น้ำ (ร้อยละ 87.76) ด้านการขับถ่าย (ร้อยละ 81.63) ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 75.52) ด้านรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ (ร้อยละ 73.47) และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ร้อยละ 67.35)

โปรยทิพย์ กสิพันธ์⁽²⁷⁾ ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน โดยศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ ธรรมวงศ์⁽⁴⁴⁾ ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรง เชียงใหม่และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 2-5 ปี ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งผู้ป่วย 30 คน เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์กลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมากกว่าคะแนนก่อนทดลองและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าคะแนนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

รัชณี ศรีหิรัญ⁽³⁸⁾ ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรง จำนวน 30 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายปกติ และกลุ่ม

ทดลองซึ่งได้รับการติดตามทางโทรศัพท์กลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลอง ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มากกว่าคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฮับบาร์ด, มิชเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, Brown)⁽⁴²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มาร่วมกิจกรรมที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ จำนวน 97 คน และกลุ่มที่สอง เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่จัดขึ้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle Questionnaire) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resources Questionnaire) ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อนำแรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรที่เป็นปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา มาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

มูเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles)⁽⁴⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในกลุ่มผู้ใหญ่ปกติจำนวน 98 คน พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อมทางบวกต่อการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

น้อมจิตต์ สกุลพันธ์⁽⁴³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน และห้องตรวจโรคทางอายุรศาสตร์ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล

ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 11.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุธีรัตน์ แก้วประโลม⁽⁴⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 135 คน พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็น ร้อยละ 54.07 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 15.71 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุปราณี สูงแข็ง⁽⁴¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 398 คน พบว่า ปัจจัยด้านภูมิหลัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนองตอบความต้องการทางด้านอารมณ์ การยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์มากที่สุด

เสาวภา วิจิตวาที⁽⁴⁷⁾ ศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 100 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ อายุและระยะเวลาที่สูญเสียแขนขามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่สูญเสียแขนขา

สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 47.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุษบา ตันติศักดิ์⁽⁴⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 คน พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

สุภาภรณ์ แจ็กสกุล⁽⁴⁸⁾ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีในระยะหลังคลอด ที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างดี และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 54.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สามารถพูดคุย สื่อสาร เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าอาการทางจิตเป็นผลเนื่องจากยาหรือสารเสพติด และไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางสมองเรื้อรัง ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้

ตัวอย่าง (Sample) ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีลักษณะตามประชากรตัวอย่างที่กำหนดไว้ และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต ที่ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ต่ำกว่า 30 คะแนน ทั้งนี้เพื่อการยืนยันว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงพรรณนา ⁽⁴⁹⁾

$$n = Z^2_{\alpha/2} \sigma^2 / d^2$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

σ^2 = ความแปรปรวน (Variance) ของพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน ซึ่งได้จากการทำ Pilot study ผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 6 ราย ได้เท่ากับ $(0.47)^2$

d = ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 10%

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.47)^2}{(0.1)^2} = 84.86 \text{ หรือประมาณ } 85 \text{ คน}$$

และเมื่อรวมค่าความผิดพลาดอีก 10% ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 95 คน โดยในการวิจัยนี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 11 คน และจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 84 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีลักษณะตามประชากรตัวอย่างที่กำหนดไว้ และเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต ที่ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ต่ำกว่า 30 คะแนน ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาทำการเก็บข้อมูล (ธ.ค.2546-มี.ค.2547) โดยจะเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการป่วย โรคประจำตัวทางกาย

2.แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ และสุมณฑา บุญชัย⁽³⁰⁾ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ (2542)⁽⁵⁰⁾ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 35 ข้อ (ข้อ 2-4,6-15,17-19,21-22,24-27,31-35,37-44) และข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ (ข้อ1,5,16,20,23,28,29,30,36) โดยแบ่งตามรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่

- | | |
|--|-------------------------------|
| (1) ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-8 ,32) |
| (2) ด้านการขับถ่าย | จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 9) |
| (3) ด้านการดูแลทำความสะอาดร่างกาย | จำนวน 7 ข้อ(ข้อ 10-14 ,33-34) |
| (4) ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย | จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 15-19 , 35) |
| (5) ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น | จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 20-25) |
| (6) ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ | จำนวน15ข้อ (ข้อ 26-31,36-44) |

แบบสอบถามจะมีลักษณะของคำตอบ 2 กลุ่ม คือ

คำตอบกลุ่มที่ 1 จำนวน 31 ข้อ (ข้อ 1-31) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง / เดือนหรือไม่ปฏิบัติเลย

คำตอบกลุ่มที่ 2 จำนวน 13 ข้อ (ข้อ 32-44) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเหมาะสมมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เองทันที
ปฏิบัติเหมาะสมมาก	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เองแต่ล่าช้า
ปฏิบัติเหมาะสมปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องเตือน 1 ครั้ง
ปฏิบัติเหมาะสมน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเมื่อผู้ดูแลเตือนบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเหมาะสมน้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยหรือต้องให้ผู้ดูแลช่วย

เกณฑ์การให้คะแนน

คำตอบกลุ่มที่ 1	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	คำตอบกลุ่มที่ 2
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1	ปฏิบัติเหมาะสมมากที่สุด
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2	ปฏิบัติเหมาะสมมาก
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3	ปฏิบัติเหมาะสมปานกลาง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	4	ปฏิบัติเหมาะสมน้อย
ไม่ปฏิบัติเลย	1	5	ปฏิบัติเหมาะสมน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ทำโดยรวมคะแนนของแบบสอบถาม แล้วนำมาแบ่งระดับคะแนนโดยใช้ค่าพิสัย 3 ระดับ จากสูตร ⁽⁵¹⁾

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{3}$$

3

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	44-103	104-163	164-220
-ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ	9-21	22-34	35-45
-ด้านการขับถ่าย	1.00-2.33	2.34-3.66	3.67-5.00
-ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย	7-16	17-26	27-35
-ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย	6-14	15-23	24-30
-ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	6-14	15-23	24-30
-ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ	15-34	35-54	55-75

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ และสุเมธนา บุญชัย ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 10 คน โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.85 ส่วนผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 95 คน ตามการวิจัย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

3.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม(The Personal Resource Questionnaire:PQR Part II) ของแบรนดและไวน์เนอร์ท (Brand and Weinert)⁽¹⁸⁾ เป็น Self-rating scale 5 ระดับ มีข้อความจำนวน 25 ข้อ พิจารณา 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) 5 ข้อ คือ ข้อ 6,8,9,16,18
- การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) 5 ข้อ คือ ข้อ 4,14,15,22,25
- การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurture) 5 ข้อ คือ ข้อ 7,12,17,21,24
- การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-worth) 5 ข้อ คือ ข้อ 2,3,5,13,23
- ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) 5 ข้อ คือ ข้อ 1,10,11,19,20

เกณฑ์การให้คะแนน

คำถามเชิงบวก (ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,12,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนน ดังนี้

0 = ไม่จริงเลย 1 = เป็นจริงเล็กน้อย 2 = เป็นจริงปานกลาง 3 = เป็นจริงมาก
4 = เป็นจริงที่สุด

ส่วนคำถามเชิงลบ (ข้อ 4,7,10,16,24) ให้คะแนนตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก ดังนี้

4 = ไม่จริงเลย 3 = เป็นจริงเล็กน้อย 2 = เป็นจริงปานกลาง 1 = เป็นจริงมาก
0 = เป็นจริงที่สุด

การแปลผลคะแนน

มากกว่า median + SD.	เป็นผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
median \pm SD.	เป็นผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
น้อยกว่า median - SD.	เป็นผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม(The Personal Resource Questionnaire : PQR Part II) ของแบรนดีและไวน์เนอร์ท (Brand and Weinert) ศรีนรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽⁵²⁾ ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค กับผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกจิตเวช แบบผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 10 คน ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

4.แบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham⁽⁵³⁾ จะวัดอาการทางจิตทั้งหมด 18 ลักษณะ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, Tension, Mannerism & Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted affect, Excitement และ Disorientation

โดยประเมินอาการของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง การให้คะแนนเริ่มตั้งแต่ 0-6 คือ 0 = ไม่มีอาการ, 1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, 2 = มีอาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง, 5 = อาการรุนแรง, 6 = อาการรุนแรงมาก

ซึ่งศิริยุพา นันสุนานนท์⁽⁵⁴⁾ นำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่ และผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 95 คน ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีวิธีการดำเนินงาน คือ

1. ทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน

2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ป่วยโรคจิตเภททุกราย ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลา 4 เดือนที่ทำการเก็บข้อมูล คือ ตั้งแต่ ธ.ค. 2546 – มี.ค. 2547 ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันอาทิตย์-อังคาร และที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในวันพุธ-เสาร์ เวลา 8.00-16.00 น.

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 4 ชุด โดยมีลักษณะตอบด้วยตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง จำนวน 3 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป , แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนแบบประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินจากตัวผู้ป่วย ซึ่งวิธีการประเมินอาการทางจิตด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมจากจิตแพทย์และพยาบาล แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขั้นตอนการเก็บแบบสอบถาม มีดังนี้

-ผู้วิจัยจะแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ที่ต้องการเก็บข้อมูลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจอย่างละเอียด รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในนี้ ผู้วิจัยจะประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วย BPRS เพื่อนำคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์

-ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต ต่ำกว่า 30 คะแนน ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตสูงกว่า 30 คะแนน ผู้วิจัยก็จะรายงานว่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตจะต่ำกว่า 30 คะแนน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล โดยจะประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยรายนั้นในสัปดาห์ต่อไป

ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สามารถอ่านเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามทั้งหมดให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

4. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสังคมศาสตร์ (Statistical package for the social : SPSS version 10) ซึ่งวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้^(55,56)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยการวิเคราะห์
 - ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับเชิงปริมาณ ด้วย T-test และ One –way ANOVA
 - ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ 2 ตัว ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's product moment correlation coefficient)
 - ค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วันก่อนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 95 คน

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตอนที่ 3 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงเวลา 30 วันก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	58.9
หญิง	39	41.1
อายุ		
15-25 ปี	15	15.8
26-40 ปี	51	53.7
41-60 ปี	29	30.5
สถานภาพสมรส		
โสด	67	70.5
คู่	20	21.1
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	8	8.4
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	29	30.5
มัธยมศึกษา	39	41.1
สูงกว่ามัธยมศึกษา	27	28.4
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	71	74.7
มีอาชีพ	24	25.3
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	62	65.3
10,000 - 50,000 บาท	29	30.5
มากกว่า 50,000 บาท	4	4.2

ตาราง 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 2 ปี	14	14.7
2-5 ปี	17	17.9
5 ปี ขึ้นไป	64	67.4
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	82	86.3
มี	13	13.7

จากตาราง 3 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 95 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.9 และเป็นเพศ หญิงร้อยละ 41.1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 26-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.7 รองลงมา คือช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 30.5 โดยที่มีอายุต่ำสุด คือ 16 ปี และอายุสูงสุด คือ 56 ปี ผู้ป่วยมีสถานภาพโสดมากถึงร้อยละ 70.5 รองลงมามีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 21.1 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 41.1 รองลงมามีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 74.7 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.3 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 10,000 - 50,000 บาท ร้อยละ 30.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 67.4 รองลงมามีระยะเวลาเจ็บป่วย 2-5 ปี ร้อยละ 17.4 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยต่ำสุด คือ 6 เดือน และมีระยะเวลาเจ็บป่วยสูงสุด คือ 33 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 86.3 ส่วนคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต ที่ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ในช่วงสัปดาห์แรก มีคะแนนเฉลี่ย 41.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.75 และหลังจากสัปดาห์ที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 20.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.16 ซึ่งคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตหลังจากสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะไม่นำมาวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นการประเมินอาการเพื่อที่จะยืนยันว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม			Median (SD)
	ร้อยละ (จำนวน)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	13.7(12)	65.2 (62)	21.1 (21)	51 (16.30)
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน				
- การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	8.5 (8)	74.7 (71)	16.8 (16)	9 (4.22)
- การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ	7.4 (7)	73.7 (70)	18.9 (18)	10 (3.71)
- การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู	22.1 (21)	66.3 (63)	11.6 (11)	10 (4.11)
- การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	12.7 (12)	68.4 (65)	18.9 (18)	10 (4.52)
- ความผูกพันใกล้ชิด	10.5 (10)	69.5 (66)	20.0 (19)	11 (3.83)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน คะแนนสูงสุด 96 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 52.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 16.30 และค่ากลาง (median) เท่ากับ 51 โดยแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ออกเป็น 3 ระดับตามค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม น้อยกว่า 34.70 คะแนน (น้อยกว่า Median – SD)

ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 34.70 – 67.30 คะแนน (Median \pm SD)

ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มากกว่า 67.30 คะแนน (มากกว่า Median + SD)

ส่วนการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ก็ใช้เกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเช่นกัน

จากตาราง 4 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.1 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.7

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 74.7 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ร้อยละ 73.7 การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ร้อยละ 66.3 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ร้อยละ 68.4 และความผูกพันใกล้ชิด ร้อยละ 69.5 รองลงมา พบว่าผู้ป่วยมีระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 16.8 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ร้อยละ 18.9 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ร้อยละ 18.9 และความผูกพันใกล้ชิด ร้อยละ 20.0 ส่วนรองลงมาของด้านการได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ผู้ป่วยมีระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 22.1

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ปัจจัย	N (คน)	Mean (SD)	F	P-value
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	62	9.55 (3.75)	3.149	.048*
10,000 - 50,000 บาท	29	10.93 (4.22)		
มากกว่า 50,000 บาท	4	14.25 (4.22)		

*P < .05

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น

ปัจจัย	N (คน)	Mean (SD)	T	P-value
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	71	9.80 (4.00)	-2.666	.011*
มีอาชีพ	24	12.29 (3.94)		

*P< .05

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาชีพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ

ปัจจัย	N (คน)	Mean (SD)	T	P-value
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	71	9.89 (3.66)	-2.421	.020*
มีอาชีพ	24	11.22 (3.51)		

*P< .05

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาชีพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน
ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			Mean (SD)
	ร้อยละ (จำนวน)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	0.0(0)	62.1 (59)	37.9 (36)	159.03 (19.80)
การพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน				
- อากาศ อาหาร และน้ำ	10.5 (10)	62.1 (59)	27.4 (26)	29.85 (6.22)
- การขับถ่าย	11.6 (11)	28.4 (27)	60.0 (57)	3.79 (1.07)
- การดูแลทำความสะอาดร่างกาย	0.0 (0)	21.1 (20)	78.9 (75)	30.38 (4.27)
- การพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย	8.4 (8)	74.8 (71)	16.8 (16)	19.72 (4.05)
- การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	25.3 (24)	67.3 (64)	7.4 (7)	17.27 (4.09)
- การรับประทานยาและการจัดการ กับอาการต่าง ๆ	13.7 (13)	64.2 (61)	22.1 (21)	47.15 (10.01)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีคะแนนต่ำสุด 114 คะแนน คะแนนสูงสุด 206 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 159.03 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 19.80 โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ออกเป็นช่วง 3 ระดับ ตามค่าคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง น้อยกว่า 104 คะแนน

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ระหว่าง 104-163 คะแนน

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่า 163 คะแนน

ส่วนการแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ก็ใช้เกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้าน

จากตาราง 8 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.9 และไม่มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับต่ำเลย

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย ร้อยละ 74.8 ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.3 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ร้อยละ 64.2 และด้านอากาศ อาหาร และน้ำ ร้อยละ 62.1 ส่วนในด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย และด้านการขับถ่ายนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก ข) พบว่า ส่วนใหญ่ข้อคำถามทางบวกที่ผู้ป่วยตอบว่า “ปฏิบัติเป็นประจำ” และข้อคำถามทางลบที่ผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ปฏิบัติ” สูงกว่าร้อยละ 50 คือ

ด้านการดูแลทำความสะอาดร่างกาย

- ข้อ 11. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 82.1
- ข้อ 12. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.3
- ข้อ 14. เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทุกวัน ร้อยละ 71.6
- ข้อ 10. อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.1
- ข้อ 34. สระผมโดยใช้สบู่หรือแชมพูสระผม อย่างน้อย อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 58.9
- ข้อ 13. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมตามโอกาส เวลา และสถานที่ ร้อยละ 54.7
- ข้อ 33. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเห็นว่าเล็บยาว ร้อยละ 53.7

ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ

- ข้อ 30. ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ และอื่น ๆ ร้อยละ 56.8 (-)
- ข้อ 28. ดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นระบบประสาทที่ทำให้ตื่นตัว เช่น กระทิงแดง นูตาม ลิโพวิตันดี หรืออื่น ๆ ร้อยละ 56.4 (-)
- ข้อ 27. รับประทานยาด้วยตนเอง หรือรับประทานยาเมื่อผู้ดูแลบอกหรือเตือนให้ทราบถึงเวลารับประทานยาแล้ว ร้อยละ 50.5
- ข้อ 26. รับประทานยาตรงเวลาที่ได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 50.0

ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ

ข้อ 1. สูบบุหรี ร้อยละ 50.5 (-)

และพบว่าส่วนใหญ่ในข้อคำถามทางบวกผู้ป่วยจะตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ยกเว้น

ข้อ 2. หลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี หรือคนที่เป็นหวัด ไอ จาม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติกิจกรรมนี้ ร้อยละ 29.5

ข้อ 19. ไปทำบุญตักบาตร หรือไปพักผ่อนฟังเพลง เพื่อความสบายใจ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมนี้บางครั้ง ร้อยละ 27.4

ข้อ 22. พุดคุย เล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้ง ร้อยละ 29.5

ข้อ 24. ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมนี้ นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 24.2

ข้อ 32. ควบคุมอาหาร หรือชั่งน้ำหนักเพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติกิจกรรมนี้ ร้อยละ 33.7

ส่วนในข้อคำถามทางลบส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะตอบ “ไม่ปฏิบัติ” ยกเว้น

ข้อ 20. ใช้เวลาอยู่คนเดียว ในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมนี้บางครั้ง ร้อยละ 23.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยรวม

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงกลุ่มกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม

ปัจจัย	N (95 คน)	Mean(SD)	T	F	P-value
เพศ					
ชาย	56	156.70 (20.76)	1.384	-	.170
หญิง	39	162.38 (18.06)			
สถานภาพสมรส					
โสด	67	159.48 (19.12)	-	.166	.848
คู่	20	156.85 (23.44)			
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	8	160.75 (17.49)			
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยม	29	151.48 (18.85)	-	4.799	.010*
มัธยม	39	158.95 (19.18)			
สูงกว่ามัธยม	27	167.26 (19.05)			
อาชีพ					
ไม่มีอาชีพ	71	157.54 (19.95)	1.271	-	.207
มีอาชีพ	24	163.46 (19.95)			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					
น้อยกว่า 10,000 บาท	62	156.65 (20.03)	-	1.33	.270
10,000 – 50,000 บาท	29	163.79 (20.02)			
มากกว่า 50,000 บาท	4	161.50 (6.24)			
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	82	158.73 (18.05)	.261	-	.798
มี	13	160.92 (29.43)			

*P< .05

จากตาราง 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงกลุ่ม กับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ซึ่งใช้สถิติ T-test และ One-way ANOVA พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัวทางกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมระหว่างระดับการศึกษา รายคู่ด้วย Scheffe

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา
ต่ำกว่ามัธยม	-	-	-
มัธยม	7.47		
สูงกว่ามัธยม	15.78*	8.31	-

*P< .05

จากตาราง 10 เมื่อทดสอบรายคู่ พบว่า ผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับที่สูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงปริมาณกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม

ปัจจัย	N (95 คน)	Mean(SD)	สัมประสิทธิ์เพียร์สัน	P-value
อายุ	95	36.18 (10.70)	-.224	.029*
ระยะเวลาเจ็บป่วย				
ตั้งแต่เริ่มแรก	95	10.18 (8.08)	-.175	.091
ความรุนแรงของอาการ				
ทางจิตสัปดาห์ที่ 1	95	41.75 (8.75)	-.100	.337
การสนับสนุนทางสังคม				
โดยรวม	95	52.24 (16.30)	.397	.000**

*P< .05 , **P< .01

จากตาราง 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงปริมาณ กับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ซึ่งใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองจะอยู่ในระดับต่ำลง ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นด้วย ส่วนระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก และความรุนแรงของอาการทางจิตในช่วงสัปดาห์ที่ 1 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	สัมประสิทธิ์เพียร์สัน	P-value
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.351	.000**
การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ	.264	.010**
การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น	.309	.002**
การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	.240	.019*
ความผูกพันใกล้ชิด	.349	.001**

*P< .05 , **P< .01

จากตาราง 12 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมรายด้านทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และความผูกพันใกล้ชิด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	B	T	P-value
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.444	3.877	.000*
ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา	9.095	2.208	.030*
Constant	133.252	21.493	.000

$R = .529$, $R^2 = .200$, $SEE = 17.90$, $F = 11.499$, $Sig. Of F = .000$, $*P < .05$

จากตาราง 33 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม จากการทดสอบในขั้น Bivariate statistic คือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ระดับการศึกษา และอายุ มาหาค่าพยากรณ์เพื่อการทำนาย พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและมีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่าและมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้ร้อยละ 20.0

สมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$Y = 133.252 + 0.444 x_1 + 9.095 x_2$$

เมื่อ $Y =$ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

$a =$ ค่าคงที่ (Constant) = 133.252

$b_1 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของการสนับสนุนทางสังคม = 0.444

$b_2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา = 9.095

$x_1 =$ การสนับสนุนทางสังคม

$x_2 =$ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional Descriptive Design) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก โรคประจำตัวทางกาย ความรุนแรงของอาการทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ต่ำกว่า 30 คะแนน จำนวนทั้งหมด 95 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 11 คน และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา , T-test , One-way ANOVA , Pearson's product moment correlation coefficient และ Stepwise multiple regression analysis ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2546 ถึงเดือน มีนาคม 2547

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.9 เพศหญิง ร้อยละ 41.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 26-40 ปี ร้อยละ 53.7 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 67 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 71 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 62 มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก 5 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 64 และผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 86.3 ส่วนคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตในช่วงสัปดาห์ที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 41.75 (8.75) และคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตหลังจากสัปดาห์ที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 20.26 (4.16)

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.2 โดยมีค่ากลางของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 51 (16.30) และมีเฉลี่ยเท่ากับ 52.24 เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 74.7 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ร้อยละ 73.7 การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ร้อยละ 66.3 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ร้อยละ 68.4 และความผูกพันใกล้ชิด ร้อยละ 69.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.1 โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 159.03 (19.80) และเมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย ร้อยละ 74.8 ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.3 ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ร้อยละ 64.2 และด้านอากาศ อาหาร และน้ำ ร้อยละ 62.1 ส่วนในด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย และด้านการขับถ่ายนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

4. ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.224$) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .397$) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมรายด้านทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และความผูกพันใกล้ชิด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .351, .264, .309$ และ $.349$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .019$)

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์หัตถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ได้จากการทดสอบในขั้น Bivariate Statistic มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนายเพื่อทดสอบว่าปัจจัยใดเป็นตัวทำนายได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา โดยปัจจัยทั้ง 2 นี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 20 ส่วนอายุไม่พบว่ามี ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่ออภิปรายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยบางประการที่พบว่ามีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะเวลาก่อนจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 30 วัน ผู้ป่วยจึงมีอาการทางจิตค่อนข้างรุนแรง หรือมีอาการทางด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากหรือน้อยเกินไป อ่อนเพลีย แยกตัว และไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน⁽¹⁰⁾ โดยพบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน

เป็นประจำ ร้อยละ 21.1 และออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้านนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 24.2 ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์ไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากอาการของโรคและระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยมานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช⁽⁵⁷⁾ กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความบกพร่อง หรือความเสื่อมในการหน้าที่ทางด้านสังคม และการงาน โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วย 5-10 ปี จากผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 67.4 และโรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง ยังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากขึ้น อาการทางด้านลบก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จึงส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร ผลการศึกษาในระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชทั้งเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.9 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเป็นประจำ ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเองจากทีมจิตเวช โดยพบว่า ผู้ป่วยจะหาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเองจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือซักถามจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นประจำ ร้อยละ 18.9 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 26-40 ปี ร้อยละ 53.7 ถือว่าเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลมีวุฒิภาวะ และพัฒนาการการดูแลตนเองสูงสุด สามารถประเมินสถานการณ์ และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้⁽²⁸⁾ หรืออาจจะด้วยสาเหตุที่อาการกำเริบของผู้ป่วยไม่ได้รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสังเกตอาการนำของการกำเริบได้ก่อน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันถ่วงที โดยพบว่าผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง มีความคิดแปลก ๆ มีคนปองร้าย แยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 37.9

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.9 และ 60.0 ตามลำดับ กล่าวคือ

ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้าของตนเองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลความสะอาดของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ โดยจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำในทุกข้อของด้านนี้ นั่นคือการสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 82.1 แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.3 แต่งกายด้วยเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับเวลา โอกาส และสถานที่ ร้อยละ 54.7 เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทุกวัน ร้อยละ 71.6 ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเห็นว่าเล็บยาว ร้อยละ 53.7 และสระผมด้วยสบูหรือแชมพูสระผมอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 58.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.6 และจากการศึกษาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาวิช และคณะ⁽⁵⁰⁾ ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสมในเรื่องการดูแลความสะอาดของร่างกาย

ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามหลักโภชนาการ นั่นคือ ผู้ป่วยรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมาก ๆ เป็นประจำ ร้อยละ 32.6 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จากบุคลากรด้านสุขภาพ และสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.1 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอที่จะดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารที่จะช่วยลดอาการท้องผูกที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมทั้งจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ที่ทำให้คอแห้ง ผู้ป่วยจึงต้องดื่มน้ำบ่อย ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.6

นอกจากนี้พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านอีก 4 ด้าน คือ ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ , ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย , ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 , 74.8 , 67.3 และ 64.2 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ

ด้านอากาศ อาหาร และน้ำ พบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 26.3 ทั้งนี้อาจเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ทำให้ลดความเครียดที่เกิดขึ้นลงได้ อีกทั้งค่านิยมในกลุ่มเพศชายที่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นการแสดงบทบาทที่แท้จริง จึงทำให้ผู้ป่วยเพศชาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง⁽⁵⁸⁾ และจากผลการวิจัยก็พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

แตกต่างจากผู้ป่วยเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจว่าการเสพยาเสพติด มีผลต่อการเกิดอาการทางจิต จนทำให้อาการกำเริบรุนแรงได้⁽³⁶⁾ จากผลการวิจัยยัง พบว่าผู้ป่วยไม่หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือคนที่เป็นหวัด ไอ จาม ร้อยละ 29.5 ทั้งนี้อาจด้วยผู้ป่วยไม่ทราบโทษหรือผลกระทบที่ตามมาของการอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ หรือบริเวณที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่มาก ส่วนในเรื่องการควบคุมอาหาร หรือชั่งน้ำหนักเพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกิน พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติเลย ร้อยละ 33.7 อาจมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.3 จึงทำให้มีข้อจำกัดในการหาอาหารมารับประทาน และด้วยอาการทางจิตที่กำเริบหรืออาการทางด้านลบที่มีอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ใจที่จะควบคุมอาหาร หรือแม้แต่การชั่งน้ำหนัก เพื่อควบคุมรูปลักษณ์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน อากาศ อาหาร และน้ำ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2

ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอนหลับตอนกลางคืนได้ติดต่อกัน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เป็นประจำ ร้อยละ 45.3 อาจเนื่องจากผลการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนหลังจากรับประทานยา และด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงสามารถพักผ่อนตอนกลางคืนได้อย่างเต็มที่ ส่วนการนันทนาการ ผู้ป่วยส่วนมากจะออกไปทำบุญตักบาตร หรือไปพักผ่อนฟังเพลง เพื่อความสบายใจ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 27.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะด้วยอาการทางด้านลบของโรคจิตเภท ที่ผู้ป่วยจะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับใคร หรืออายุที่ตนเองเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยจะออกไปร่วมกิจกรรมนอกบ้าน แต่มักจะเก็บตัวอยู่กับบ้าน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อยู่ที่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 36.6 และการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมเองทันทีและไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 28.7 และ 29.8 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกายของผู้ป่วย ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5

ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน เป็นประจำ ร้อยละ 21.1 ไม่ได้พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทเลย ร้อยละ 22.1 ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 24.2 และส่วนใหญ่เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด จะไม่เดินหนี หรือโต้เถียงขณะโกรธ ร้อยละ 25.8 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการ

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ค่อยดีนัก ทั้งนี้เกิดจากอาการของโรค จากการศึกษาของ Wilson & Kneisl พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชมักประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลในเรื่องของการอยู่ตามลำพัง กับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของฟวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย ของผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.0

ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านี้เลย ได้แก่ หยุดรับประทานยาหรือรีบมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 27.4 , ปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน ร้อยละ 29.8 , บอกให้ผู้ดูแลทราบหรือให้พาไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ลึนแข็ง คอแข็ง นิ่งไม่ติดที่ ร้อยละ 24.7 , ปรึกษาญาติหรือผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า ร้อยละ 26.3 และหาข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือซักถามจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 34.7 จะเห็นได้ว่ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการนำหรืออาการเปลี่ยนแปลงก่อนการกำเริบมากนัก จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของ Kennedy , Schepp and O'Conner⁽³⁷⁾ ก็พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้โอกาสของการกลับมาป่วยซ้ำลดลง นอกจากนี้ก็อาจเพราะผู้ป่วยขาดความรู้ และมีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทานยา จึงทำให้พฤติกรรมด้านนี้ไม่ค่อยดีนัก โดยพบว่าผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาด้วยตนเองทันที เมื่ออาการดีขึ้น ,เมื่อไม่อยากจะรับประทาน หรือหงุดหงิด ร้อยละ 27.4 ซึ่งสอดคล้องกับ Anti-Otong ที่กล่าวว่า ธรรมชาติของผู้เป็นโรคจิตเภทจะหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกอาการดีขึ้นหรืออาการคงเดิม การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การป่วยซ้ำ โดยจากการศึกษาของ Baley และคณะ⁽⁵⁹⁾ พบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาแล้วต้องกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ถึงร้อยละ 37 และจากการศึกษาของราตรี อินทรีย์⁽⁶⁰⁾ พบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของผู้ป่วย 5 อันดับแรกคือ มีความรู้น้อย ทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นในการรับประทานยา , คิดว่าตนเองหายแล้ว , ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน , สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และไม่อยากจะรับประทานยา

แต่จากผลการวิจัยยังพบว่ามียุทธศาสตร์ผู้ป่วยบางส่วนที่มีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นเป็นประจำ สม่ำเสมอเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงก่อนอาการกำเริบที่เกิดขึ้นได้เร็ว และเข้าใจคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง จากทีมงานจิตเวชเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบทางจิตไม่รุนแรงมาก ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.4

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเพราะโดยทั่วไปครอบครัวของคนไทยเป็นครอบครัวขยาย มีพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน⁽¹³⁾ แม้ว่าผู้ป่วย ร้อยละ 70.5 จะมีสถานภาพโสด แต่จากการสัมภาษณ์ ก็พบว่าผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัว และพึ่งพาครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการของโรคจิตเภททำให้การหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยแยลงเรื่อย ๆ จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ ร้อยละ 74.7 ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทอย่างมากในการดูแล ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย อีกทั้งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังช่วยลดอาการกำเริบลงได้ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ ไม่ใช่อารมณ์กับผู้ป่วย ไม่เข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป มีท่าทีเป็นมิตร และไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในแง่ลบ ซึ่งจะพบว่าในปีแรกของการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มี expressed emotion ต่ำ จะมีอาการกำเริบ ร้อยละ 21 ในขณะที่ครอบครัวที่มี expressed emotion สูง จะมีอาการกำเริบ ร้อยละ 48⁽¹⁰⁾ และนอกจากครอบครัวแล้วผู้ป่วยยังได้รับความช่วยเหลือ แนะนำ รวมทั้งการส่งเสริมทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะคอยให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยจะต้องมาพบแพทย์เป็นประจำจึงทำให้ผู้ป่วยรู้จักสนิทสนม และไว้วางใจแพทย์พยาบาล เสมือนว่าเป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่สำคัญแหล่งหนึ่ง

เมื่อพิจารณาทางด้าน จะพบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูก่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม⁽¹⁾ จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ค่อยมีโอกาสจะได้อบรม เลี้ยงดู หรือสอนทักษะต่าง ๆ ให้กับผู้อื่นได้ และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ทางสังคม ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ จากเพื่อนร่วมงาน ส่วนรายได้ของครอบครัว น่าจะมาจากการที่ผู้ป่วยมีอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหารายได้บางส่วนด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความสำคัญกับผู้อื่นเช่นกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และอายุ กล่าวคือ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .397$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความผูกพันใกล้ชิด ก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหา และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น⁽⁶¹⁾ จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Hubbard และคณะ⁽⁴²⁾ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถเผชิญปัญหา และมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า และจากการศึกษาของ Muhlenkamp and Sayles⁽⁴⁵⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม นอกจากนี้การศึกษาของ น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์⁽⁴³⁾ ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเสาวภา วิชิตวาที⁽⁴⁷⁾ ก็พบเช่นกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งสุภาภรณ์ แจ็กสกุล⁽⁴⁸⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Jelowiec and Power⁽⁶²⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ไขปัญหา ในขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruth⁽⁶³⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรควิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาของสุปราณี สูงแข็ง⁽⁴¹⁾ ก็พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุธีรัตน์ แก้วประโลม⁽⁴⁶⁾ ก็พบเช่นเดียวกันว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.224$) โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem⁽²⁸⁾ ที่กล่าวว่าความสามารถที่จะทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกันตามระดับของพัฒนาการ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก และพัฒนาสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ จนกระทั่งลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ โดยอายุจะเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด นอกจากนี้ Lambert & Lambert⁽⁶⁴⁾ ยังกล่าวว่า วัยของบุคคลที่มี

ความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสม ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี คือบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเอาใจใส่ต่อตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ ก็พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-40 ปี ร้อยละ 53.7 ถือได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้มีระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองค่อนข้างดี ส่วนการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแย่ง ก็น่าจะมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง และคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในวัยสูงอายุก็จะแย่ง⁽⁶⁵⁾ อีกทั้งระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบมากขึ้นด้วย จึงมีผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องทางด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับจากการศึกษาของ เสาวภา วิชิตวาทิ⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .6467$) ส่วนการศึกษาของ Lundman และคณะ (Lundman et al., 1990 อ้างถึงใน บุษบา ตันติศักดิ์)⁽⁴⁰⁾ พบว่า คุณภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุมากดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความรู้สึกรู้สึกกังวลขาดความเป็นอิสระ รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมากกว่า ซึ่งเป็นผลให้การดูแลตนเองมีคุณภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก โรคประจำตัวทางกาย และความรุนแรงของอาการทางจิต พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยร่วม และอาจจะมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา และอายุ มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุไม่พบว่ามีสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา สามารถร่วมกันทำนายได้น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังมีปัจจัยอีกหลายประการตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบใน

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อึดมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

โดยสรุปจากผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem จะกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดี มีอารมณ์มั่นคง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม จะทำให้ได้รับคำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดี ในขณะที่เดียวกันระดับการศึกษาก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลพัฒนาทักษะ ความรู้ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง⁽²⁸⁾ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา และเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ข้อจำกัดในการวิจัย

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ ควรพิจารณาถึงข้อจำกัด ต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างไปจากผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลอื่น

2. เนื่องจากอาจมีปัจจัยอย่างอื่น ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึง เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อึดมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอาจมีความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หากนำปัจจัยที่ไม่ได้ครอบคลุมดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมด้วย

3. การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (interval) ฉะนั้นหากเปลี่ยนแปลงการวิเคราะห์ตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (category) อาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้ มีความแตกต่างออกไป

4. ผลการวิจัยอาจคาดเคลื่อนได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

- สถานที่ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ค่อยเป็นส่วนตัวมากนัก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการตอบแบบสอบถาม

- ข้อคำถามบางข้อผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจความหมายอย่างแท้จริง

5. มีผู้ป่วยบางคนที่มีความรุนแรงของอาการทางจิตต่ำกว่า 30 คะแนน แต่เมื่อผู้วิจัยสังเกตอาการแล้วพบว่ายังไม่ดีขึ้น อาจเพราะผู้ป่วยปิดบังข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดข้อมูลของผู้ป่วยดังกล่าวออก และไม่นำมาวิเคราะห์ร่วม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ที่พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน อยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอ และเหมาะสมเท่าที่ควร โดยเฉพาะในด้านอากาศ อาหาร และน้ำ , ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกาย , ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ดังนั้นทีมงานจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนี้

1.1 ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้เหล่านี้ไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยการสอนและให้คำแนะนำสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้อาจมีการแจกเอกสารหรือแผ่นพับประกอบคำแนะนำด้วย

1.2 ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย และจิตสังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนชี้แจงถึงข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ผิดต่อการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ การหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น ไม่อยากรับประทาน หรือหงุดหงิด เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตาม

1.3 บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ควรแนะนำให้ญาติคอยดูแล และสังเกตพฤติกรรม อาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่ผิดปกติ ควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลควรซักถามถึงอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. จากผลการวิจัย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ดังนั้นทีมจิตเวชและญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น โดยญาติหรือบุคคลใกล้ชิดคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสังคมตามปกติ ชักนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น หน่วยงานอดิเรกให้ผู้ป่วยทำตามความเหมาะสม หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มช่วยเหลือกัน และกัน (Self-help group) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ กับกลุ่มเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

2.2 ทีมจิตเวชและญาติ ควรตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค และสนใจหาข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วยมาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อีกทั้งให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ก็ควรแนะนำวิธีการหรือแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ทีมงานจิตเวชและญาติ ควรให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ส่งเสริมความผูกพันใกล้ชิด เช่น แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ และกล่าวชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางจิตใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนข้อคำถามมาก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามค่อนข้างนาน รวมทั้งด้วยอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิไปบ้าง และข้อคำถามบางข้อโดยเฉพาะข้อคำถามทางลบ อาจสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงควรมีการปรับลดข้อคำถามในบางส่วนลง ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยจนมากเกินไป

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น ดังนั้นหากทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขึ้น ผลการศึกษาที่ได้ก็น่าจะมาเป็นลักษณะของประชากรได้ชัดเจนและมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

3. อาจศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น

4. อาจศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

รายการอ้างอิง

- 1.ศิริลักษณ์ สีนธำรงกุล.โรคจิตเภท (Schizophrenia).ใน แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีชัย และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ , บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2545 :119 -136.
- 2.สมชาย จักรพันธุ์. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา).
- 3.Backer C. The Development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Psychological nursing assessment and intervention. 2nd ed. Philadelphia : Donnelley & Sons ,1995 .
- 4.Orem DE. Nursing : Concept of Practice.6th ed. St. Louis : Mosby Year Book ,2001 :257.
- 5.มลิวัดย์ โมพี. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2545.
6. จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,2545.
- 7.ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 8.Harold IK, Benjamin JS. editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore : Williams & Wilkins , 1995.
9. Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock 's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences, clinical psychiatry. 7th ed. Hong Kong : Williams & Wilkins , 1994
- 10.มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท (Schizophrenia). ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539 : 113-27.
- 11.สงัน สุวรรณเลิศ. ผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2528, 30 : 162-8.

- 12.สุวัทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2534.
- 13.อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พรินติ้ง , 2540.
- 14.Kantre J, Lamb HR, Loeper C. Expressed emotions in families : a critical review. *Hosp Community Psychiatry* 1987 , 38 : 374 -80.
- 15.Hegarty GD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia : a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1984 , 151 : 1409 -19.
- 16.Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med* 1976 , 38 : 300-314.
- 17.Brown JP, Mc. Greedy M. The hale elderly : Health behavior and it's correlates. *Research in nursing & health* 1986 , 9 : 317-329.
- 18.Brand P ,Weinert C. The PRQ – A Social Support Measure. *Nursing Research* 1981 , 35 : 277-280
- 19.Orem DE. *Nursing : Concept of Practice*.4th ed. St. Louis : Mosby Year Book , 1991.
- 20.Norbeck JP. The use of social support in clinical practice. *JPN and Mental health services* 1982 , 20:22-29.
- 21.Berkman LF ,Syme SL. Social network, host resistance and mortality : a nine year. *American Journal Epidemiology* 1979 , 109 : 186 -203.
- 22.Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. New York : Appleton & Lange ,1987 : 393 -396.
- 23.Sarafino. *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. New York : John Wiley & Sons ,1990.
- 24.จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ : โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2534.
- 25.Hill L , Smith N. *Self – care nursing : promotion of health*. 2nd ed. New Jursy : Appleton & Lange ,1990.
- 26.Johns JL. *Self-care Today in Research for An Identify*. *Nursing and Health Care*1985, 6:153 -156.

27. โปรยทิพย์ กสิพันธ์. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2541.
28. Orem DE. Nursing : Concept of Practice. 3th ed. St. Louis : Mosby Year Book , 1985 .
29. อุดลย์ วิริยเวชกุล, ปรีชา อุปโยคิน, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แอล.ที. เพรส จำกัด ,2540 : 10.
30. สุมนทนา บุญชัย. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2545.
31. อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2539.
32. สมภาพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ , 2542.
33. วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : แสงศิลป์การพิมพ์ ,2533.
34. Ruscher SM, Wit R, Mazmanian D. Psychiatric patients attitude about medication and factors affecting non compliance. Psychiatric Service 1997 , 1 : 82- 85.
35. Neligh GL. Psychiatry : The national medical series for independent study. Baltimor : Williams & Wilkins , 1989.
36. Mallakh PE. Treatment models for clients with co-occurring addictive and mental disorders. Archives of Psychiatry Nursing 1998 , 2 : 71-80.
37. Kennedy MG, Schepp KG, O'Conner FW. Symptoms self-management and relapse in schizophrenia. Archives of Psychiatry Nursing 2000 , 6 : 266 -275.
38. รัชณี ศรีหิรัญ. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,2544.
39. Long , Barbara C and Phipps WJ. Medical surgical : Nursing process approach. St. Louis : The C.V.Mosby company ,1989.
40. บุชบา ตันติศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล , 2535.
41. สุปรภาณี สูงแข็ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ,2542.

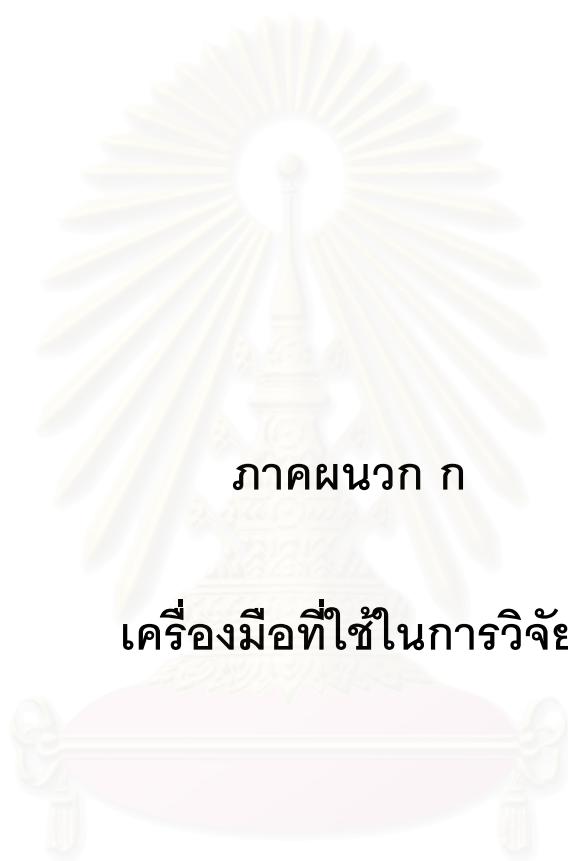
42. Hubbard P, Muhlenkamp AF, Brown N. There relationship between social support and self care practice. Nursing Research 1984 ,33 : 260 -270.
43. น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล ,2535.
44. พรทิพย์ ธรรมวงศ์. ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,2541.
45. Muhlenkamp AF and Sayles JA. Self-esteem , social support and positive health practice. Nursing Research 1986 , 35 : 334 -338.
46. สุธีรัตน์ แก้วประโลม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตริต อำเภอมืองจังหวัดอุดรดิตริต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2538.
47. เสาวภา วิชิตวาที่. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล ,2540.
48. สุภาภรณ์ แจ็กสกุล. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล ,2543.
49. ภิรมย์ กมลรัตน์กุล , มนต์ชัย ซาลาประววรรณ , ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอรินัลพับบลิเคชัน ,2542.
50. พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ , นกวัลย์ กัมพลาศิริ , ยาใจ สิทธิมงคล , ถวิล นภาพงศ์สุริยา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542 ,13 : 45 -54.
51. กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2540.
52. สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2543.
53. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatry rating scale. Psychopharmacology Bulletin 1988 ,24:97-99.

- 54.ศิริยุพา นันสุนานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต
กลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,
2543.
- 55.กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด , 2546.
- 56.สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน. กรุงเทพฯ :
เฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด , 2545.
- 57.มานิต ศรีสุรภานนท์ , จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : แสงศิลป์ , 2542.
- 58.ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยมหิดล , 2540.
- 59.Baley SR, Pharmed, Ledbetter JE. Medication education for patients in a partial
hospitalization program. JPNMGS 1998 , 20 : 7-10.
- 60.ราตรี อินทรีย์. การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาล
และผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสวนปรุง 2541 , 14 : 40-49.
- 61.Cohen S , Wills TA. Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. Psychological
Bulletin 1985 , 98:310 -57.
- 62.Jelowice A , Power MJ. Stress and coping in Hypertensive and Emergency room
patients. Nursing research 1981 , 30 : 10 -15.
- 63.Ruth WC. The self concept : A review of methodological considerations and measuring
instrument. Lincoln : University of Nebraska Press , 1973.
- 64.Lambert VA , Lambert CE. The impact of physical illness and related mental health
concepts. New York : Printice- Hall Inc. , 1979.
- 65.Patterson TL , Kaplan RM , Grant I. Quality of well-being in late-life psychosis.
Psychiatry Res 1996 , 63 : 169-181.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

เรียน ท่านผู้ร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยโรคจิต เภทมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นแนวทาง แนะนำญาติและผู้ดูแลให้คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มี ประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป , แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับให้ผู้ป่วยตอบ โดยผู้เข้าร่วม การวิจัยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนแบบประเมินอาการทางจิตผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมิน

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และท่านมีสิทธิในการ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของ ท่านไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปของการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำได้เฉพาะกรณีที่ทำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวเสวิกุล จำสนอง ภาควิชาจิต เวชศาสตร์ ตึกกษณาการกรุงเทพ ชั้นล่าง หรือ โทร. 06 -7964252 ซึ่งผู้วิจัยยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวเสวิกุล จำสนอง

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมการทำวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน.....พ.ศ. 2547

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งใช้เป็นข้อมูลแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติและผู้ดูแลต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนการประเมินอาการทางจิตจะประเมินโดยผู้วิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามไว้ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย

()

ลงนาม..... พยาน

()

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวเสวิกุล จำสนอง)

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่.....
โรงพยาบาล.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่
 หย่า ม่าย แยกกันอยู่
4. การศึกษา
 ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา (ปวช., ปวส.)
 ปริญญาตรีขึ้นไป อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 ไม่มีอาชีพ นักเรียน/ นักศึกษา
 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม
 ทำงานบริษัทเอกชน ธุรกิจส่วนตัว
 รับจ้าง อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
8. ท่านมีโรคประจำตัวทางร่างกายหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุโรค.....

แบบประเมินอาการทางจิต
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ชื่อผู้ป่วย..... วันที่.....

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 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) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2.Anxiety (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3.Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4.Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - ความคิดสับสนไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5.Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6.Tension (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7.Mannerism & posturing (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8.Grandiosity (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งยโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วย ต่อผู้อื่น) - ความรู้สึกและท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ดูถูกคนอื่น							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหว ชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตร ต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - ท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการที่ท่านได้รับความช่วยเหลือ
 ระดับประคอง และสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล
 หรือบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงตามความรู้สึกของท่านต่อการได้รับ
 ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็ก น้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
1.ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2.ท่านมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3.คนส่วนใหญ่บอกให้ท่านรู้ เมื่อท่านทำงานดี					
4.ท่านไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อน เมื่อท่านมีปัญหา					
5.ท่านได้พบปะอย่างเพียงพอกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่า ท่านมีคุณค่า					
6.ท่านให้เวลากับบุคคลที่มีความสนใจตรงกับท่าน					
7.ท่านมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น					
8.มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับท่าน					
9.ท่านมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือท่านได้ในระยะยาว ถ้าท่านต้องการ					
10.ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของท่านได้					
11.ในกลุ่มเพื่อนของท่าน พวกเขาชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12.ท่านมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ					
13.สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญ ต่อครอบครัว					
14.ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือท่าน ถึงแม้ว่าท่านจะ ไม่สามารถตอบแทนเขาได้					
15.เมื่อท่านอารมณ์เสีย มีคนคอยอยู่ใกล้ ๆ ท่าน					

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็ก น้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
16. ท่านรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนท่าน					
17. ท่านชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ					
18. ท่านทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งใจในตัวท่าน					
19. ท่านมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ท่าน					
20. ท่านมีผู้ร่วมงานเข้าสังคมและร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย					
21. ท่านรับผิดชอบจัดการช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ถ้าท่านต้องการคำแนะนำ จะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ให้ท่านสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23. ท่านรู้สึกว่ายังมีคนต้องการท่าน					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โดยประเมินจากการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของท่าน เมื่ออยู่ที่บ้านในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งลักษณะของคำตอบจะมี 2 กลุ่ม คือ

ลักษณะคำตอบกลุ่มที่ 1

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง / เดือน หรือไม่ปฏิบัติเลย

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1.สูบบุหรี่					
2.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือคนที่เป็นหวัด ไอ จาม					
3.รับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น					
4.รับประทานอาหาร 3 มื้อ และตรงตามเวลาของอาหารแต่ละมื้อ					
5.รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น แหนม ลาบ เนื้อน้ำตก					
6.ล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหาร					
7.ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					
8.หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด					
9.รับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมาก ๆ					
10.อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง					
11.สวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน					
12.แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
13.แต่งกายด้วยเสื้อผ้าให้เหมาะสม ตามโอกาสกับเวลา และสถานที่					
14.เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทุกวัน					

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
15.นอนหลับตอนกลางคืนได้ติดต่อกัน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง					
16.งีบหลับตอนกลางวัน มากกว่าวันละ 1 ครั้ง					
17.ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์					
18.ทำความสะอาดบ้าน หรือทำอาหารล้างจาน รดน้ำต้นไม้ เพื่อความเพลิดเพลิน					
19.ไปทำบุญตักบาตร หรือไปพักผ่อนฟังเพลง เพื่อความสบายใจ					
20.ใช้เวลาว่างอยู่คนเดียว ในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน					
21.เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด จะเดินหนีหรือไม่ได้เถียงขณะโกรธ					
22.พูดคุย เล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท					
23.พูดได้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ คนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด					
24.ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน					
25.รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว					
26.รับประทานยาตรงตามเวลาที่ได้รับคำแนะนำ					
27.รับประทานยาด้วยตนเอง หรือรับประทานยาเมื่อผู้ดูแลบอกหรือ เตือนให้ทราบว่าถึงเวลารับประทานยาแล้ว					
28.ดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นระบบประสาทที่ทำให้ตื่นตัว เช่น กระทิงแดง ฉลาม ลิโพวตันดี หรือยี่ห้ออื่น ๆ					
29.ดื่มชา หรือกาแฟ มากกว่าวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กระป๋อง					
30.ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ และอื่น ๆ					
31.หาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตัวเองจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือซักถามจากบุคลากรสาธารณสุข					

ลักษณะคำตอบกลุ่มที่ 2

ปฏิบัติเหมาะสมมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เองทันที
ปฏิบัติเหมาะสมมาก	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เองแต่ล่าช้า
ปฏิบัติเหมาะสมปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องเตือน 1 ครั้ง
ปฏิบัติเหมาะสมน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเมื่อผู้ดูแลเตือนบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเหมาะสมน้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยหรือต้องให้ผู้ดูแลช่วย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	เหมาะสม มากที่สุด	เหมาะสม มาก	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม น้อย ที่สุด
32.ควบคุมอาหารหรือชั่งน้ำหนักเพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป					
33.ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเห็นว่าเลียบยาว					
34.สระผมโดยใช้สบู่หรือแชมพูสระผม อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง					
35.ออกกำลังกายอย่างน้อย อาทิตย์ละ 3 ครั้ง ประมาณ 15-30 นาที					
36.หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น หรือหยุดรับประทานยา เมื่อไม่อยากรับประทานยาหรือหงุดหงิด					
37.หยุดรับประทานยาหรือรีบมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการข้างเคียง จากยา เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้					
38.รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และบอกให้ผู้ดูแลทราบ เมื่อนอนไม่หลับหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง					
39.ใช้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยารักษา เมื่อปวดท้อง ผงเกลือแร่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย					
40.ปรึกษาแพทย์เมื่อไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน					
41.บอกให้ผู้ดูแลทราบหรือให้พาไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ลึนแข็ง คอแข็ง นิ่งไม่ติดที่					
42.ปรึกษาญาติหรือผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง มีความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า					
43.มาพบแพทย์ด้วยตนเองหรือบอกให้ผู้ดูแลมาแทนในวันที่แพทย์นัด					
44.มาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง มีความคิดแปลก ๆ มีคน ปองร้าย แยกตัวไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม					



ภาคผนวก ข

จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษ
แบบ ผู้ป่วยใน จำแนกตามรายชื่อ (N=95 คน)

ลักษณะคำตอบกลุ่มที่ 1

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล	การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1.สูบบุหรี่	26.3 (25)	2.1 (2)	10.5 (10)	10.5 (10)	50.5 (48)
2.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือคนที่เปื้อนหวัด ไอ จาม	15.8 (15)	14.7 (14)	26.3 (25)	13.7 (13)	29.5 (28)
3.รับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น	42.1 (41)	15.8 (15)	29.5 (29)	9.5 (8)	3.2 (2)
4.รับประทานอาหาร 3 มื้อ และตรงตามเวลาของอาหารแต่ละมื้อ	45.7 (43)	22.3 (21)	11.7 (11)	10.6 (10)	9.6 (9)
5.รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น แหนม ลาบ เนื้อน้ำตก	9.5 (9)	7.4 (7)	16.8 (16)	30.5 (29)	35.8 (34)
6.ล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหาร	31.9 (30)	18.1 (17)	19.1 (18)	10.6 (10)	20.2 (19)
7.ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	45.3 (43)	27.4 (26)	15.8 (15)	4.2 (4)	7.4 (7)
8.หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด	34.0 (32)	25.4 (23)	18.1 (17)	7.4 (7)	16.0 (15)
9.รับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมาก ๆ	32.6 (31)	27.4 (26)	28.4 (27)	9.5 (9)	2.1 (2)
10.อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง	68.1 (64)	13.8 (13)	10.6 (10)	2.1 (2)	5.3 (5)

**ตาราง 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษ
แบบผู้ป่วยใน จำแนกตามรายชื่อ (N=95 คน)**

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล	การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
11.สวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน	82.1 (78)	8.4 (8)	8.4 (8)	1.1 (1)	0.0 (0)
12.แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	72.3 (68)	5.3 (5)	12.8 (12)	2.1 (2)	7.4 (7)
13.แต่งกายด้วยเสื้อผ้าให้เหมาะสม ตามโอกาสกับเวลา และสถานที่	54.7 (52)	22.1 (21)	18.9 (18)	2.1 (2)	2.1 (2)
14.เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทุกวัน	71.6 (68)	9.5 (9)	12.6 (12)	2.1 (2)	4.2 (4)
15.นอนหลับตอนกลางคืนได้ติดต่อกัน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	45.3 (43)	21.1 (20)	16.8 (16)	5.3 (5)	11.6 (11)
16.งีบหลับตอนกลางวัน มากกว่าวันละ 1 ครั้ง	9.5 (9)	16.8 (16)	25.3 (24)	20.0 (19)	28.4 (27)
17.ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	36.6 (34)	26.9 (25)	16.1 (15)	11.8 (11)	8.6 (8)
18.ทำความสะอาดบ้าน หรือทำอาหารล้างจาน รดน้ำต้นไม้ เพื่อความเพลิดเพลิน	35.8 (34)	22.1 (22)	17.9 (17)	8.4 (8)	15.8 (15)
19.ไปทำบุญตักบาตร หรือไปพักผ่อนฟังเพลง เพื่อความสบายใจ	18.9 (18)	20.0 (19)	27.4 (26)	21.2 (20)	12.6 (10)
20.ใช้เวลาว่างอยู่คนเดียว ในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน	21.1 (20)	21.1 (20)	23.2 (22)	16.8 (16)	17.9 (17)
21.เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด จะเดินหนีหรือไม่โต้เถียงขณะโกรธ	22.6 (21)	19.4 (18)	20.4 (19)	11.8 (11)	25.8 (24)
22.พูดคุย เล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	15.8 (15)	29.5 (28)	20.0 (19)	12.6 (12)	22.1 (21)

**ตาราง 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษ
แบบผู้ป่วยใน จำแนกตามรายชื่อ (N=95 คน)**

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล	การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
23. พุดได้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกโกรธ หรือไม่พอใจคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด	10.6 (10)	10.6 (10)	14.9 (14)	16.0 (15)	47.9 (45)
24. ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน	16.8 (16)	15.8 (15)	20.0 (19)	24.2 (23)	23.2 (22)
25. รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว	25.3 (25)	21.1 (20)	17.9 (17)	18.9 (18)	16.8 (16)
26. รับประทานยาตรงตามเวลาที่ได้รับคำแนะนำ	50.0 (47)	23.4 (22)	12.8 (12)	9.6 (9)	4.3 (4)
27. รับประทานยาด้วยตนเอง หรือรับประทานยาเมื่อผู้ดูแลบอก หรือเตือนให้ทราบถึงเวลารับประทานยาแล้ว	50.5 (48)	28.4 (27)	8.4 (8)	7.4 (7)	5.3 (5)
28. ดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นระบบประสาทที่ทำให้ตื่นตัว เช่น กระทิง แดง ชาดื่ม ลิโพวิตันดี หรือยี่ห้ออื่น ๆ	9.6 (9)	6.4 (6)	6.4 (6)	21.3 (20)	56.4 (53)
29. ดื่มชา หรือกาแฟ มากกว่าวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กระจบอง	12.6 (12)	18.9 (18)	15.8 (15)	21.1 (20)	31.5 (30)
30. ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ และอื่น ๆ	4.2 (4)	10.5 (10)	6.3 (6)	22.1 (21)	56.8 (54)
31. หาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองจากการ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือซักถามจากบุคลากรสาธารณสุข	18.9 (18)	15.8 (15)	15.8 (15)	14.7 (14)	34.7 (33)

ตาราง 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามรายข้อ (N=95 คน)

ลักษณะคำตอบกลุ่มที่ 2

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การปฏิบัติกรดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	เหมาะ สมมาก ที่สุด	เหมาะ สมมาก	เหมาะ สม ปาน กลาง	เหมาะ สม น้อย	เหมาะ สม น้อย ที่สุด
32.ควบคุมอาหารหรือชั่งน้ำหนักเพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป	26.3 (25)	13.7 (13)	17.9 (17)	8.4 (8)	33.7 (32)
33.ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเห็นว่าเล็บยาว	53.7 (51)	24.2 (23)	9.5 (9)	5.3 (5)	7.4 (7)
34.สระผมโดยใช้สบู่หรือแชมพูสระผม อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	58.9 (56)	22.1 (21)	10.5 (10)	3.2 (2)	5.3 (5)
35.ออกกำลังกายอย่างน้อย อาทิตย์ละ 3 ครั้ง ประมาณ 15-30 นาที	28.7 (27)	19.1 (18)	9.6 (9)	12.8 (12)	29.8 (28)
36.หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น หรือหยุดรับประทานยาเมื่อไม่อยากรับประทานยาหรือหงุดหงิด	27.4 (26)	8.4 (8)	15.8 (15)	13.7 (13)	34.7 (33)
37.หยุดรับประทานยาหรือรีบมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้	37.9 (36)	14.7 (14)	11.6 (11)	8.4 (8)	27.4 (26)
38.รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และบอกให้ผู้ดูแลทราบเมื่อนอนไม่หลับหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง	45.3 (43)	21.1 (20)	6.3 (6)	6.3 (6)	21.1 (20)
39.ใช้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาธาตุ เมื่อปวดท้อง ผงเกลือแร่เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย	36.6 (34)	28.0 (26)	18.3 (17)	5.4 (5)	11.8 (11)
40.ปรึกษาแพทย์เมื่อไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน	30.9 (29)	18.1 (17)	16.0 (15)	5.3 (5)	29.8 (28)
41.บอกให้ผู้ดูแลทราบหรือให้พาไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ลึนแข็ง คอเอียง นิ่งไม่ติดที่	32.3 (30)	21.5 (20)	14.0 (13)	7.5 (7)	24.7 (23)

ตาราง 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามรายข้อ (N=95 คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงเวลา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วย				
	เหมาะสมมากที่สุด	เหมาะสมมาก	เหมาะสมปานกลาง	เหมาะสมน้อย	เหมาะสมน้อยที่สุด
42.ปรึกษาญาติหรือผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า	28.4 (27)	25.3 (24)	10.5 (10)	9.5 (9)	26.3 (25)
43.มาพบแพทย์ด้วยตนเองหรือบอกให้ผู้ดูแลมาแทนในวันที่แพทย์นัด	47.4 (45)	20.0 (19)	14.7 (14)	8.4 (8)	9.5 (9)
44.มาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง มีความคิดแปลก ๆ มีคนปองร้าย แยกตัวไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม	37.9 (36)	12.6 (12)	9.5 (9)	14.7 (14)	25.3 (24)



ภาคผนวก ค

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	T	P-value
การสูบบุหรี่				
ชาย	56	3.13 (1.72)	-3.181	.002**
หญิง	39	4.21 (1.49)		
การเดินหนีหรือไม่ได้เตียงขณะโกรธ				
ชาย	56	2.62 (1.43)	-3.167	.002**
หญิง	39	3.58 (1.45)		
การดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาท				
ชาย	56	3.80 (1.42)	-2.575	.012*
หญิง	39	4.50 (1.06)		
การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์				
ชาย	56	3.89 (1.22)	-2.876	.005**
หญิง	39	4.56 (1.05)		

*P < .05 , **P < .01

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ , การเดินหนีหรือไม่ได้เตียงขณะโกรธ , การดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาท และการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ แตกต่างจากผู้ป่วยหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .05 และ .01 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยชายจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ , การดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาท และการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยหญิง ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงจะมีพฤติกรรมการเดินหนีหรือไม่ได้เตียงขณะโกรธมากกว่าผู้ป่วยชาย

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมดูแลตนเองรายชื่อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	r	P-value
การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	95	4.33 (1.23)	-.341	.001**
การนอนหลับกลางคืน	95	3.83 (1.37)	-.358	.000**
การงีบหลับกลางวัน	95	3.41 (1.32)	.394	.000**
การพูดคุยกับคนใกล้ชิด	95	3.04 (1.40)	-.322	.001**
การรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว	95	3.19 (1.44)	-.272	.008**
การหาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	95	2.69 (1.54)	-.216	.036*
การควบคุมอาหาร/น้ำหนัก	95	2.91 (1.62)	-.246	.016*
การหยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา	95	3.27 (1.67)	-.256	.012*
การมาปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ	95	3.15 (1.63)	-.226	.029*

*P< .05 , **P< .01

จากตาราง 3 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง , การนอนหลับกลางคืน , การพูดคุยกับคนใกล้ชิด , การรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว , การหาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ , การควบคุมอาหาร/น้ำหนัก , การหยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา และการมาปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .01, .01, .05, .05, .05 และ .05 ตามลำดับ นั่นคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อายุมากขึ้น จะปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ลดลง นอกจากนี้อายุยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการงีบหลับกลางวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะงีบหลับกลางวันบ่อยครั้งขึ้น

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	F	P-value
การนอนหลับกลางคืน				
โสด	67	4.10 (1.23)	6.121	.003**
คู่	20	2.95 (1.50)		
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	8	3.75 (1.28)		
การใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวัน				
โสด	67	2.99 (1.43)	3.197	.045*
คู่	20	2.30 (1.22)		
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	8	3.63 (1.06)		
การดื่มชา หรือกาแฟ				
โสด	67	3.55 (1.37)	4.582	.013*
คู่	20	3.45 (1.47)		
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	8	2.00 (1.07)		

*P< .05 , **P< .01

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการนอนหลับตอนกลางคืน , การใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวัน และการดื่มชาหรือกาแฟ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 , .05 และ .05 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีสถานภาพสมรสโสด จะมีพฤติกรรมการนอนหลับตอนกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และการดื่มชา หรือกาแฟ มากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่และหย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่ จะใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวันมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมงหรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลย มากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสดและคู่

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายชื่อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	r	P-value
การแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	95	4.33 (1.23)	-.337	.001**
การนอนหลับกลางคืน	95	3.83 (1.37)	-.326	.001**
การงีบหลับตอนกลางวัน	95	3.41 (1.32)	.341	.001**
การพูดคุยกับคนใกล้ชิด	95	3.04 (1.40)	-.368	.000**
การรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว	95	3.19 (1.44)	-.229	.026*
การดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาท	95	4.09 (1.33)	.206	.047*
การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์	95	4.17 (1.19)	.257	.012*
การหาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	95	2.69 (1.54)	-.217	.034*
การหยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา	95	3.27 (1.67)	-.282	.006**

*P < .05 , **P < .01

จากตาราง 5 พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง, การนอนหลับกลางคืน, การพูดคุยกับคนใกล้ชิด , การรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว, การหาข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการหยุดรับประทานยาเมื่อมี อาการข้างเคียงจากยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .01, .05 ,.05 และ .01 ตามลำดับ นั่นคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกมากขึ้น ก็จะมีพฤติกรรมเหล่านี้ลดลง นอกจากนี้ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการงีบหลับตอน กลางวัน , การดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาท และการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 , .05 และ .05 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมาก จะงีบ

หลับกลางวันบ่อยครั้งขึ้น และจะดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาทและเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มากขึ้นด้วย

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	T	P-value
การใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวัน				
ไม่มีอาชีพ	71	2.69 (1.43)	-2.528	.013*
มีอาชีพ	24	3.50 (1.10)		
การมาปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ				
ไม่มีอาชีพ	71	2.91 (1.67)	-2.442	.017*
มีอาชีพ	24	3.83 (1.31)		

* P < .05

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาชีพ จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวัน และการมาปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพจะใช้เวลาว่างอยู่คนเดียวตอนกลางวัน หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลย มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพ และผู้ป่วยที่มีอาชีพจะมาปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวันแตกต่างกัน

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวทางกายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ

พฤติกรรม	N (คน)	Mean (SD)	T	P-value
การใช้ยาสามัญประจำบ้าน				
ไม่มีโรค	82	3.59 (1.35)	-.2456	.016*
มีโรค	13	4.54 (.88)		

*P < .05

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาสามัญประจำบ้าน แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางกายจะใช้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาธาตุ เมื่อปวดท้อง ผงเกลือแร่ เมื่อมีอาการท้องเสีย มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเสวิกุล จำสนอง เกิดเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2522 สำเร็จการศึกษา
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2544 จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ
ในปี 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย