

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ  
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท\*  
The Effects of Holistic Caring Program on Self-care Behaviors and  
Self-esteem among Patients with Schizophrenia\*

ยุพาพรรณ มหา, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) <sup>1</sup>

Yupapun Maha, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) <sup>1</sup>

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

ชนัดดา แบนเกษ, Ph.D. (Medical Science) <sup>3</sup>

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) <sup>3</sup>

Received: April 29, 2019    Revised: June 15, 2019    Accepted: June 19, 2019

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แบบประเมินอาการทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลอง

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University  
<sup>1</sup> มหามบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
<sup>1</sup> Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University  
<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yupapun.maha@gmail.com  
<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University; Major Advisor  
<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University; Co-advisor

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ  
คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยจิตเภท

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of holistic caring program on self-care behaviors and self-esteem among patients with schizophrenia. The samples included 24 patients with schizophrenia receiving services at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province and were equally divided into an experimental group ( $n = 12$ ) and a control group ( $n = 12$ ). The research instruments comprised the holistic caring program, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), a questionnaire of demographic data, the self-care behaviors scale with the reliability of .81, and the self-esteem scale with the reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from December, 2016 to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent  $t$ -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of self-care behaviors and self-esteem than the control group ( $p < .001$ ); and 2) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of self-care behaviors and self-esteem than the pre-test period ( $p < .001$ ).

This research suggests that health care providers should apply this holistic caring program for promoting self-care behaviors and self-esteem of psychiatric patients and other patients with chronic disease.

**Keywords:** Self-care behavior, Self-esteem, Holistic caring, Patient with schizophrenia

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาส่วนใหญ่ปกติ (World Health Organization [WHO], 2006) อาการทางคลินิกของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูด หรือพฤติกรรมผิดปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนยังมีอารมณ์เฉยเมย

พูดน้อย ไม่ยินดียินร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน (WHO, 2006) สำหรับประเทศไทย จากสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 168,251 คน 268,293 คน และ 231,908 คน คิดเป็นร้อยละ 15.54, 25.06 และ

20.90 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 706 คน 680 คน และ 796 คน คิดเป็นร้อยละ 16.77, 17.87 และ 18.02 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (WHO, 2006) มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ ธีรธำ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยบางคนที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งมักมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Ziedonis, Yanos, & Silverstein, 2007) เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (Corring & Cook, 2007) มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อนงค์ ธรรมโรจน์, 2542) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมที่ตนเองปฏิบัติอยู่ บางครั้งต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว (วิศิรา ใจคำปัน, 2550) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004) และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55 (Chou, Liu, & Chu, 2002) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทบางคนที่มีอาการกำเริบมักควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; Dickerson, Parente, & Ringel, 2000) ทำให้บุคคลส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีคนจ้างทำงาน หรือถูกสังคมรังเกียจ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม จากสถิติของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษามากกว่า 2 ปี มีอัตราการกลับป่วยซ้ำในแต่ละปี ร้อยละ 25-30 จากปัจจัยความบกพร่องในการดูแลตนเอง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เครียดจากปัญหาครอบครัวและสังคม ต่อมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) จึงจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อควบคุมอาการและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

ในปัจจุบัน มีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายในการควบคุม รักษาอาการทางจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและกลับมาอยู่ที่บ้านยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 80 (Lindstrom & Bingefors, 2000) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ คือ การขาดยา (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองหายแล้ว รวมทั้งเกิดจากอาการข้างเคียงของยา (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) การจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อช่วยควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา (Draine, 1997) การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Baker, 1995) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำ (Kennedy, Schepp, & O'Connor, 2000) รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข (ปวีตร ไขยน้อย, 2546) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.59 (ปวีตร ไขยน้อย,

2546) โดยผู้ป่วยจิตเภทอีกประมาณร้อยละ 50 มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการกำเริบของโรคได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีจะสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่กลับป่วยซ้ำบ่อย (เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท, 2557) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้มีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้น มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถเข้าสังคมได้ ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และมองตนเองไร้ความสามารถ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีจะมีอาการของโรคที่ดีขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมขึ้น ซึ่งโปรแกรมนี้อยู่ไม่เคยมีมาก่อน โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่ ลดภาระการดูแลของบุคคลในครอบครัว ให้สังคมมีส่วนร่วมในการดูแลลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

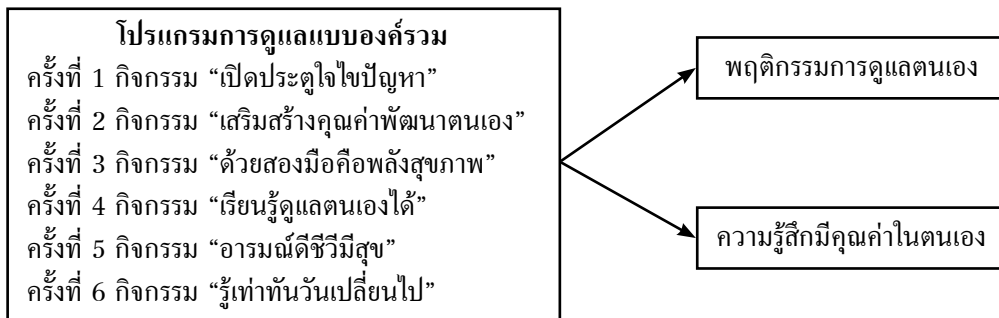
4. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลตนเอง จะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้าง

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเป็นองค์รวม เหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลความเจ็บป่วย

ของตนเองได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค The 10th Edition of International Classification of Diseases (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 796 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี 2) มีประวัติการรักษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และมีประวัติอาการกำเริบ ปัจจุบันมีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) 3) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย

ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลงตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ Polit and Hungler (1999) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนตัวอย่าง 20-30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยเลือกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี 2 แห่ง ที่มีพื้นที่ติดต่อกันกำหนดเป็นกลุ่ม A และกลุ่ม B ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้กลุ่ม A เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่ม B เป็นกลุ่มควบคุม จัดทำระเบียบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม A 20 คน และกลุ่ม B 17 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแล

ตนเองของ Orem (1995) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เปิดประตูใจไขปัญหา” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ และเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป โดยการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “อารมณ์ดีชีวิตมีสุข” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมการใช้วิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การฝึกทักษะการจัดการอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ รวมทั้งสรุปกิจกรรมทั้งหมด และประเมินผล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พื้นฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) แปลจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ มีอาการทางจิตเล็กน้อยเป็นบางครั้ง (0-18 คะแนน) มีอาการทางจิตเล็กน้อย (19-36 คะแนน) มีอาการทางจิตปานกลาง

(37-54 คะแนน) มีอาการทางจิตค่อนข้างสูง (55-72 คะแนน) มีอาการทางจิตรุนแรง (73-90 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรงมาก (91-108 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้หลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัวทางกาย และประวัติการใช้สารเสพติด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem ปี ค.ศ. 1995 ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (19-37 คะแนน) ในระดับปานกลาง (38-66 คะแนน) และในระดับสูง (67-95 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลจากแบบประเมินของ Rosenberg ปี ค.ศ. 1965 จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้ เกิดขึ้นเลย มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย และมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และในระดับ

สูง (31-40 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และ อาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 07-08-2559 วันที่ 15 กันยายน 2559) และคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB-BHUBEJHR-070 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บ รวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และผู้อำนวยการกอง สาธารณสุข เทศบาลเมืองปราจีนบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาาระดับปริญญาโท จำนวน

1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยผู้วิจัย ได้ทดลองฝึกการใช้แบบสอบถาม จำนวน 5 คน

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่บ้าน แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแต่ละคน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมการดูแล แบบองค์รวม ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมคนละ 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินการ ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-18.30 น. วันละ 1 คน ส่วนในวันเสาร์และวันอาทิตย์ เวลา 09.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น. ดำเนินการวันละ 4 คน ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพของ สถานบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี ซึ่งประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ การรับประทานยา และการดูแลความเป็นอยู่ทั่วไปตามสภาพการเจ็บป่วย

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลา หลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูล แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรม การดูแลแบบองค์รวม ตามความสมัครใจ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง และข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 66.67 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 48.58 ปี ( $SD = 6.85$ ) เท่ากัน มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 41.67 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 66.67 ตามลำดับ แหล่งรายได้หลัก คือ ตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 66.67 ตามลำดับ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่ คือ ครอบครัว/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน ระยะเวลาที่ป่วย คือ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 58.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน และไม่มี

ประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 58.33 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 63.83 ( $SD = 3.59$ ), 66.50 ( $SD = 3.83$ ) และ 68.75 ( $SD = 3.11$ ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 63.92 ( $SD = 2.64$ ), 63.58 ( $SD = 1.93$ ) และ 64 ( $SD = 2.52$ ) ตามลำดับ

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 27.92 ( $SD = 3.32$ ), 33.83 ( $SD = 3.51$ ) และ 36.17 ( $SD = 3.63$ ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 27.75 ( $SD = 3.11$ ), 27.42 ( $SD = 2.94$ ) และ 27.75 ( $SD = 3.05$ ) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	63.83	3.59	.070	.950
กลุ่มควบคุม	12	63.92	2.64		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	27.92	3.32	.130	.900
กลุ่มควบคุม	12	27.75	3.11		

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผล ร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลอง ที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแล

ตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	305,110.68	1.00	305,110.68	14,063.180	< .001
ความคลาดเคลื่อน	477.31	22.00	21.70		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	75.11	1.55	48.48	13.830	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	71.44	1.55	46.12	13.160	< .001
ความคลาดเคลื่อน	119.44	34.08	3.50		
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	65,401.39	1.00	65,401.39	2,422.500	< .001
ความคลาดเคลื่อน	593.94	22.00	27.00		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	212.69	1.57	135.42	41.880	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	222.25	1.57	141.50	43.760	< .001
ความคลาดเคลื่อน	111.72	34.56	3.23		

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลัง

การทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง <sup>๑</sup>	ติดตามผล 1 เดือน
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง</b>				
ก่อนการทดลอง	63.83	-	1.17**	2.50**
หลังการทดลอง <sup>๑</sup>	66.50	-	-	1.33*
ติดตามผล 1 เดือน	68.75	-	-	-
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>				
ก่อนการทดลอง	27.92	-	2.79**	4.12**
หลังการทดลอง <sup>๑</sup>	33.83	-	-	1.33*
ติดตามผล 1 เดือน	36.17	-	-	-

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

**การอภิปรายผลการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่พัฒนา ขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ซึ่งมี แนวคิดที่ว่า บุคคลส่วนใหญ่มีความริเริ่มตั้งใจกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการ เรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก ของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเอง ที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็น ผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และ พฤติกรรม ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคทำให้ผู้ป่วย

มีความสนใจและเอาใจใส่ในตัวเองลดลง จนเกิดความบกพร่อง ในการดูแลตนเองทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแล ตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ การดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม จะได้รับการประเมิน ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และสามารถ ในการดูแลตนเอง จากนั้นจึงได้รับการพยาบาลแบบรายบุคคล ตามปัญหาและความต้องการ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะ การดูแลตนเองจนสามารถทำได้ ดังตัวอย่างจากกิจกรรม “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” ที่พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพิ่มขึ้น เช่น จากการที่อาบน้ำ แปรงฟันนาน ๆ ครั้ง ก็สามารถ ปฏิบัติได้บ่อยครั้งขึ้น มีการแต่งกายที่สะอาดและเหมาะสม มีการล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร รวมทั้ง สามารถดูแลความสะอาดของบ้านให้เรียบร้อยขึ้น และเมื่อ ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ตามโปรแกรมแล้ว ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง

ที่จำเป็นได้ดีขึ้น เช่น รับประทานยาได้ตรงเวลาและต่อเนื่องมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ ความเครียด หรือพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น โดยไม่พบอาการเตือนหรือการกลับเป็นซ้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ทำให้ได้รับคำชื่นชมจากญาติ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยกล่าวหลังเข้าร่วมกิจกรรม “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” ว่า “คนเราต้องพยายามดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด แล้วเราก็จะเกิดความภาคภูมิใจ” และ “เราต้องทำงานหาเงินได้เองครับ เราจึงจะรู้สึกว่าตัวเรามีคุณค่า” รวมทั้งมีญาติของผู้ป่วยกล่าวว่า “ตั้งแต่พยายามเข้ามาเยี่ยมบ้านบ่อยๆ น้องผมดีขึ้นมากเลย” แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมครบแล้ว จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี จะไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิต การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อได้เข้าร่วม

กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ จากกิจกรรมที่ง่ายไปหา กิจกรรมที่ซับซ้อน ผู้ป่วยได้รับความรู้และการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามความบกพร่องในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ดังตัวอย่างจากกิจกรรม “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” ที่พบว่า ผู้ป่วยทุกคนนำยาที่ตนเองรับประทานเป็นประจำ มาจัดและปฏิบัติตามปฏิทินการรับประทานยาเป็นลำดับได้อย่างถูกต้อง สามารถบอกถึงผลเสียต่อตนเองหากไม่รับประทานยา คือ นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฟุ้งซ่าน คลุ้มคลั่ง เชื่องซึม และเดินไปเรื่อย ๆ ไม่มีจุดหมาย สามารถบอกถึงการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และสามารถบอกได้ว่า หากมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะต้องไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน และจากกิจกรรม “อารมณ์ดีชีวิตมีสุข” ที่ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเทคนิคการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้ จากกิจกรรม “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบได้ และบอกได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำได้แก่ การขาดยา ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด โดยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 2 คน และสามารถเลิกดื่มสุราได้ 1 คน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรดุสิต คำมีสินนท์ (2550) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรรำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

1.2 อาจารย์พยาบาลควรรำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ได้รับโปรแกรมเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.  
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. (2559). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2559*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.  
เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.  
ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บปวดระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี* (ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรดุลิต คำมีสินนท์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พินธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2540). *ตราบาปและโรคทางจิตเวช*. *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 17-33.

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). *การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มยุรี กลีบวงษ์. (2552). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช* (ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนธ์ย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). *การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วริศรา ใจคำป็น. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร ทองบ่อ, อรพิน ยอดกลาง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อัจฉรา มุ่งพานิช, ไพลิน โพธิ์สุวรรณ, युภาพร ยุระยาตร์, ... รุจิรา จงสกุล. (2542). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช*. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5* (น. 212). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนงค์ ธรรมโรจน์. (2542). การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (รายงานผลการวิจัย). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- อุรา ทิพย์ประจักษ์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ โรงพยาบาลสวนปรุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้อญาติ ชูชื่น, สุภิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 13-25.
- Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.
- Chou, K. R., Liu, S. Y., & Chu, H. (2002). The effect of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Corring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services*, 58(2), 240-244.
- Dickerson, F. B., Parente, F., & Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1509-1519.
- Draine, J. (1997). *The image of madness: Attitude toward psychiatry, psychiatrist and psychiatric treatment*. London: Karger.
- Kennedy, M. G., Schepp, K. G., & O'Connor, F. W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 266-275.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293.
- Lindstrom, E., & Bingevors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*, 18(2), 106-124.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research*, 35(6), 334-338.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Ziedonis, D., Yanos, P. T., & Silverstein, S. M. (2007). Relapse prevention for schizophrenia. In K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 117-140). Burlington, MA: Elsevier.